



REVALIDACIÓN Y HABILITACION DE TÍTULO DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

Proceso 2020

Segunda etapa: enero 2021

SALUD PÚBLICA

CONTENIDOS

Nombre de la Unidad: Salud Pública	
Contenidos	Bibliografía por unidad
1. Qué es y qué estudia la Salud Publica. - Funciones de la salud pública 2. Modelos de Explicación de Salud y Enfermedad existentes: Factores que influyen en la salud de la población. - Modelo Historia Natural de la Enfermedad - Modelo de los Factores de Riesgo - Modelo de los Determinantes Sociales 3. Sistemas y Servicios de Salud: - Sistema de Salud Chileno: historia, organización y estructura - Estructura del Ministerio de Salud - Objetivos, Contexto de la Reforma de Salud y sus resultados. 4. Equidad como principio de acceso a la Salud. 5. Garantías Explícitas en Salud (GES)	Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S132-S143. Organización Mundial de la Salud. OMS: www.who.int/es/ Organización Panamericana de la Salud: OPS: www.paho.org Ministerio de Salud: www.minsal.cl Instituto de Políticas Públicas en Salud. http://www.ipsuss.cl/ Instituto de Salud Pública: www.ispch.cl Superintendencia de ISAPRES: www.sisp.cl Observatorio Chileno de Salud Pública: www.ochisap.cl Jeanette Vega, Orielle Solar, Alec Irwin. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. (Disponible en Línea) Jeannette Vega M. (2001). Las Inequidades Sociales y la Salud En Chile. Enfermo de pobre. Revista Universitaria. (73): 43-56
Nombre de la Unidad: Epidemiología	
Contenidos	Bibliografía por unidad
1. Qué es Epidemiología: necesidades en salud y comportamiento de enfermedades en la población. 2. Determinantes sociales que influyen en la distribución, magnitud y prevalencia de las enfermedades en la población. 3. Diseños Epidemiológicos utilizados en Salud Pública, para Explicar o Resolver Problemas de Salud de la Población. 4. Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles y No Trasmisibles - Frecuencia, distribución y determinantes. - Programa de Inmunización para el Control de Enfermedades. - Estrategias Sanitarias para enfrentar las Enfermedades No Trasmisibles 5. Encuesta Nacional de Salud (ENS) - Diseño y Metodología - Resultados - Comparación de los resultados a través del tiempo	Sergio López-Moreno, Francisco Garrido-Latorre, Mauricio Hernández-Avila, (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México42(2): 133-143 Mauricio Hernández-Avila, Francisco Garrido-Latorre, Sergio López-Moreno. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México 42(2): 144-154 Moreno-Altamirano A y col.(2000). Principales medidas en epidemiología. Salud Pública de México 42(4):337-348. Hernández-Avila M y col. (2000). Sesgos en estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 42(5):438-446 Jokin de Irala, Miguel Ángel Martínez-González y Francisco Guillén Grima (2001). ¿Qué es una variable de confusión? Med Clin (Barc); 117: 377-385 Departamento de epidemiología del Ministerio de Salud: http://epi.minsal.cl/ Departamento de estadísticas e información de salud del Ministerio de Salud: http://deis.minsal.cl Centro de Control de Enfermedades CDC: www.cdc.gov
Nombre de la Unidad: Medicamentos y Salud Pública	

Contenidos	Bibliografía por unidad
1. Política de Medicamentos. - Qué es una Política de Medicamentos y sus componentes. - Ley de fármacos 20.724 - Fondo Nacional de Farmacia - Ley 20.850 (Ley Ricarte Soto) 2. Derecho a la salud y los medicamentos: alcances éticos. - Medicamentos esenciales (OMS-Formulario nacional de medicamentos). - Acceso a los Medicamentos como un Derecho 3. Mercado de los Medicamentos: - Actores involucrados. - Impacto de los intermediarios en el costo de los medicamentos. 4. Programa de Salud en Atención Primaria - Salud Infantil y Adolescente - Enfermedades No Trasmisibles - Salud de la Población Adulta Mayor - Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS - Salud Mental 5. Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria y Promotor del Uso Racional de Medicamentos. 6. Estudios Farmacoeconómicos y Evaluación de Tecnología Sanitaria	http://www.politicafarmaceuticas.cl/ Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional - Segunda edición(2002). 102 pag. En. http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5410s/ C. Zara Yahni, L. Segú Tolsa, M. Font Pous, J. Rovira. (1998) La regulación de los medicamentos: teoría y práctica. Gac Sanit 12:39-49 Médicos Sin Marca: http://medicossinmarca.cl/ El portal sobre enfermedades raras y medicamentos huérfanos. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=ES

Bibliografía General
García García, J., & Royo, M. (2006). Salud pública y epidemiología (Manuales de dirección médica y gestión clínica). Madrid]: Díaz de Santos. (Biblioteca, Fac. Cs. Químicas y Farmacéuticas) Hernández-Aguado, I., Gil de Miguel, A., Delgado Rodríguez, M., & Bolumar Montrull, F. (2005). Manual de epidemiología y salud pública en ciencias de la salud. Buenos Aires: Médica Panamericana. (Biblioteca, Escuela de Salud Pública) Martínez González, M. (2013). Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: Un manual para ciencias de la salud. Madrid: Elsevier Health Sciences Spain (Clinical Key)

MATERIAL DE APOYO

Contenido

Contexto General del País	5
El contexto geográfico, histórico y político - Contexto Histórico.....	7
Características y dinámica de la población	8
El contexto macroeconómico.....	15
Desarrollo humano global.....	17
Evaluación y perspectivas de progreso	19
Referencias.....	22
Determinantes y protección social	23
Diversidad en nivel y desarrollo social	23
Ingreso económico y pobreza	26
Empleo	32
Educación	33
Vivienda.....	36
Género.....	37
Etnicidad.....	38
Bienestar y red social	40
Políticas sociales.....	41
Sistema de protección social.....	43
Conclusión y perspectivas de progreso.....	46
Referencias.....	49
Medio Ambiente y Seguridad Humana	51
Medio ambiente, desarrollo y salud	51
Saneamiento	53
Acceso a agua potable y saneamiento básico.....	53
Residuos sólidos.	54
Contaminación	54
Contaminación de aire.	54
Contaminación del suelo.....	55
Contaminación acústica	56
Cambio Climático	56
Desastres naturales y causados por el hombre	56
Seguridad laboral	57

Seguridad vial	58
Violencia	58
Seguridad alimentaria	59
Conclusión y perspectivas de progreso.....	61
Referencias.....	63
Situación de Salud	65
Progreso y diversidad en salud de la población	65
Condiciones de salud en grupos de población.....	66
Salud Sexual y Reproductiva	66
Salud de los niños menores de 5 años	68
Salud de los niños de 5 a 9 años.....	71
Salud de los adolescentes (10-19 Años).....	72
Salud de los adultos (20-64 Años)	72
Salud de los Adultos Mayores (65 años y más)	72
Salud de los Trabajadores	73
Salud de pueblos indígenas.....	74
Salud de las personas con discapacidad	75
Principales problemas de salud.....	76
Enfermedades transmisibles	76
Enfermedades transmitidas por vectores	77
Enfermedades prevenibles por vacunación.....	77
VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.....	79
Tuberculosis.	80
Enfermedades emergentes	83
Enfermedades crónicas de vías respiratorias.....	85
Enfermedades Nutricionales	86
Accidentes y violencias.....	89
Trastornos mentales	89
Salud oral.....	89
Salud ocular	90
Factores de riesgo y protección	91
Tabaquismo	91
Alcoholismo	92
Drogas ilegales	92

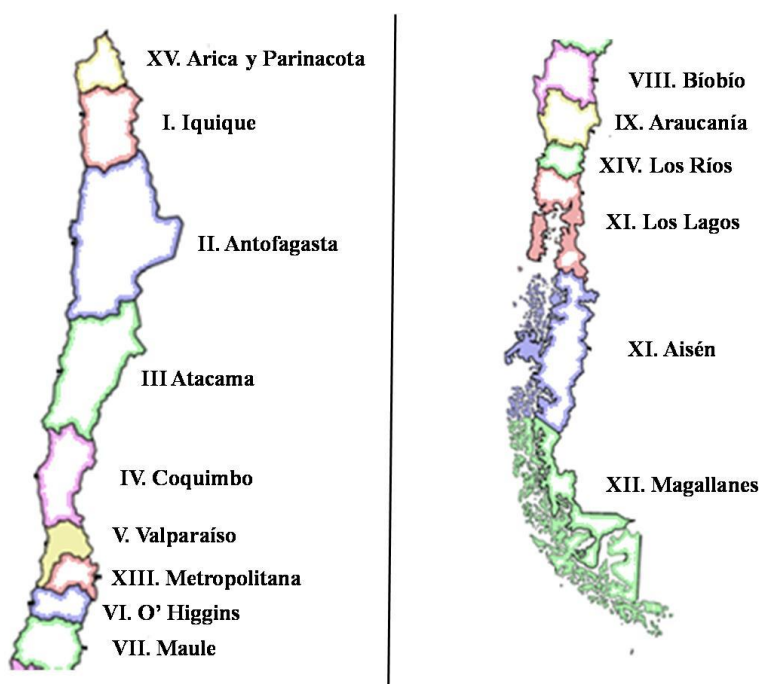
Actividad física.....	92
Conclusión y perspectivas de progreso.....	94
Referencias.....	97
Organización y Estructura del Sistema de Salud	101
Desarrollo histórico del sistema de salud	101
Período de servicios locales de salud (1552 a 1917).....	101
Período de maduración social y del sistema de salud (1917 a 1952)	101
Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1973).....	101
Período de reformas neoliberales (1973 a 1990).....	102
Período de gobiernos de la Concertación (1990 a 2010)	102
Estructura organizacional.....	104
Marco normativo, políticas y planes	105
Estructura organizacional del SNSS.....	109
Conclusión y perspectivas de progreso.....	110
Referencias.....	113
Protección Social y Aseguramiento de Salud	114
Protección social en salud	114
Seguro social obligatorio de salud	117
Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).....	123
Reaseguros para enfermedades catastróficas	124
Conclusión y perspectivas de progreso.....	125
Referencias.....	126
Infraestructura y Recursos Asistenciales de Salud	128
Infraestructura asistencial.....	128
Infraestructura del SNSS	130
Centros de nivel de atención primaria.....	131
Financiamiento.....	133
Los ingresos y gastos del sector público de salud	135
Equipamiento y tecnología.....	139
Medicamentos	140
Equipamiento y medicamentos en el SNSS.....	141
Recursos humanos	141
Recursos humanos en el SNSS	142
Conclusión y perspectivas de progreso.....	144

Referencias	147
Provisión de servicios asistenciales de salud	148
Atención de salud en el SNSS	153
Conclusión y perspectivas de progreso.....	153
Referencias.....	156

Contexto General del País

El contexto general del país constituye el marco y entorno general en el cual se desenvuelve la salud y el sistema de salud; el contexto influye en las tendencias sanitarias y del bienestar de la población, y contiene desafíos y oportunidades para que es necesario considerar en las políticas y estrategias que buscar favorecer la salud de la población. Este capítulo presenta algunos aspectos relevantes del contexto geográfico, histórico y político; las características y dinámica de la población; el contexto macroeconómico; y la síntesis del desarrollo humano global del país.

Chile es el país más austral del mundo; está situado en el extremo sudoccidental de América del Sur y limita con Perú, Bolivia y Argentina. Su territorio continental tiene una superficie particularmente larga y angosta, con una longitud de 4.329 km. y un ancho promedio de 177 Km, con un borde occidental de costa hacia el Océano Pacífico y un borde oriental con la Cordillera de Los Andes, que le sirve de límite con Bolivia y Argentina. La superficie continental e insular es de 756.626 km² y la del territorio Antártico es de 1.250.257 km². Hasta principios del siglo XX, el funcionamiento del país tenía características de insularidad, debido al relativo aislamiento dado por la Cordillera de los Andes en el oriente, el Océano Pacífico en el poniente, y el extenso desierto en el norte del país. (1-3)



Su relieve es bastante variado e incluye dos cordilleras (de los Andes y de la Costa), una depresión intermedia y distintos tipos de planicies, entre las cuales destacan las de tipo litoral y magallánica. La presencia de volcanes y características tectónicas de la superficie predisponen a desastres naturales imprevistos, como erupción volcánica, terremotos y maremotos.

Existe una combinación de diversos climas y sub-climas que tienen implicancia para el tipo de naturaleza imperante, el nivel de poblamiento, y el tipo de vida de la población residente de cada área; también influye en el tipo de actividades principales y la producción económica predominante. Destacan el clima desértico (normal, nublado abundante, marginal de altura y

bajo, cálido y frío), semiáridos, tundra (de altura y polar), climas templados (cálidos y fríos, con distinto tipo de frecuencia de lluvias). El desarrollo y aplicación progresiva de tecnología moderna en áreas como minería, irrigación, producción minera, agrícola, transporte e información y comunicaciones, ha permitido aumentar de gran modo la explotación de recursos naturales y favorecido una mayor adaptación de la población a diversos climas (como la recuperación de zonas agrícolas que estaban en proceso de desertificación, o poblamiento en lugares naturalmente inhóspitos). Ello ha permitido aumentar la producción de bienes, el mercado interno y las exportaciones, con mayor empleo y consumo, e influido en migración interna y externa. Entre las zonas montañosas se encuentra una serie de valles cruzados por ríos que favorecen la agricultura y ganadería. En la zona central, en que predomina un clima templado, se la considera un tipo de "clima mediterráneo". Todo ello ha contribuido al surgimiento económico global del país y del mejoramiento de la calidad de vida de la población, y a su vez en una mejor salud y desarrollo. (1,3)

El contexto geográfico, histórico y político - Contexto Histórico

Chile es una república unitaria con un sistema político democrático estable. El Estado tiene tres poderes: presidencial, junto a un parlamento bicameral y al sistema judicial. La división político-administrativa del país fue establecida en 1974 con tres niveles de estructura y administración territorial, incluyendo 13 Regiones (actualmente 15), divididas en provincias (actualmente 51) y éstas en comunas (actualmente 346). Dos de las Regiones y dos provincias fueron creadas recientemente (2007), para fortalecer la descentralización y desconcentración político-administrativa en áreas claves. También se han creado algunas comunas. Sin embargo, la estructura política actual mantiene esencialmente la organización definida en 1976 y se requiere una revisión y nueva reforma administrativa. (4) Ello es importante por cuanto la mayoría de las comunas han cambiado radicalmente (en población, marco regulador, actividad comercial y productiva y otros aspectos) respecto a la situación existente en la época en que ellas fueron definidas. Hay decenas de comunas de menos de dos mil habitantes, mientras que una comuna (Puente Alto) tiene mayor cantidad de población que cuatro regiones del país. Ello tiene implicancias, por ejemplo, en el requerimiento y modalidad de administración municipal de la atención de nivel primario de salud. (1-4)

El modelo político y económico se basa en una economía social de mercado, organizada luego de una amplia reforma política, económica y estatal ocurrida en los años 80, que enmarcó e incluyó al sector salud. Entre 1925 y 1973 se había desarrollado un Estado de Bienestar (al estilo europeo), que llegó a tener una activa participación en el quehacer y el progreso del país. Desde 1964 se realizaron importantes reformas políticas, de propiedad, producción y se logró notorios avances sociales (laborales, previsionales, en salud, educación, vivienda y otros). En general, el manejo gubernamental del Estado no logró tener apoyo político mayoritario para dichas reformas, y finalmente el Estado colapsó en el ámbito político, financiero y de convivencia social, produciéndose un golpe militar en 1973. Bajo este régimen, relativamente prolongado, se dio origen a un sistema político y económico bastante distinto, bajo una plataforma autoritaria en lo político y neoliberal en lo económico. (5-8)

El Estado fue sometido a importantes reformas, dando origen al sistema político, económico y del sector salud que en general, se mantiene hasta la actualidad (la Constitución y el sistema político vigentes impiden cambios radicales al modelo imperante). La experiencia chilena ocurrida en los 80 y el sistema político y económico existente desde entonces no son originales del país, sino que se enmarcan en las grandes tendencias mundiales de las últimas décadas, bajo la influencia de entidades como el Banco Mundial. Destacan la apertura y globalización de la economía; reducción de la función del Estado como empresa productiva nacional, con privatización directa o indirecta de lo estatal; fomento del sector privado (incluyendo aval estatal para préstamos internacionales, flexibilidad laboral, beneficios tributarios); control de la inflación; escaso control legal y financiero al funcionamiento productivo y del mercado; en un período con inexistencia práctica de eventual organización y presión de gremios de trabajadores. (5,6)

El sistema político y económico y económico actual está conformado por una mezcla de modelo neoliberal y Estado de Bienestar residual. En este sistema y como también se refleja en el sector salud, el Estado se ha reducido esencialmente a un rol rector (esencialmente ejercido sobre lo estatal y público) y ha mantenido su rol esencialmente subsidiario (no universal), donde los programas sociales se han enfocado prioritariamente a cubrir a las poblaciones más vulnerables y a quienes no pueden acceder a los beneficios del mercado, especialmente los pobres y grupos con carencias específicas (como en pobreza, vivienda, educación o salud). La equidad es vista como “igualdad de oportunidades”. (5,6)

Las reformas políticas y económicas estructurales llevadas a cabo desde los 80 en Chile se han acompañado de crecimiento económico nacional sostenido, lo que ha favorecido el desarrollo humano global de su población. Ello ha tenido como contrapartida, especialmente bajo el período 1973 a 1990, el deterioro de las condiciones de empleo, ingresos y de protección social, con mantención de la desigualdad socioeconómica entre diversos grupos de la población y deterioro de las políticas y programas sociales. A pesar del progreso y desarrollo social alcanzado por el país desde los 90s, la inequidad social y sus efectos aún continúa afectando a un número importante de chilenos, y es un tema permanente en la agenda pública. (5-8)

Entre 1990 y 2010, hubo cuatro gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (una coalición de partidos de centro, centroizquierda e izquierda), cuyo énfasis estuvo en la recuperación de la democracia, fortalecimiento de la economía, desarrollo de políticas sociales, fortalecimiento del sector público y aumento del gasto público y social (en salud, el gasto subió 166% entre 1990 y 2000). El ingreso y condiciones de bienestar logradas en base al empleo, salarios y subsidios logrados desde 1990 han sido importantes; sin embargo, aún cuando continúan siendo insuficientes para satisfacer las expectativas de la población y de lograr condiciones de vida más dignas en una parte importante de la población. Con el mejoramiento de aspectos sociales, como mejor educación y reducción de pobreza (menos de la mitad que en 1990, en que alcanzaba a 39,9%), una parte de la población se incorporó al estrato socioeconómico medio de la población (grupo que cuenta con necesidades básicas satisfechas pero mantiene austeras condiciones de vida). La promoción socioeconómica y una mejor educación han contribuido a que haya una mayor conciencia y empoderamiento de la población respecto a sus derechos y al tema de la inequidad. Esa percepción se ha convertido en una frecuente fuente de descontento, clima de desconfianza y enfrentamiento potencial, con la emergencia de nuevos grupos sociales más empoderados (como los estudiantes secundarios y universitarios, y un sector de trabajadores); dichos grupos exigen soluciones y abrigan mayores expectativas de solución a los problemas más prioritarios, entre los cuales se encuentra el tema de la salud. (5,7,10)

En 2010 asumió un gobierno de coalición de centro derecha (Coalición por el Cambio), con énfasis en la mantención del sistema político y económico imperante, fortalecimiento de la economía y continuar el rol subsidiario del Estado, incluyendo medidas específicas como la búsqueda de erradicar la pobreza extrema. En 2014 y hasta 2018, el gobierno volverá a estar bajo una coalición denominada Nueva Mayoría, que incluye al antiguo grupo de la Concertación junto al partido Comunista y a un conjunto de movimientos y entidades sociales, en cuyo programa, la salud constituye uno de los aspectos prioritarios de acción. (5,7,8,10)

Características y dinámica de la población

La población estimada para el año 2013 (proyección oficial del Censo de Población 2002) es de 17,6 millones de habitantes (de los cuales 49,5% son hombres y 50,5% son mujeres). La población menor de 15 años y la de 60 o más años representan 22,3% y 9,0% respectivamente. (2,10)

Las Regiones tienen bastantes diferencias en cuanto a tamaño de superficie y cantidad de población residente (**Cuadro 2.1**) Destaca la Región Metropolitana, con 43 comunas (34 de ellas en el Gran Santiago) que alberga al 40,3% de la población.

Cuadro 2.1: Población Regiones 2013

Región	Población (miles hab.)	% de pob. nacional	Superficie (miles km2.)	Densidad (hab/km2)	% Población	
					Urbana	Rural
Arica y Parinacota	179,6	1,0	16,9	10,6	89,4	10,6
Tarapacá	336,1	1,9	42,2	8,0	92,9	7,1
Antofagasta	594,6	3,4	126	4,7	97,4	2,6
Atacama	286,6	1,6	75,2	3,8	90,6	9,4
Coquimbo	749,4	4,3	40,6	18,5	81,0	19,0
Valparaíso	1814,1	10,3	16,4	110,6	91,5	8,5
Metropolitana	7069,6	40,3	15,4	459,0	96,6	3,4
O'Higgins	908,6	5,2	16,4	55,4	71,1	28,9
Maule	1031,6	5,9	30,3	34,1	67,4	32,6
Biobío	2074,1	11,8	37,1	56,0	83,9	16,1
La Araucanía	994,4	5,7	31,8	31,2	68,0	32,0
Los Ríos	382,7	2,2	18,4	20,8	68,6	31,4
Los Lagos	867,3	4,9	48,6	17,9	70,8	29,2
Aysén	107,9	0,6	108,5	1,0	85,2	14,8
Magallanes	160,2	0,9	1 382,3	0,1	93,1	6,9
Pais	17556,8	100,0	2 006,1	8,8	87,0	13,0

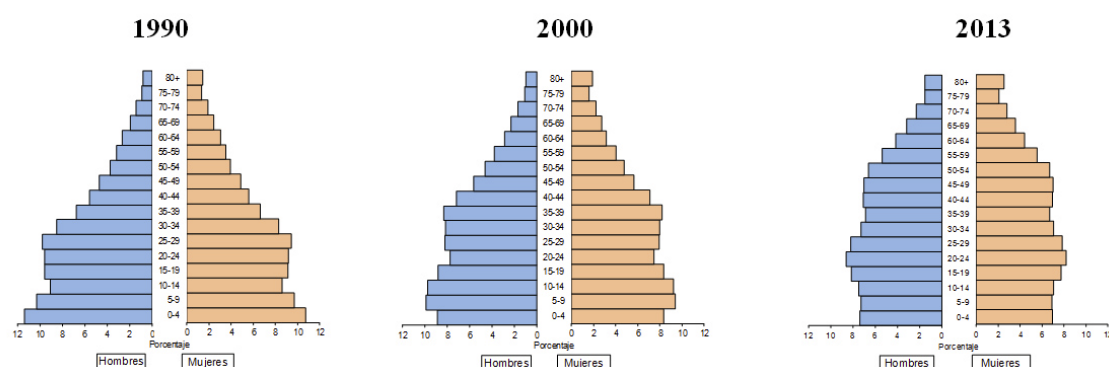
Fuente: Censo INE 2013

En 2013, la densidad de población de Chile alcanzó a los 8,75 habitantes por kilómetro cuadrado. La mayor concentración de población se encuentra en la Región Metropolitana, donde reside el 40,3% de la población del país y tiene una densidad de 459,0 hab/km². La Región de Valparaíso, que se encuentra contigua y al este de la Metropolitana, hacia la costa, tiene 1,8 millones de habitantes y una densidad de 110,3 habitantes por km² (tiene 10.3% de la población nacional). La Región de Biobío, con dos millones de habitantes (10.3% de la población nacional), es la tercera que tiene un gran complejo urbano. El resto de regiones tienen ciudades y pueblos de menor tamaño (**Cuadro 2.1**). (2)

El 87% de la población es urbana y el 13,0% de la población vive en áreas rurales. En la Región Metropolitana, existe alto predominio de población urbana (96.6%), mientras que las Regiones con mayor proporción de ruralidad son Maule, La Araucanía y Los Ríos, ubicadas en el sur del país y cuya población rural alcanza a casi un tercio de la población regional (32.6%, 32.0% y 31.4% respectivamente). (2)

La población aumentó 29,9% entre 1990 y 2010. En 1990, la estructura de la población presentaba una forma piramidal en los mayores de 25 años, y otra en los menores de 15 años, con relativa similitud entre los 15 y 29 años, relacionado con cambios en fecundidad en las tres décadas previas. En el año 2010, la pirámide se desplazó a edades mayores, con relativa estabilidad en los menores de 50 años, relacionado con relativa baja fecundidad y mortalidad en las últimas cinco décadas (**figura 2.1**). En 2010, destaca que en los grupos de menor edad se mantiene una tendencia a la relativa estabilización, salvo el grupo de 15 a 24 años. La población de adolescentes (10 a 19 años) es mayor que la de niños de 0 a 9 años (2,10).

Figura 2.1. Estructura de la población por edad y sexo, Chile, 1990, 2000 y 2013



Fuente: INE Chile, 2013

La población total aumentó en un tercio entre 1990 y 2013 (**cuadro 2.2**). Sin embargo, la población menor de 15 años disminuyó en 4.3% en este lapso, mientras que el grupo mayor de 65 años y más aumentó a más del doble (111.5% de aumento). Ello tiene implicancias en que si bien no ha aumentado la población que requiere servicios infantiles, los problemas de salud y el requerimiento por servicios de adulto mayor han aumentado de modo importante.

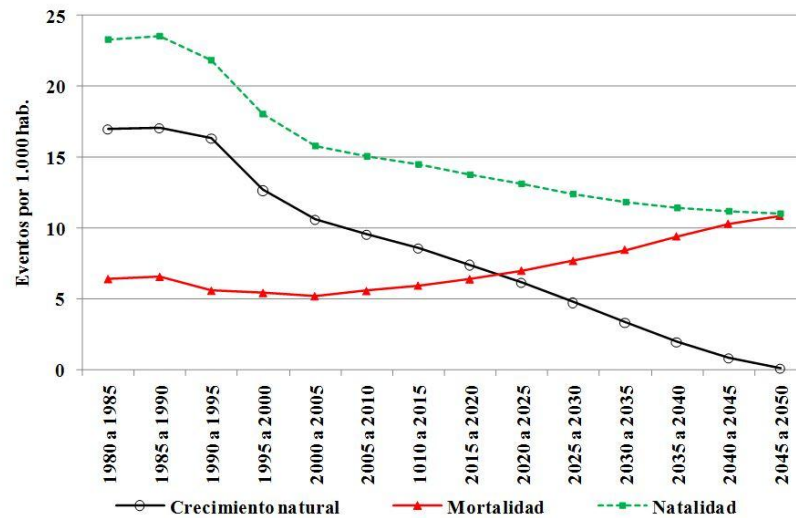
Cuadro 2.2. Aumento de principales grupos de edad en población de Chile, entre 1990 y 2013

Edad (años)	1990		2000		2013		Aumento entre 1990-2013 (%)
	Millones	%	Millones	%	Millones	%	
0 - 14	3.9	29.9	4.3	27.8	3.8	21.5	-4.3
15 - 64	8.4	64.0	10.0	64.9	12.1	68.7	43.0
65 +	0.8	6.2	1.1	7.3	1.7	9.8	111.5
Total	13.2	100,0	15.4	100,0	17.6	100,0	33.1

Fuente: Compendio Estadístico 2013, INE; INE-CEPAL Proyecciones y estimaciones de población 1950 a 2050 (2,10)

La tasa de natalidad ha mantenido su tendencia estable en el último quinquenio, alcanzando a 14,7 por 1.000 habitantes en 2010, con disminución tanto de la tasa general de fecundidad como del índice global de fecundidad (**figura 2.2**). Una tendencia similar ha experimentado la mortalidad infantil que para el año 2010 alcanzó a 7,9 por mil nacidos vivos. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer estimada para el periodo 2010-2015 se ha estimado en 78,6 años, para mujeres de 81,5 años y para hombres de 75,5 años. (6)

Figura 2.2. Evolución de la tasa de crecimiento natural de la población, con las tasas brutas de natalidad y mortalidad en Chile, proyección 1980 a 2050.



Fuente: Ministerio Desarrollo Social. Informe IPOS 2012.

De acuerdo a las proyecciones de dinámica poblacional, la tasa bruta de natalidad continuará disminuyendo y la de mortalidad continuará aumentando paulatinamente. De este modo, ambas tasas serán similares y por tanto en el quinquenio 2045 a 2050 no habrá crecimiento natural de la población. Sin embargo, no se cuenta con registros ni proyecciones claras sobre cuál será la influencia de las migraciones internacionales sobre el tamaño y estructura de la población futura.

El aumento de población entre 1992 y 2013 en las diversas Regiones ha sido bastante diverso (**cuadro 2.3**), lo que ha estado más bien por relacionado por migraciones interregionales y no tanto por crecimiento natural, por migración de población rural hacia sectores urbanos, y la atracción de oportunidades de empleo. Destacan las Regiones de Tarapacá, Coquimbo y Antofagasta, con crecimiento de 103.1%, 48.6% y 40.1% respectivamente. Ha habido un surgimiento de productividad y empleo en Tarapacá y Antofagasta. Las Regiones extremas del país, Arica y Parinacota y Magallanes, han tenido aumento de población relativamente bajo (3.2% y 11.8% respectivamente). En el caso de Arica, que es nueva Región limítrofe con Perú (escindida de la antigua I Región), se mantienen limitaciones de empleo y no hay surgimiento productivo de la ciudad, por lo cual la población emigra (entre 2002 y 2013, la población se

redujo en 5,3%) (2)

Cuadro 2.3. Aumento de la población en Regiones de Chile, entre 1992 y 2013

Región	Población 1992 (miles)	Aumento 1992-2002 %	Población 2002 (miles)	Aumento 2002-2013 %	Población 2013 (miles)	Aumento 1992-2013 %
Arica y Parinacota	174.1	8.9	189.6	-5.3	179.6	3.2
Tarapacá	165.5	44.4	239.0	40.7	336.1	103.1
Antofagasta	410.7	20.3	494.0	20.4	594.6	44.8
Atacama	230.9	10.2	254.3	12.7	286.6	24.2
Coquimbo	504.4	19.6	603.2	24.2	749.4	48.6
Valparaíso	1384.3	11.2	1539.9	17.8	1814.1	31.0
Metropolitana	5257.9	15.3	6061.2	16.6	7069.6	34.5
O'Higgins	696.4	12.1	780.6	16.4	908.6	30.5
Maule	836.1	8.6	908.1	13.6	1031.6	23.4
Biobío	1734.3	7.3	1861.6	11.4	2074.1	19.6
La Araucanía	781.2	11.3	869.5	14.4	994.4	27.3
Los Ríos	329.9	8.0	356.4	7.4	382.7	16.0
Los Lagos	618.9	15.8	716.7	21.0	867.3	40.1
Aysén	80.5	13.7	91.5	18.0	107.9	34.1
Magallanes	143.2	5.3	150.8	6.2	160.2	11.8
Chile	13348.4	13.2	15116.4	16.1	17556.8	31.5

Nota: Estimación 1992 y 2002 realizada en base a Censos de esos años. Datos 2013 según proyección de censo 2002 (Censo de 2012 no ha sido oficialmente validado) Datos readecuados a las 15 Regiones vigentes desde 2007.

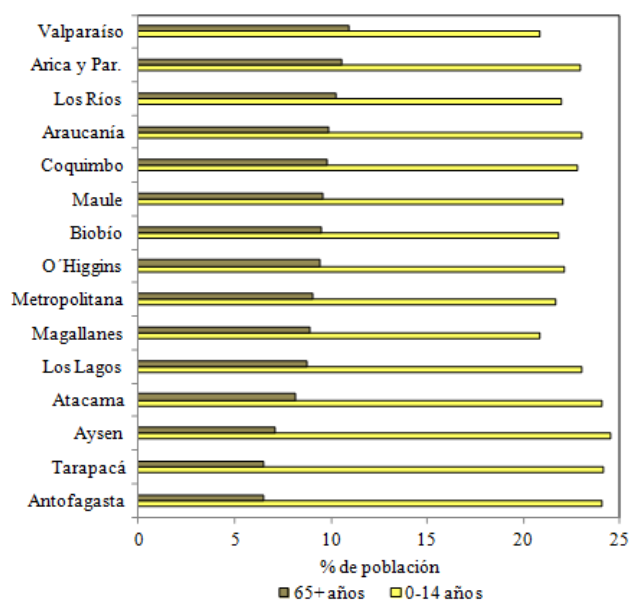
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002. INE. (2)

Las condiciones de desarrollo socioeconómico actual de Chile lo hacen atractivo como posibilidad potencial de empleo. Por ello, en la última década se ha producido una inmigración progresiva de habitantes procedentes del resto de Sudamérica, especialmente de Perú y Ecuador. Las condiciones de ingreso general al país (como turistas de corto plazo o búsqueda de trabajos informales) y la falta de registros impiden tener una estimación exacta de su cantidad y distribución.

Las proyecciones oficiales de migración internacional de Chile basadas en proyecciones y estimaciones de población del INE (en base a censos de 1992 y 2002), no son consistentes con estimaciones no oficiales respecto al incremento no precisado de extranjeros residiendo (legal o ilegalmente) en el país en la última década. Ello es más notorio en sectores de la capital y en la emergente región de Antofagasta (con muy alto nivel de empleo, que atraen a trabajadores de otras Regiones y países). Según INE 2013, existió un saldo migratorio neto negativo (emigración de población) entre 1950 y 1990, especialmente en la década de los 80; luego, se habría un proceso inverso, de inmigración pero en baja cantidad: sólo inmigrarían alrededor de 6 mil personas quinquenales entre 2000 y 2010 e incluso se proyectaría un saldo migratorio 0 a partir del quinquenio 2020 a 2025 (**Cuadro 2.3**). (6,10)

En la Regiones cerca del extremo norte y sur del país del país se encuentran poblaciones más envejecidas, con mayor proporción de habitantes de 65 años y más años de edad y menor proporción de menores de 15 años (**figura 2.3**).

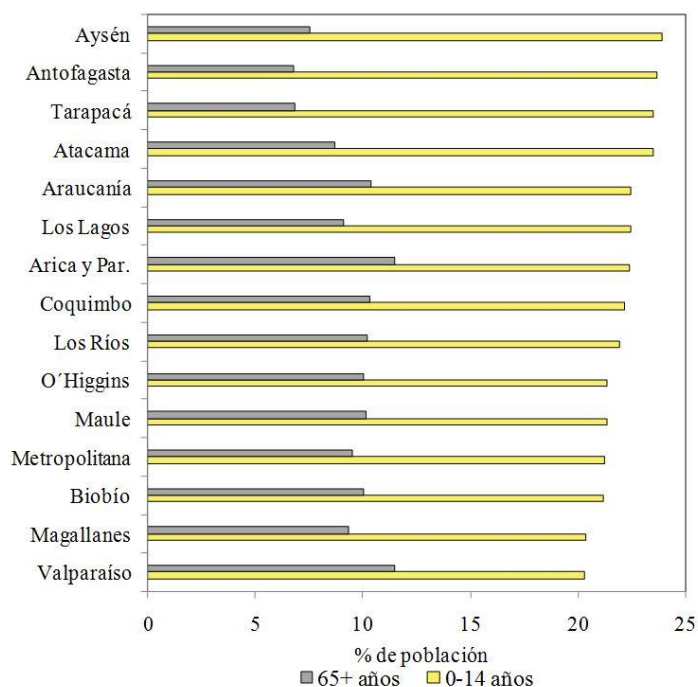
Figura 2.2. Proporción de población menor de 15 años y de 65 y más años, en Regiones de Chile, 2011



Fuente: DEIS MINSAL 2013 (11)

Desde 1970, la esperanza de vida al nacer continúa aumentando, aunque su ritmo de crecimiento se enlentece paulatinamente. La esperanza de vida es sistemáticamente mayor en mujeres que hombres (**figura 2.4**). El nivel registrado en Chile es relativamente alto en el contexto de América Latina y el Caribe, aunque es discretamente menor al registrado en el grupo de países OECD.

Figura 2.3. Proporción de población menor de 15 años y de 65 y más años, en Regiones de Chile, 2013



Fuente: DEIS MINSAL 2013

En el año 2011 se registraron alrededor de 95 mil defunciones, con una tasa de mortalidad general de 5,4 por 1.000 habitantes. La mortalidad general por sexo alcanzó a 5,8 muertes por cada 1.000 hombres y 5,0 muertes por cada 1.000 mujeres. La mortalidad general en las

Regiones fluctúa entre 4,0 en Tarapacá y 6,5 por mil habitantes en Los Ríos. La tasa de años de vida potencial perdidos (AVPP) por mil habitantes, que refleja con mayor sensibilidad las muertes prematuras (con connotación de producción y prematurez evitable) alcanzó a 72,7 por mil h. ese año. Es claramente mayor en hombres (92,6 por mil h) que en mujeres (92,6 por mil h) (**cuadro 2.4**). Las tasas de AVPP son más elevadas en Regiones extremas del país y su distribución regional es diversa al tipo de distribución registrada en la mortalidad general, que tiende a estar más influida por el grado de envejecimiento de la población, como en el **Cuadro 2.4**. (3,12)

Cuadro 2.4. Mortalidad y años de vida potencial perdidos por mil habitantes en Regiones de Chile, 2011.

Región	Mortalidad General (*1.000 hab.)			Expectativas de vida al nacer (años)			AVPP (*1.000 hab.)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Arica y Parinacota	6.0	7.2	4.9	78.6	75.2	82.1	93.0	120.1	67.4
Tarapacá	4.0	4.5	3.6	78.0	75.7	80.3	68.9	88.8	47.1
Antofagasta	4.6	4.9	4.3	76.0	73.3	78.8	75.1	89.8	59.0
Atacama	5.2	5.6	4.7	78.2	75.3	81.2	78.0	96.5	58.7
Coquimbo	5.2	5.7	4.7	79.1	76.1	82.0	65.0	81.8	48.4
Valparaíso	6.3	6.6	6.0	77.6	74.9	80.3	72.1	91.3	53.3
Metropolitana	5.2	5.5	5.0	78.3	75.6	81.1	67.9	86.5	49.9
O'Higgins	5.4	6.1	4.8	77.6	75.0	80.2	74.5	93.0	55.6
Maule	5.9	6.6	5.1	77.1	74.4	79.8	76.8	97.4	56.3
Bío Bío	5.7	6.2	5.2	77.4	74.1	80.6	75.7	97.5	54.5
La Araucanía	6.0	6.7	5.3	77.5	74.5	80.5	79.5	103.3	56.0
Los Ríos	6.5	7.2	5.8	77.1	74.2	80.1	84.4	104.9	63.8
Los Lagos	5.5	6.3	4.8	76.7	73.2	80.2	81.4	107.9	53.8
Aysén	5.4	5.9	4.9	78.9	74.1	83.6	89.3	105.5	71.2
Magallanes	6.1	6.5	5.7	77.1	73.8	80.4	89.2	111.6	64.2
Total País	5.5	5.9	5.1	79.1	76.1	82.2	72.7	92.6	53.1

Nota: AVPP Años de Vida Potencialmente perdidos por 1.000 habitantes. Información MINSAL sobre EVN de regiones es más baja que la que esa misma entidad reporta a nivel nacional.

Fuente: DEIS- MINSAL 2012 (11)

Según información reportada por MINSAL sobre esperanza de vida al nacer en Regiones 2011, el nivel fluctúa entre 79,1 y 76,0 años en Coquimbo y Antofagasta respectivamente. No hay consistencia en el perfil de variaciones de mortalidad general, EVN y tasa de AVPP entre las regiones, ni tampoco entre cada uno de estos indicadores y otros que reflejan variación en determinantes sociales

En el año 2011, los principales grupos de causas de muerte fueron: enfermedades del sistema circulatorio (27,7% de total de defunciones), tumores (25,8% del total); enfermedades del sistema respiratorio (9,6% del total de defunciones) y causas externas (8,5% del total de defunciones) (**Cuadro 2.5**). (11)3 (12)

Cuadro 2.5/ Grupos seleccionados de causas de mortalidad en tasas por 100.000 habitantes, Chile 2011

Causa de muerte	Total		Hombres		Mujeres	
	Estimada	Ajustada	Estimada	Ajustada	Estimada	Ajustada
Neoplasias Malignas	137.1	122.2	144.0	142.4	130.5	107.1
Enfermedades cerebro vasculares	50.6	43.8	49.9	48.5	51.3	40.1
Enfermedad isquémica del corazón	41.7	35.8	52.0	49.0	31.6	24.9
Causas Externas	46.2	43.4	71.5	68.7	21.3	19.1
Enfermedades transmisibles	29.4	26.6	30.5	30.3	28.3	23.0
Diabetes mellitus	19.8	17.3	19.6	19.1	20.1	15.8
Otras causas	225.9	210.9	220.5	232.0	226.7	190.0
Mortalidad general	550.7	500.0	592.0	590.0	510.2	420.0

Fuente: Indicadores Básicos de Salud OPS/OMS 2013 (12)

La mortalidad por grupos seleccionados de causas en general es sistemáticamente mayor en hombres que en mujeres (**cuadro 2.5**). Las tasas ajustadas de mortalidad son menores que la estimada (no corregida) pues corrigen por la influencia del envejecimiento poblacional (población de mayor edad que la referencia internacional). La mortalidad por causas externas es más de tres veces mayor en hombres que en mujeres, y la mortalidad específica por causas isquémicas del corazón es más de 60% más alta en hombres. (12)

Entre el 1990 y 2011, la mortalidad general por enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias malignas aumentaron de 142,6 a 146,7 y de 118,6 a 133,7 muertes por 100 mil habitantes respectivamente, y en causas externas se produjo una leve reducción de 50,4 a 49,1 muertes por 100 mil habitantes en ese período. En la **figura 2.5** se ilustra la baja de mortalidad general hasta el año 2000, y luego tendencia al alta (relacionada con envejecimiento de la población, ya que mayor cantidad de muertes se producen en adultos mayores). (2,11,12)

El contexto macroeconómico

La economía chilena ha seguido consolidando su crecimiento, reflejada por un Producto Interno Bruto (PIB) que al 2009 alcanzó \$ 63.963.490 miles de millones (US\$ 13.420 per cápita). La tasa de inflación anual en 2009 fue 0,3%. El desempleo había disminuido ligeramente desde 2000 pero tuvo leve aumento en 2009 (9,7%) y bajó a 8,1% en 2010. El principal aporte de la producción está dado por servicios empresas y minería. Tres cuartos del empleo se concentra en el rubro servicios, poco más del 13% en industria y otro 13% en agricultura y pesca (**figura 2.6**). La minería concentra menos del 1% del empleo pero contribuye en 15% al PIB y en 49% a las exportaciones. La agricultura y pesca contribuyen al 4% del PIB y al 8% de las exportaciones. (14)

El nivel de salud en Chile está consistentemente relacionado con el grado de desarrollo socioeconómico y de la calidad de vida alcanzado por cada país y grupo de población. Entre 1995 y 2012 se mantuvo la relación positiva de aumento paulatino del Ingreso Nacional Bruto (INB, en USD miles) y la expectativa de vida al nacer en Chile, que tuvieron positivo aumento en este período (**figura 2.7**). (15,16)

Figura 2.7. *Proporciones sectoriales de empleo, PIB y exportaciones en Chile*



Fuente: OECD (2011), basado en información de Banco Central de Chile. (13)

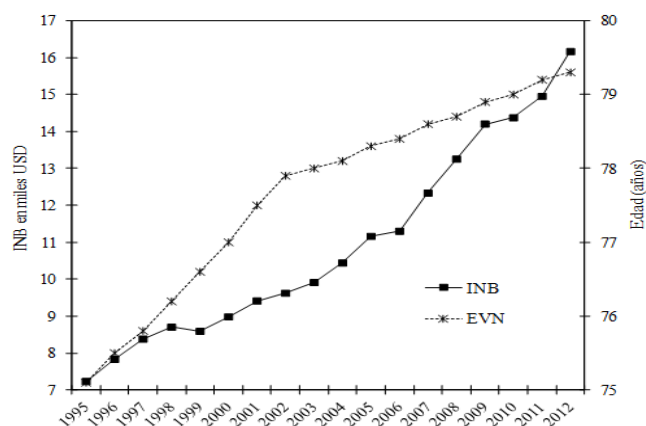
En 2010, Chile se incorporó como miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En su incorporación, esa entidad consideró que la economía chilena ha tenido un desempeño sólido gracias al apoyo de instituciones fuertes y de una democracia estable. Como resultado, los estándares de calidad de vida han mejorado de manera sustancial y la pobreza ha venido disminuyendo significativamente. Pero aún quedan muchos desafíos para que Chile alcance todo su potencial. En el corto plazo, el reto principal para el gobierno es mantener la recuperación sin alterar la estabilidad de precios. El ingreso per cápita aún se ubica muy por debajo del promedio de la OCDE. En particular, será necesario emprender acciones decisivas para abordar el reto de la productividad. Esto implica fomentar nuevas fuentes de crecimiento, como la innovación y el respeto al medio ambiente, con el apoyo de reformas de los mercados de bienes y laboral. Asimismo, se necesitan estrategias amplias de reformas para reducir la desigualdad y fortalecer la administración pública. (14)

Desarrollo humano global

Chile ha sido uno de los primeros países en la región de las Américas en cumplir anticipadamente la meta de varios de los Objetivos del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas que se propuso cumplir en 2015, según la última evaluación reportada en el Tercer Informe del Gobierno, en Septiembre de 2010) (12).

En 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) elaboró y comenzó el seguimiento anual del Índice de Desarrollo Humano (IDH), que un indicador compuesto resumen que pretende ser más integral que la clasificación del progreso de los países sólo en base al Producto Interno Bruto. En 2012, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Chile fue estimado en 0,819, lo que ubicaba al país en el lugar 40 del ranking mundial de países. Entre los componentes primarios del IDH de Chile, destacaba el relativo alto nivel de expectativa de vida al nacer (79,3 años), esperanza de vida al nacer de 79,3 años, 9,7 años de promedio de escolaridad y un ingreso nacional bruto per cápita de USD 14.987 (PPA en USD de 2005) (18). Entre 1980 y 2010, el IDH ha mantenido un progreso paulatino en sus diversos componentes (**Figura 2.8**). Dado que el IDH es un índice relativo internacional, ello refleja un mejoramiento continuo de las condiciones globales del desarrollo humano y la emergencia de Chile en el escenario internacional ya que ese ranking lo sitúa en el grupo de 47 países con “desarrollo humano muy alto”, y es un referente de alto nivel de salud y desarrollo para América Latina y el Caribe (que registra IDH de 0.741). (19)

Figura 2.8. Evolución del Ingreso Nacional Bruto (INB) en USD miles y expectativa de vida al nacer en Chile, 1995 - 2008



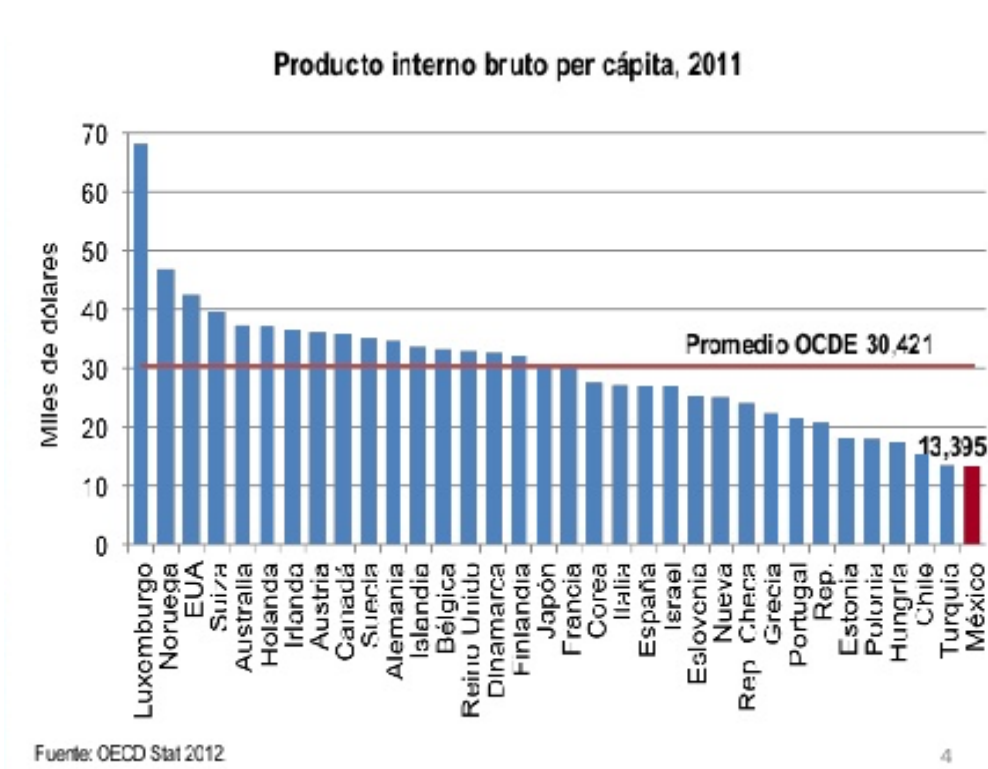
Fuente: OPS (2013). Generador de Tablas y Folletos de Indicadores Básicos de Salud (14)

Sin embargo desde 2011, el PNUD también calculando al IDH ajustado por desigualdad, para que dicho indicador sea sensible a la desigualdad de ingresos, de educación y de la esperanza de vida al nacer. En el caso de Chile, se aprecia el impacto negativo de la desigualdad, ya que el IDH ajustado sólo alcanza a 0.664, en que se pierde un 19% del IDH general: disminuye 34.1% en el componente de ingresos, 13.7% en educación y 6.6% en salud. Aún así, Chile se mantiene en el grupo de países de muy alto desarrollo, cuya desigualdad es superior a la observada en los países de mayor desarrollo, pero menor que lo registrado en América Latina y el Caribe (que registra IDH de 0.550). (19)

El resultado sistemático del IDH para Chile coincide con la percepción del estado y sociedad chilenos, en que si bien hay un crecimiento económico importante y sostenido en las últimas décadas, la inequidad social es un tema pendiente de resolver y muy prioritario de acción en el país. También ello refleja la prioridad de mantener un monitoreo efectivo y útil del desarrollo y

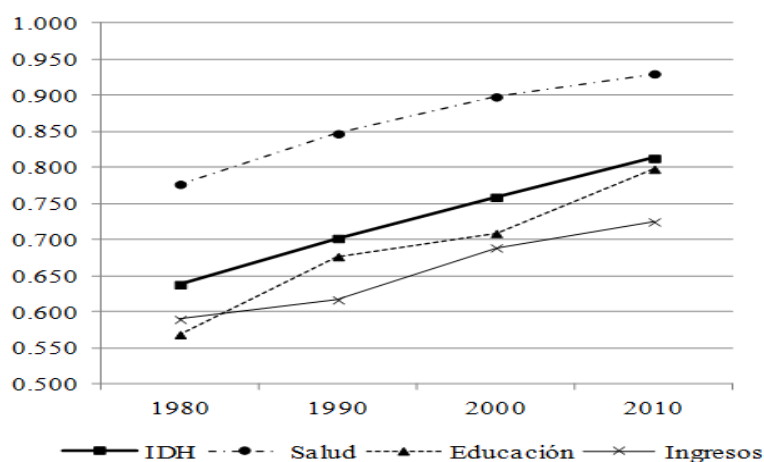
salud en el país, que permita conjugar los elementos de crecimiento y equidad tanto en desarrollo global como en salud. (19)

Chile está entre los países con menor ingreso nacional bruto per cápita en el grupo perteneciente a OECD, aunque su nivel de expectativas de peso al nacer y años de escolaridad están discretamente bajo el nivel medio de países OECD (**figura 2.9**). (19)



Cuando diversas dimensiones del bienestar y desarrollo en Chile son comparadas con el nivel logrado en los países de OECD, destaca que el nivel percibido de satisfacción es relativamente similar al promedio de países OECD, pero el nivel de ingresos de la población es bastante bajo (incluso menor que el promedio de los cinco países con menor nivel. Las condiciones del ambiente también son bajas, con un nivel marcadamente inferior a los países de OECD, incluso con el nivel de los peores (**Figura 2.10**). (20)

Figura 2.10. Índice del Desarrollo Humano en Chile, entre 1980 y 2010



Fuente: PNUD, Informe de Desarrollo Humano 2012 (18)

El desarrollo humano global en Chile requiere conjugar el crecimiento nacional del país, con la solución paulatina de las desigualdades sociales evitables y afectas a solución (incluyendo al sistema de protección social) de modo que mejore el grado de bienestar y calidad de vida de los diversos grupos de población. Particular relevancia adquiere el asegurar el acceso a los bienes de consumo y servicios básicos; la reducción de la pobreza (con erradicación de la pobreza extrema); el adecuado y equitativo acceso a las oportunidades, y procurar una mejor distribución del ingreso. (22)

En 2009, MIDEPLAN preparó y presentó una visión prospectiva para la década, contenida en la publicación sobre “Construyendo una visión del desarrollo nacional: Chile 2018”. En ella, se revisó la experiencia de internacional de estudios prospectivos y fijación de escenarios, consultó diversos expertos nacionales y realizó talleres con académicos, intelectuales, líderes sociales y del ámbito económico. La publicación incluye artículos temáticos de expertos. En las tendencias percibidas como de mayor incidencia en el desarrollo nacional y que deben ser necesariamente enfrentadas, destacan: la concentración del poder económico, la inequidad distributiva y el requerido balance entre equidad y desarrollo; la globalización y apertura comercial, con el protagonismo de economías emergentes en Asia Pacífico; el balance entre el rol del Estado y del mercado frente a la transformación de la estructura productiva; el predominio de la vida urbana y el envejecimiento de la población; creciente demanda de energía y recursos hídricos, fuente de conflictos sociales; y la revolución tecnológica y de las comunicaciones. (22)

Evaluación y perspectivas de progreso

Chile ha alcanzado paulatinamente un avance en salud que es concordante con el desarrollo global del país. Ello se refleja en que: (a) se encuentra considerado por el PNUD en el grupo de países con muy alto desarrollo según el Índice de Desarrollo humano (ocupa lugar 40); Chile ha sido uno de los primeros países en la región de las Américas en cumplir anticipadamente la meta de varios de los Objetivos del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas esperados lograr en 2015; (c) en 2010, Chile fue aceptado como país miembro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.

En consistencia con ese nivel, cuenta con un buen nivel de salud alcanzado – incluso mejor que otros países con similar desarrollo socioeconómico - se refleja en aspectos como el aumento de la expectativa de vida al nacer, reducción de eventos de salud altamente evitables como la mortalidad materna e infantil, y enfermedades transmisibles que son posibles de controlar con vacunas y medidas de saneamiento e higiene.

El país mantiene un sistema económico emergente, dinámico y estable, con política fiscal responsable. Cuenta con estabilidad política que facilita la seguridad y crecimiento económico. A pesar de su reconocida solidez y crecimiento, la economía chilena continúa siendo vulnerable a cambios y eventuales crisis internacionales. Las inversiones en comunicaciones y tecnología han contribuido a aumentar la capacidad productiva del país, el empleo, surgimiento económico y empleo de Regiones y algunas ciudades donde ha aumentado la producción y empleo. Sin embargo, el crecimiento no ha sido uniforme en el país sino que se ha acompañado de excesiva concentración del ingreso, baja tributación en desmedro de las funciones estatales que deben ser mantenidas esencialmente por fondos de impuestos, lo que es más crítico en el sector salud y educación.

El sistema político y económico, basado en un modelo neoliberal iniciado en los 80s, se ha mantenido sin cambios esenciales, por cuanto la Constitución y sistema político impide dichos cambios, aunque sean apoyados por la mayoría de la población y el parlamento. El sistema ha favorecido un importante crecimiento económico y del desarrollo humano en Chile, sin embargo existe gran desigualdad en ingresos y condiciones de vida de la población, con la riqueza concentrada en unos pocos. El Estado ha sido reducido en tamaño y rol, y su foco esencialmente reducido a un rol subsidiario sobre los más pobres y necesitados.

Muchos ámbitos del quehacer nacional, incluyendo aquellos que estaban bajo intervención y hasta propiedad estatal han sido, directa o indirectamente, privatizados y descentralizados. El rol subsidiario del Estado lo mantiene enfocado en los más pobres y necesitados, donde un emergente estrato socioeconómico tiene menores posibilidades de apoyo en protección y asistencia social, en la medida que eso sea necesario.

Orientaciones bastante útiles para el progreso en el contexto global del país se pueden encontrar en las recomendaciones de organismos como la OECD (“Mejores políticas para el desarrollo: Perspectivas OCDE sobre Chile”, 2011) lo que aporta sugerencias específicas y concretas para continuar y fortalecer la economía chilena y el desarrollo global del país.

Es crucial tomar en debida cuenta y revisar el progreso alcanzado respecto al escenario futuro de MIDEPLAN, en 2009, sobre las tendencias más relevantes del desarrollo nacional que deben ser necesariamente enfrentadas: la concentración del poder económico, la inequidad distributiva y el requerido balance entre equidad y desarrollo; la globalización y apertura comercial, con el protagonismo de economías emergentes en Asia Pacífico; el balance entre el rol del Estado y del mercado frente a la transformación de la estructura productiva; el predominio de la vida urbana y el envejecimiento de la población; creciente demanda de energía y recursos hídricos, fuente de conflictos sociales; y la revolución tecnológica y de las comunicaciones.

Los Objetivos del Milenio de UN plantean objetivos de salud y desarrollo que Chile requeriría cumplir en 2015. Sin embargo ellos se concentran en superación de hambre, pobreza y factores relacionados en el mundo. Sin embargo, plantean un parámetro de referencia mínima para regiones y grupos con población desfavorecida y vulnerable.

El IDH internacional usado por PNUD, actualmente ajustado por desigualdad resulta ser un excelente referente para Chile, como enfoque de tendencia, comparación con otros países y por su sensibilidad de progreso en salud y desarrollo, así como en equidad.

El nivel medio alcanzado por países OECD, y sus principales indicadores de salud y desarrollo, también constituye un excelente referente de progreso de desarrollo y salud en el caso de Chile. En esta referencia, cobra particular relevancia mejorar el nivel de ingresos de la población (a nivel de los peores de OECD), y las condiciones del ambiente (ostensiblemente peor que el grupo de países OECD con peores condiciones ambientales).

Los objetivos institucionales y sanitarios planteados en la Estrategia Nacional de Salud para 2020 son un concreto referente de progreso. Siendo una propuesta técnico-normativa, cabría revisar o refinar lo esperado, pues no se acompaña de una planificación concreta para lograr una “inflexión” en las tendencias y proyecciones estimadas: cabe pasar de “estrategia” a “plan” concreto (con financiamiento, otros recursos y acciones que permitan, tanto a nivel nacional como en cada una de las regiones).

Referencias

1. **Ministerio de Salud de Chile (2010)**. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período. Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto. Disponible en: www.minsal.cl
2. **Instituto Geográfico Militar (2007)** Atlas geográfico para la educación IGM, Santiago: 2007
3. **Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2010)**, Compendio Estadístico 2010.
4. **Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (2008)**, División Política y Administrativa de Chile 2008.
5. **Larrañaga O. (2010)** El Estado Bienestar en Chile: 1910 – 2010. Documento de Trabajo, PNUD PNUD y Universidad de Chile; PNUD. Santiago, Marzo de 2010
6. **Raczynsky D. (1994)** Políticas sociales y programas de combate a la pobreza en Chile: Balance y desafíos. Estudios CIEPLAN 39, junio de 1994, pp. 9-73
7. **Ministerio del Desarrollo Social (2011)**, Informe de Política Social 2011. Disponible en: www.ministeriodesarrollosocial.cl
8. **Chile de Todos**. Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018. Comando Michelle Bachelet Octubre 2013. Disponible en www.michellebachelet.cl/programa/
9. **Arriagada G. (1998)** Por la Razón o la Fuerza: Chile bajo Pinochet. Ed. Sudamericana 300 p.
10. **Mesa-Lago C. (2008)**, Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad, Revista Internacional del Trabajo Vol. 127 (2008) No. 4 OIT: 2008
11. **INE-CEPAL (2007)**, Chile: Proyección y Estimaciones de Población. Total País, 1950 a 2050
12. **Ministerio de Salud (2012)**. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS Disponible en: www.deis.cl
13. **OPS/OMS (2013)** Indicadores Básicos de Salud, Salud de Las Américas, WDC: 2013
14. **OCDE (2011)**, Mejores políticas para el desarrollo: Perspectivas OCDE sobre Chile, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264095755-es>
15. **Organización Panamericana de la Salud (2013)**, Generador de Tablas de Indicadores Básicos de Salud 1995 a 2011, Disponible en www.paho.org
16. **Banco Central de Chile (2013)**, Cuentas Macroeconómicas, Año base 2003. Informe Regional Trimestre Julio-Septiembre. INE, Septiembre del 2008 Disponible en: www.ine.cl
17. **OECD (2013) OECD STATS**. Base de datos on-line (consultada 16 diciembre 2013) Disponible en www.oecd.org/statistics/
18. **MIDEPLAN (2010)** Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe de Gobierno de Chile. Santiago: Septiembre de 2010
19. **PNUD (2013)**, Informe del Desarrollo Humano 2013. Disponible en: hdr.undp.org.es
20. **OECD** Estudios económicos de la OECD en Chile, Octubre 2013, Visión general. OECD (2013). Disponible en <http://www.oecd.org/eco/surveys/Overview%20Chile%20spanish.pdf>
21. **Ottone E. y Vergara C. (2004)**. La desigualdad social en América Latina y el caso chileno. Estudios Públicos, No. 108 (2007), pp. 59-91
22. **MIDEPLAN (2009)** Construyendo una visión del desarrollo nacional: Chile 2018. Ministerio de Desarrollo Social, Santiago: marzo de 2009. Disponible en www.ministeriodesarrollosocial.cl

Determinantes y protección social

Entre los principales determinantes sociales de salud presentados en este capítulo, destacan el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, vivienda, género, y etnicidad, bienestar y red social. Se presenta su nivel y variaciones entre regiones y grupos de población. Como indicador resumen de desarrollo socioeconómico, se utiliza el Índice de Desarrollo Socio-Económico (ISDE); para la estratificación de nivel socio-económico también se usa la clasificación de investigaciones de mercado. En el sistema de protección social, se destacan las políticas sociales y los principales programas de dicho sistema.

Diversidad en nivel y desarrollo social

Dada la estrecha y mutua relación entre salud y desarrollo, la diferente situación de salud en los diversos grupos de la población está expuesta y es influida por un conjunto de factores determinantes que existen en el entorno geográfico, político, económico y social. A su vez, la situación de salud de la población influye en el desarrollo humano global y en las condiciones del entorno físico y social. En el caso chileno, todos los grupos de la población (según área geográfica, ingreso, condiciones socioeconómicas y de calidad de vida, edad, género, etnicidad y ruralidad), han tenido un avance socioeconómico y de salud, aunque a distintos niveles y velocidad. Conocer y monitorear estas diferencias y sus determinantes contribuye a establecer prioridades y posibilidades de respuesta a las necesidades sociales y de salud que surjan.

Entre las condicionantes de salud ocupa especial importancia el conjunto de factores económicos y sociales (considerados “determinantes sociales de salud”) que están estrechamente relacionados entre sí y en conjunto influyen sobre la vulnerabilidad, riesgo y nivel de salud de los diversos grupos de la población. Destacan el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, vivienda, ruralidad, género, etnicidad, y bienestar y la red de apoyo social. En general, este mismo grupo de factores determinantes también influyen la manera en que el sistema de salud es organizado, desarrollado, financiado y manejado, en sus diversos sectores y niveles. Los determinantes sociales también influyen en el acceso diferencial de la población, y en la capacidad de respuesta del sistema sanitario a las diversas necesidades de salud de la población. El nivel de aquellos determinantes que tienden a influir negativamente en el nivel de salud, bienestar, condiciones materiales y calidad de vida, tienden a concentrarse en lugares rurales, de menores ingresos y educación y en población más vulnerable. (1-3)

Chile cuenta con una larga historia de protección, solidaridad y respuesta organizada a los problemas de pobreza y otros relacionados con la población más desfavorecida, bajo la participación activa del Estado. Ello busca contribuir a evitar que niveles negativos de los determinantes sociales negativos influyan en el bienestar y calidad de vida de la población. En el desarrollo histórico de dicho sistema, influyó el enfoque de Estado de Bienestar.

Con la reforma neoliberal implementada en el Estado en la década de los 80, se dio prioridad al crecimiento económico por sobre otros temas como la equidad social y el sistema de protección social. Parte de la seguridad social y función de entidades sociales fue privatizada. Con el advenimiento de la democracia en 1990 se mantuvo en general el sistema neoliberal predominante, pero se ha realizado un gran esfuerzo en fortalecer y expandir las políticas y el sistema de protección social. (4-7)

El tema del abordaje efectivo de las determinantes sociales de salud ocupa un lugar alto en la agenda sanitaria en Chile. Debido a la gran experiencia nacional en este tema, altas autoridades y técnicos sanitarios del país participaron en la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud (entre 2006 y 2008), cuyas recomendaciones tienen un alcance global. Ese enfoque ha sido explícitamente considerado en la estrategia gubernamental de los 13 Pasos hacia una Agenda de Equidad en Salud (2010) y la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Estas últimas, coinciden en tener objetivos relacionados con los determinantes sociales y desigualdades en salud, entre los cuales destacan contribuir a la reducción de las desigualdades sociales que generan desigualdades en salud, implementar planificación, seguimiento y evaluación del sector salud, y liderar el trabajo intersectorial con este fin. (8,9)

Como medida resumen del conjunto de determinantes sociales de salud, en este documento se utiliza el Índice de Desarrollo Socioeconómico (IDSE), cuyo enfoque y metodología de elaboración es similar al Índice de Desarrollo Humano (IDH). A diferencia de este último, se ha reemplazado el componente de expectativa de vida al nacer (ya que refleja el nivel de salud, en su aspecto de mortalidad), por un indicador de condiciones de saneamiento deficitario en viviendas. (10)

Los componentes específicos de IDSE permiten estratificar 10 deciles de comunas (según deciles de población acumulada) con distinto nivel de IDSE, considerando el nivel de ingresos per cápita, pobreza, años de escolaridad y saneamiento (en base a datos comunales de hogares de encuestas CASEN). El nivel de cada uno de estos componentes varía sistemáticamente entre los diversos deciles resultantes (**cuadro 3.1**). Adicionalmente, destaca un grupo elite de cuatro comunas (Las Condes, Vitacura, Providencia y La Reina, que tienen IDSE sobre 0.900); ese grupo elite presenta un nivel ostensiblemente mejor al resto, en todos los indicadores sociales y de salud, y constituyen un referente empírico que se puede considerar nivel óptimo para el nivel nacional. Lo Barnechea es otra comuna (que no alcanzó a ser parte del grupo elite), que registra muy alto ingreso per cápita, pero hay un remanente de pobreza y menor escolaridad que probablemente refleja un sector poblacional que representa la antigua parte de esta emergente comuna (que era más bien de tipo rural), mientras que actualmente predominan un sector económico de muy alto ingreso y condiciones de vida. (11,12)

Cuadro 3.1 Componentes del Índice de Desarrollo Socioeconómico Humano (IDSE) en deciles de comunas según de desarrollo socioeconómico y en grupo de Comunas Elite. Chile, 2011

Grupo de comunas	Ingreso mens. per cápita miles \$	Pobreza %	Escolaridad Años	Saneamiento %	IDSE
Comunas Elite	940.2	1.1	14.9	99.8	0.976
Decil 10	530.4	4.0	13.0	98.2	0.857
Decil 9	220.5	9.1	11.2	98.7	0.743
Decil 8	212.8	12.9	10.9	97.1	0.715
Decil 7	169.9	14.2	10.8	97.6	0.696
Decil 6	179.4	15.7	10.5	96.7	0.681
Decil 5	176.6	15.8	10.3	96.2	0.669
Decil 4	173.7	16.6	9.9	92.8	0.639
Decil 3	151.6	18.0	9.4	88.4	0.592
Decil 2	127.8	22.3	8.9	83.2	0.528
Decil 1	112.4	23.1	8.0	65.3	0.413
Total	209.3	15.1	10.3	91.5	0.656

Nota: El grupo de Comunas Elite incluye a cuatro con IDSE mayor a 0.900: Vitacura, las Condes, Providencia y la Reina

Fuente: Elaboración propia en base a información comunal de CASEN 2009 y 2011. (11,12)

El **cuadro 3.2** presenta el nivel de estos indicadores en las Regiones del país. Las Regiones contienen distinto volumen de población y en su interior se encuentran grupos con características económicas y sociales bastante disímiles, especialmente en aquellas regiones con mayor cantidad de habitantes (la Región Metropolitana tiene casi 7 millones de habitantes, que significa el 40% de la población nacional). Hay una tendencia inversa, aunque no significativa, entre ingreso y pobreza e ingreso y saneamiento deficiente de viviendas, así como una tendencia positiva con la educación. La Región Metropolitana registra el mayor ingreso per cápita y nivel máximo de IDSE. En el otro extremo, la Región de Araucanía presenta las menores condiciones socioeconómicas; allí hay alta ruralidad y concentración indígena. (11,12)

En complemento a la medición periódica de Encuestas CASEN, que es la base de políticas sociales y monitoreo de focalización de políticas sociales, este documento incluye información de encuestas y reportes periódicos de condiciones de socioeconómicas en los hogares, a cargo de grupos de la Asociación de Investigadores del Mercado (AIM). En esas mediciones se estratifican los hogares según niveles socioeconómicos: ABC1, C2, C3, D y E. Entre ellos, existe clara y sistemática relación del ingreso con otros factores como los bienes existentes en el hogar, el tipo de ocupación, los años de escolaridad y la calidad de la vivienda. La proporción de hogares en cada grupo es definida arbitrariamente. Esta medición se inició en 1985, pero se mantiene la misma aproximación metodológica, a pesar del cambio de condiciones socioeconómicas del país. Inicialmente se pretendía identificar las características de la clase media alta y elite (ABC1) asumiendo 10% de la población; la clase media-media (grupo C2) con un 20%, la clase media baja (C3) con un 25%, la clase pobre (D) con un 35% y la de extrema pobreza (E), con 10%. (15,16)

Los hogares de Nivel ABC1 (muy alto) abarcan 7% de la población urbana, con un rango de ingresos de \$1.700.000 a \$3.500.000. La educación de jefes de hogar es de 16,2 años promedio siendo típicamente universitaria completa. Disponen de 9,2 bienes de un máximo de 10 bienes (ducha; TV color.; refrigerador; lavadora; calefont, microondas, automóvil (auto, camioneta, jeep o van); tv cable o satelital; computador; e Internet). Las comunas más representativas donde se encuentra este tipo de hogares son Vitacura, Las Condes y Lo Barnechea y en regiones están Viña del Mar, Concepción y Antofagasta. (16)

Los hogares de Nivel C2 (alto) abarcan 15% de la población urbana, con un rango de ingresos de \$600.000 a \$1.200.000. La educación de jefes de hogar es de 14,0 años promedio siendo típicamente técnica completa o universitaria incompleta. Disponen de 7,2 bienes del máximo de 10 bienes. Las comunas más representativas donde se encuentra este tipo de hogares son Ñuñoa, San Miguel, Macul y en regiones están La Serena, Punta Arenas y Calama. (16)

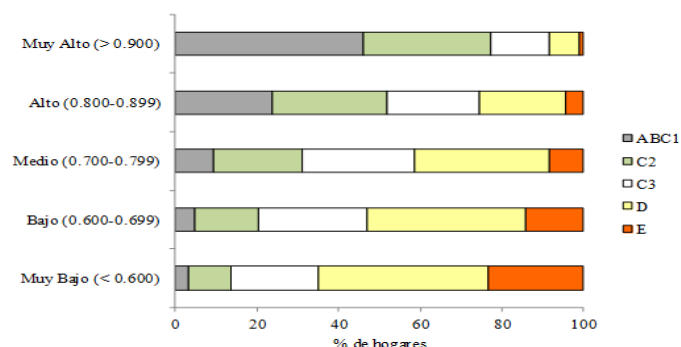
Los hogares de Nivel C3 (medio) abarcan un quinto de la población urbana, con un rango de ingresos de \$400.000 a \$500.000. La educación de jefes de hogar es de 11,6 años promedio siendo típicamente con educación media completa. Disponen de 5,7 bienes del máximo de 10 bienes. Las comunas más representativas donde se encuentra este tipo de hogares son Independencia, Estación Central y Quilicura y en regiones están Talca, Arica y Coquimbo. (16)

Los hogares de Nivel D (bajo) abarcan un tercio de la población urbana, con un rango de ingresos de \$200.000 a \$300.000. La educación de jefes de hogar es de 7,7 años promedio siendo típicamente media incompleta. Disponen de 4,4 bienes del máximo de 10 bienes. Las comunas más representativas donde se encuentra este tipo de hogares son Recoleta, Pudahuel, Conchalí, y en regiones están Curicó, Chillán y San Fernando. (16)

Los hogares de Nivel E (muy bajo) abarcan un quinto de la población urbana, con un rango de ingresos igual o menores a \$160.000. La educación de jefes de hogar es de 3,7 años promedio siendo típicamente Básica Incompleta. Disponen de 2,3 bienes del máximo de 10 bienes. Las comunas más representativas donde se encuentra este tipo de hogares son Cerro Navia, La Pintana y Lo Espejo, y en regiones están Ovalle, Los Ángeles y Osorno. (16)

Entre los grupos de comunas estratificadas según IDSE, destaca que 80% de las comunas con IDSE sobre 0.900 tienen hogares ABC1 o C2. En contraste, dos tercios del grupo de comunas con menos de IDSE 0.600 tienen hogares de NSE D o E (**figura 3.1**)

Figura 3.1. Proporción de hogares según estrato de nivel socioeconómico, en principales comunas urbanas de Chile agrupadas por IDSE, 2012



Nota: Para los grupos de comunas estratificadas según nivel de IDSE, se calculó la proporción de categorías de hogares según el modo de estratificación de ADIMARK.

Fuente: Elaboración propia, basado en nivel IDSE y Reporte ADIMARK, 2012 (11,12,16)

Ingreso económico y pobreza

En el último trimestre de 2011, el ingreso promedio de los hogares fue de 769,7 miles de pesos (moneda de octubre de 2011), con un ingreso per cápita de 232,2 miles de pesos. Persiste una amplia desigualdad en la distribución del ingreso que se mantiene en el país al menos desde 1990. Sin embargo cabe destacar que dicha desigualdad de mantuvo o incluso aumentó discretamente entre 1990 y 2000 (el Coeficiente de Gini de 0,56 aumento a 0,58). Sin embargo entre 2000 y 2011 ha existido una disminución, bajando a un coeficiente de Gini de 0,52 (**cuadro 3.3**). En 2011, el quintil de mayor ingreso recibía 10,9 veces más ingreso autónomo que el nivel del primer quintil; y el decil superior recibía 22,6 veces el recibido respecto al decil de ingreso inferior. Como consecuencias de políticas sociales redistributivas, los subsidios monetarios focalizados en la población socialmente más pobre y vulnerable tienen una distribución que favorece la equidad en el ingreso total del hogar. Como protección social, en el 2009 se entregaron 566 mil pensiones básicas solidarias; con un subsidio promedio de 18.838 pesos. En el decil inferior de ingreso autónomo (D1) los subsidios correspondieron al 43,7% del ingreso total, mientras que en el decil superior de ingreso (D10) representaban sólo el 0,1% del ingreso total. (12)

Cuadro 3.3: Evolución de la distribución de ingreso. Chile 1990-2011

Índice	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2006	2009	2011
Índice 20/20	13.0	12.3	12.4	13.6	13.9	13.3	12.8	11.5	11.9	10.9
Índice 10/40	3.3	3.2	3.1	3.4	3.3	3.3	3.2	2.8	2.9	...
Índice 90/10	27.1	25.2	25.7	28.7	28.4	29.5	27.3	23.9	25.9	22.6
Coefficiente de Gini	0.56	0.56	0.55	0.56	0.57	0.58	0.56	0.53	0.53	0.52

Fuente: PNUD Reducción de la pobreza y la desigualdad, basado en encuestas CASEN (2013) (17)

El ingreso per cápita es mayor en las zonas del extremo sur del país y en la Región Metropolitana y menor en zonas sureñas de alta ruralidad, como Maule y Biobío (**cuadro 3.4**) Cabe destacar que el ingreso per cápita allí indicado es superior al aportado por la fuente de encuestas de hogares de la fuente CASEN (de **cuadro 3.1**), ya que corresponde a dos modos y momento distintos de medir ingreso. (14)

Cuadro 3.4. Ingreso mensual por hogar y per cápita en Regiones de Chile, último trimestre de 2011

Región	Hogares miles	Personas por hogar n	Ocupados por hogar n	Ingresos por hogar miles \$	Ingresos Per Cápita miles \$
Arica y Parinacota	50.6	3.6	1.5	641.8	178.9
Tarapacá	91.6	3.5	1.6	949.3	268.7
Antofagasta	169.3	3.5	1.5	1088.5	314.5
Atacama	79.8	3.6	1.5	807.2	226.7
Coquimbo	218.3	3.4	1.4	640.6	190.5
Valparaíso	568.4	3.1	1.4	708.3	225.8
Metropolitana	2025.6	3.4	1.6	931.8	272.5
O'Higgins	265.5	3.4	1.5	630.1	186.3
Maule	323.3	3.2	1.3	516.0	163.4
Biobío	619.1	3.3	1.3	605.5	182.0
Araucanía	314.1	3.1	1.2	501.9	159.9
Los Ríos	123.0	3.1	1.3	554.7	177.9
Los Lagos	274.8	3.1	1.3	689.5	222.8
Aysén	36.2	2.9	1.4	821.4	279.2
Magallanes	54.6	2.9	1.3	1121.4	383.8
Total país	5214.0	3.3	1.4	769.7	232.2

Nota: Miles de \$ de octubre de 2011

Fuente: Censo Estadístico INE, 2013 (14)

El 93% de los hogares de NSE ABC1 tienen ingresos mensuales superiores a \$975.000 (69% con ingreso superior a \$1.575.000). En contraste, el 86% de los hogares de NSE E tienen ingresos mensuales inferiores a \$300.000 (40% con ingreso inferior a \$150.000) (**cuadro 3.5**). (18)

Cuadro 3.5. Ingreso mensual del hogar según estrato socio-económico en Chile, 2012

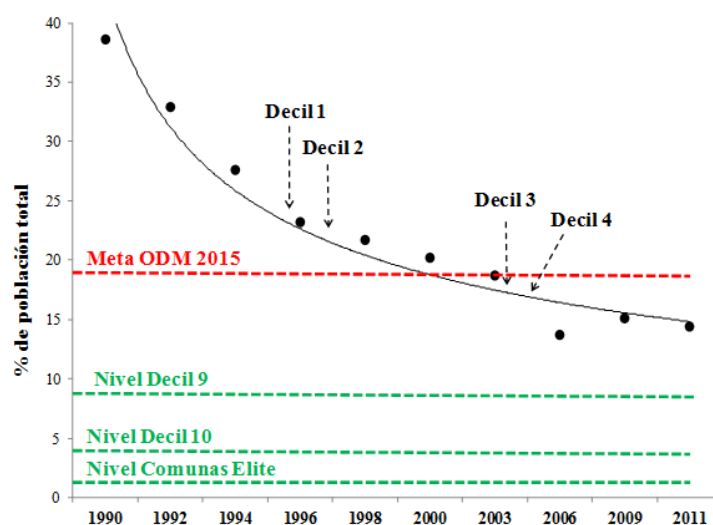
Ingreso (miles \$)	Estrato socioeconómico					País
	ABC1 %	C2 %	C3 %	D %	E %	
Hasta 150	...	...	2	14	40	16
150 - 300		6	20	45	46	34
300 - 450	1	10	23	24	10	18
450 - 675	2	17	30	12	3	13
675 - 975	4	33	20	4	1	9
975 - 1575	34	31	5	1	...	6
1575 - 2175	31	3	1	...	...	2
2175 o más	28	1	...	...	...	1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Estratificación socioeconómica de la Asociación de investigadores de Mercado (2012) (18)

El Ministerio de Desarrollo Social, a través de la encuesta CASEN evalúa periódicamente los niveles de pobreza en el país así como también la cobertura, distribución e impacto que tienen los beneficios de los programas de protección social. Según esta fuente, en 2011 la pobreza alcanzaba a un 14,4% de la población, incluyendo la indigencia (2,8%) y la pobreza no indigente (11,6%). (12)

El nivel de pobreza ha mantenido un descenso continuo entre 1990-2011, con una tendencia asintótica. En 1990, casi el 40% de la población tenía condiciones de pobreza, mientras que en 2011 esta condición sólo afectaba al 14,4% de la población (**figura 3.2**). A diferencia de la tendencia registrada entre otros momentos del período, hubo un aumento en la pobreza entre 2006 y 2009, relacionada con la crisis económica mundial de fines de 2008 y de 2009, la que afortunadamente no afectó mayormente la situación chilena. El Estado adoptó oportunamente una serie de medidas económicas de apoyo al sistema bancario y empresarial lo que pudo prevenir una crisis mayor (como ocurrió incluso en EEUU y Europa). Si esa eventual crisis no se hubiese prevenido oportunamente, hubiese impactado fuerte y negativamente en empleos, ingresos, costo de vida, alimentos y otros, lo que hubiese aumentado aún más la pobreza en los grupos socialmente más vulnerables. En 2011, la pobreza disminuyó a 14,4% (12,17)

Figura 3.2. Evolución de pobreza en Chile, 1990 a 2011, y comparación con niveles de decil comunal (según desarrollo socioeconómico)

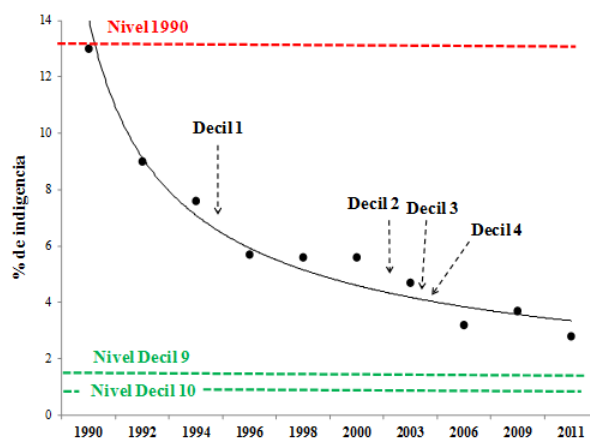


Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas CASEN e indicador IDSE (11,12,17)

Como referencia, se indica que el nivel de comunas elite alcanzaba sólo a 1.1 % de pobreza, mientras el Decil 10 de comunas registraba 4.0%, y el Decil 9 tenía 9.1% de pobreza. En contraste, el nivel de pobreza en el Decil 1 de comunas era equivalente a existente en el país en 1996, mientras que el Decil 2 tenía un nivel de pobreza equivalente a la que tenía el país en 2007.

En 1990, el 13% de la población era indigente (un tercio de la pobreza total). Similar a la evolución de la pobreza total, la indigencia también ha disminuido con una tendencia asintótica, alcanzando a sólo 2.8% en 2011 (un quinto de la pobreza total) (**figura 3.3**). Como referencia, se indica que el nivel del Decil 10 de comunas ha alcanzado a sólo 0.7% y el Decil 9 registra 1.5% de indigencia. En contraste, el Decil 1 tiene un nivel de indigencia equivalente a existente en el país en 1994, mientras que el decil 2 tiene un nivel equivalente al que el país tenía en 2008. (11,12)

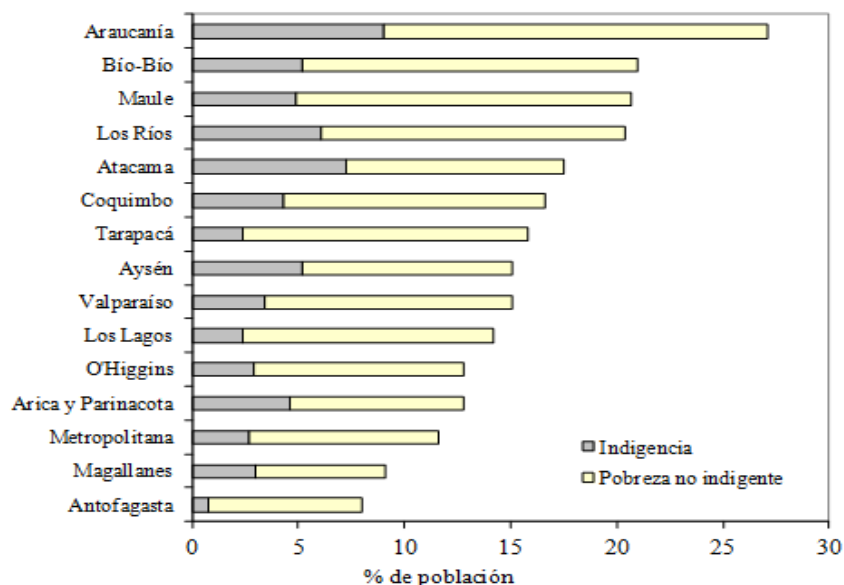
Figura 3.3. Evolución de la indigencia en Chile, 1990 a 2011, y comparación con niveles de decil comunal (según desarrollo socioeconómico)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas CASEN e indicador IDSE (11,12,17)

Persiste una mayor pobreza en niños, adolescentes, grupos familiares con jefatura femenina y grupos étnicos presentando cifras superiores a la media nacional, con mayor proporción en sector rural, con mayor intensidad de la indigencia en este sector. La Araucanía, Biobío y Maule son las regiones donde hay mayor ruralidad y proporción de población indígena, y allí se registra mayor proporción de pobreza (**figura 3.4**). En las regiones de menor pobreza están Magallanes, al extremo sur del país, de baja población, clima inclemente y mayores condiciones de trabajo, ingresos y subsidios y Antofagasta, área geográfica donde se ubica la gran minería del cobre y otros, proporcionando empleos y relativas mejores condiciones de vida. (12,17)

Figura 3.4. Nivel de pobreza e indigencia por Región. Chile 2011



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2011 (12)

Las condiciones de vida de la mayor parte de la población residente en áreas rurales concentra condiciones de calidad de vivienda, saneamiento, oportunidad de educación más avanzada y empleos mejor remunerados tiende a concentrar factores determinantes que pueden influir en un menor nivel de condiciones de vida, bienestar y salud. Sin embargo, la medición periódica de pobreza en hogares, desde 1990, sistemáticamente muestra mayor proporción de pobreza en sectores urbanos que rurales (**cuadro 3.6**). Cabe destacar que en este período ha existido una importante migración de población desde el campo a la ciudad y dicha encuesta no reporta sobre la pobreza marginal urbana. (17)

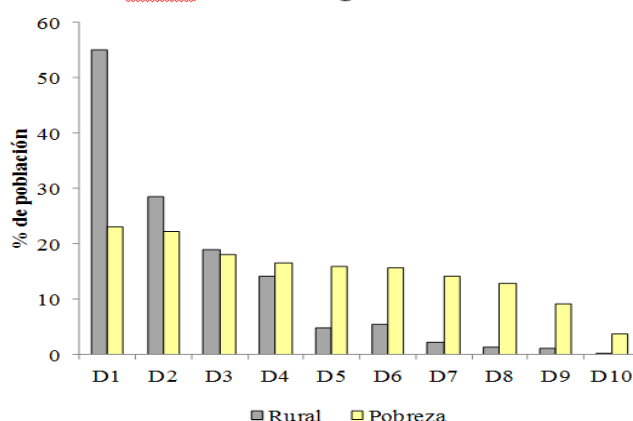
Cuadro 3.6. Evolución de pobreza e indigencia según ruralidad en Chile, 1990 a 2011

Año	Pob. no indigente		Indigente		Pobreza total	
	Urbano %	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %	Rural %
1990	26.3	22.8	12.5	15.7	38.8	38.5
1992	25.1	22.4	8.8	10.3	33.9	32.7
1994	23.8	17.2	7.2	9.8	31.0	27.0
1996	25.2	12.6	5.1	9.4	30.3	22.0
1998	22.4	12.1	5.1	8.6	27.5	20.7
2000	18.6	11.3	5.1	8.4	23.7	19.7
2003	15.5	12.3	4.4	6.2	19.9	18.5
2006	10.7	8.8	3.2	3.5	13.9	12.3
2009	11.9	8.5	3.6	4.4	15.5	12.9
2011	12.3	7.6	2.7	3.2	15.0	10.8

Fuente: PNUD (2013) Evolución de la pobreza y desigualdad, en base a Encuestas CASEN (17)

Las comunas con menos nivel socioeconómico tienen sistemáticamente mayor ruralidad y mayor pobreza (**figura 3.5**). Las comunas de menor nivel (Decil 1) tienen una ruralidad que supera el 50% y casi un cuarto de su población es pobre. La ruralidad es escasa en los deciles comunales con mayor ingreso socioeconómico. El Decil 10, prácticamente urbano, tiene la sexta parte de la pobreza que se registra en el Decil 1. (11,12)

Figura 3.5. Pobreza y ruralidad en deciles comunales según nivel de desarrollo socioeconómico. Chile 2011



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas CASEN, INE e indicador IDSE (11,12)

En 2010, el Gobierno de Chile propuso erradicar la extrema pobreza antes del 2014 y la pobreza antes del 2018 y terminar con las desigualdades excesivas. También el Gobierno mantiene el compromiso del cumplimiento de Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Naciones Unidas, el primero de los cuales se refiere a erradicar la pobreza extrema y el hambre antes de 2015. Las metas chilenas en este objetivo son: reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos son inferiores a 1,25 dólar por día; lograr empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres jóvenes; y reducir a la mitad el porcentaje de personas que padezcan hambre. (19)

El **cuadro 3.7** presenta el nivel de los indicadores mínimos de ese objetivo en 1990 (año base), 2000, 2009 y la meta esperada para 2015. La proporción de personas en situación de pobreza extrema cuyos ingresos son inferiores a 1,25 dólar por día (PPA) disminuyó desde 10,0% en 1990 a 3,4% en 2000 y a 1,5% en 2009, superándose la meta de reducción a la mitad propuesta

para el año 2015. Sin embargo, se verifica un leve aumento en relación al 2006, año en que este porcentaje fue de 1,3%. (18)

Cuadro 3.7. Indicadores mínimos del Objetivo del Milenio 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre para Chile. Años 1990, 2000, 2009 y meta 2015

Indicador	1990	2000	2009	2015
1. Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a 1,25 dólar por día (PPA).	10,0%	3,0%	1,5%	5,0%
2. Coeficiente de la brecha de la pobreza a 1 dólar por día (incidencia por profundidad)	3,5%	1,4%	0,8%	1,8%
3. Participación del primer quintil en el ingreso monetario total	4,4%	4,3%	4,6%	4,6%
4. Porcentaje de niños menores de 6 años con desnutrición	0,7%	0,5%	0,4%	0,5%
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	8,0%	4,0%	4,0%	4,0%
1.- Que la familia de Chile Solidario cuente con ingresos superiores a la línea de indigencia.	N/D	26,7%	66,3	75%
2.- Que al menos un miembro adulto de la familia de Chile Solidario trabaje de forma regular y tenga una remuneración estable.	N/D	34,4%	83,9%	90%
3. Tasa de obesidad en menores de 6 años	6,2%	7,2%	9,4%	6,0%

Nota: N/D – Información no disponible

Fuente: NU-Gobierno de Chile (2010) (19)

Empleo

En el país, hay 12,4 millones de adultos mayores de 18 años, de los cuales 6,7 millones constituyen la fuerza de trabajo (2010). El 43% de la fuerza de trabajo se concentra en la Región Metropolitana, y las mayores tasas de desempleo corresponden a las regiones de Valparaíso (10,1) y de la Araucanía (10,1). (14)

El desempleo ha disminuido progresivamente en la última década. La tasa de desempleo fue 9,7% en 2009 y 8,1% en 2010 (INE). La relación empleo-población (grupo entre 15 y 64 años) es de 49,6 %, con una tasa de crecimiento del empleo que en el último año fue de -0,73%. Persisten los problemas de inserción laboral de mujeres, jóvenes y personas de baja escolaridad junto con una mayor inestabilidad en el empleo. Con un porcentaje de empleo vulnerable del total del empleo de 81% (2000-2008) principalmente en los grupos de baja inserción. La participación laboral femenina alcanza un 41,3%, siendo la Meta ODM de 45%, y una relación entre tasa mujer/hombre de 1,02. (14,19)

Hay una relativa baja participación laboral y política de las mujeres. La tasa de participación laboral es de 40,3% para las mujeres y de 71,4% para los hombres. Más de 60% de las mujeres que trabajan son menores de 40 años. Persisten patrones de división del trabajo en el hogar tradicional, lo que provoca una sobrecarga del trabajo femenino; muchas mujeres son las jefas del hogar (14). El empleo femenino se concentra principalmente en el sector servicios, y hay discriminación sectorial y salarial reflejada por una diferencia de salarios medios en que por igual trabajo, los hombres reciben un 26,3% más (ligera superior respecto a la Meta de ODM, que es de 25%). La participación de mujeres en puestos de responsabilidad empresarial o decisión a nivel de empresas es de 27,3% y la tasa de desocupación femenina de un 8,1% mientras que en los hombres es de 6,0%. (20-22)

Entre los principales sostenedores de hogares de NSE ABC1, predominan los profesionales independientes universitarios, ejecutivos medios de empresas grandes, carreras técnicas, empleados medio bajos microempresarios y obreros calificados. En contraste, en los hogares NSE E predominan los microempresarios, obreros calificados, comerciantes ambulantes y oficios menores no calificados. 10% tiene trabajos ocasionales e informales, desempeña servicio doméstico o no trabaja (**cuadro 3.14**). (18)

Cuadro 3.14. Participación laboral de hombre y mujeres según condición de pareja y tenencia de hijos en Chile, 1990 a 2006.

Año	Con pareja				Sin pareja			
	Con hijos		Sin hijos		Con hijos		Sin hijos	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	%	%	%	%	%	%	%	%
1990	98	29	97	53	...	69	87	77
1996	99	35	99	65	...	76	86	76
2000	99	41	97	71	...	75	84	76
2006	99	49	97	76	...	77	87	75

Fuente: Elaboración en base a la encuesta CASEN, años respectivos. Sinopsis IDH 2010 (22)

Educación

El alfabetismo en la población mayor de 15 años es de 98,6%. El promedio de escolaridad es de 10,4 años: 10,8 en las zonas urbanas y 7,8 en las rurales) (6,9). La tasa de matrículas neta en la enseñanza básica y secundaria de 4,4% con una tasa de conclusión de enseñanza media de 80,5% y de deserción escolar del 5,1% mayor durante enseñanza media. Existe una tasa de matrícula en enseñanza superior de un 52,1% y es similar según género (relación mujer/hombre de 0,95 en enseñanza básica y 1,0 en la educación superior). (12)

En las diversas regiones, la escolaridad es sistemáticamente menor en los pobres, aunque no hay diferencia significativa entre pobres no indigentes e indigentes. Es posible que influya la oportunidad u oferta de educación secundaria y superior, que se concentra en partes urbanas (**cuadro 3.9**). (12)

Cuadro 3.9. Años de escolaridad en mayores de 15 años de edad, según situación de pobreza, en Regiones de Chile, 2011

Región	No pobres	Pobres		Total
	Años	No indigentes Años	Indigentes Años	Años
Arica y Parinacota	11.0	10.4	10.1	10.9
Tarapacá	11.0	10.1	9.1	10.9
Antofagasta	11.3	9.7	10.0	11.2
Atacama	10.3	9.5	9.0	10.2
Coquimbo	10.2	9.5	10.0	10.1
Valparaíso	11.0	9.8	10.0	10.8
Metropolitana	11.4	9.5	9.6	11.2
O'Higgins	9.8	9.1	9.5	9.7
Maule	9.1	8.7	8.0	9.1
Biobío	10.0	9.1	8.8	9.8
Araucanía	9.4	8.8	8.5	9.3
Los Ríos	9.9	8.8	8.3	9.7
Los Lagos	9.5	8.6	7.9	9.3
Aysén	10.0	8.2	8.6	9.9
Magallanes	10.9	9.4	9.3	10.8
Total país	10.7	9.3	9.2	10.5

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2011. (12)

El nivel de estudios alcanzados según nivel socioeconómico de los hogares tiene diferencias importantes. En los estratos pobres (nivel E de AIM), el 50% del principal sostenedor del hogar

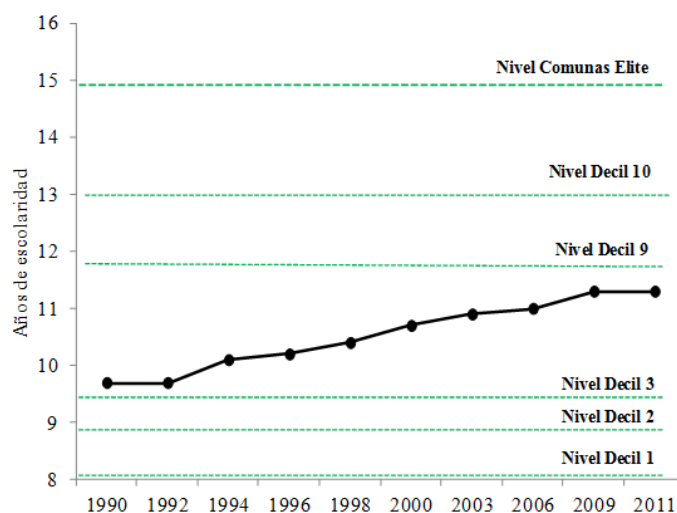
alcanza a educación básica incompleta o incluso no tiene educación formal. En el estrato de mayor nivel (nivel ABC) el 61% de principal sostenedor de hogar tiene estudios universitarios completos o incluso 7% tiene postgrado, mientras que sólo 0,1% de los de nivel E tienen educación universitaria completa **(cuadro 3.10).(figura3.6)(18)**

Cuadro 3.10. Estudios logrados por el principal sostenedor del hogar según estrato socioeconómico en Chile, 2012

Estudios	Estrato socioeconómico					País
	ABC1	C2	C3	D	E	
	%	%	%	%	%	%
Sin estudios/Especial diferencial	0	0	0	2	7	2
Básica incompleta	0	3	4	22	43	20
Básica completa	0	1	5	11	17	9
Media incompleta	3	6	14	22	16	16
Media completa	15	29	48	36	15	32
CFT/ Instituto incompleto	2	5	2	1	1	2
CFT/Instituto o universitaria incompleto	11	29	13	4	1	9
Universitaria completa	61	26	14	2	0.1	10
Magister	7	1	0.2	0	0	1
Doctorado	0	0.4	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Estratificación socioeconómica de la Asociación de investigadores de Mercado (2012) (18)

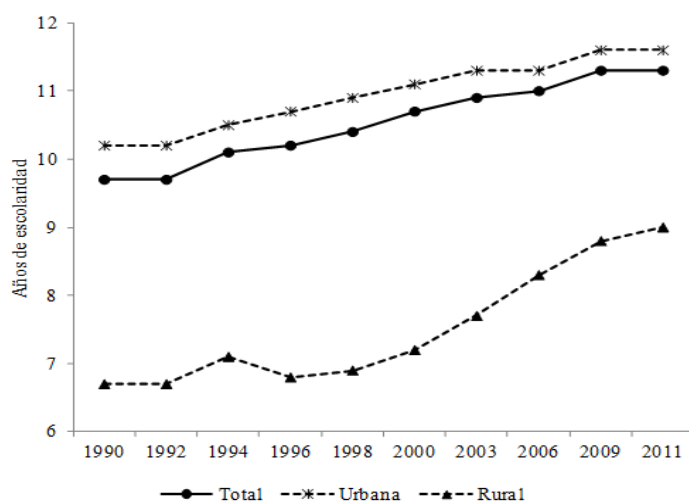
Figura 3.6. Aumento de años de escolaridad en Chile, 1990 a 2011 y referencia del nivel de escolaridad en deciles de desarrollo socioeconómico en 2011.



Fuente: CEPALSTAT, enero 2014.

En 1990, la escolaridad en sectores urbanos era 3,5 años mayor que la lograda en sectores rurales (10,2 años y 6,7 años respectivamente), la escolaridad ha aumentado tanto en sectores urbanos como rurales y la diferencia se ha reducido a 2,6 años (11,6 años y 9,0 años respectivamente) (**figura 3.7**)

Figura 3.7. Aumento de años de escolaridad en Chile, en sectores urbano y rural, 1990 a 2011



Fuente: CEPAL - CEPALSTAT, enero 2014. (23)

La meta chilena en el Objetivo 2 de Desarrollo del Milenio sobre “lograr la enseñanza primaria universal”, es velar porque, para el año 2015, todos los niños y niñas puedan terminar el ciclo completo de enseñanza primaria. En 2009, la tasa de matrícula neta en la enseñanza básica (primaria y secundaria baja) era de 93,3%, bastante cerca de la meta esperada para 2015 (95,5%), había una brecha remanente en los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al sexto grado, ya que en 2009 era de 91,1 y en 2015 se espera cobertura universal (**cuadro 3.11**). (19)

Cuadro 3.11. Indicadores mínimos del Objetivo del Milenio 2: Lograr la enseñanza primaria universal para Chile. Años 1990, 2000, 2009 y meta 2015

Indicador	1990	2000	2009	2015
1. Tasa Neta de Matrícula en la Enseñanza Básica (Primaria y Secundaria Baja)	88,0%	91,0%	93,3%	95,5%
2. Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al sexto grado	N/D	91,6%	91,1%	100,0%
3. Tasa de Alfabetización de las personas de 15 a 24 años	98,4 %	99,1%	98,7%	99,8%

Nota: N/D – Información no disponible
Fuente: NU-Gobierno de Chile (2010). (19)

Vivienda

La cantidad de viviendas aumentó 30,6% en la última década (34,2% en las zonas urbanas y 13,0% en las rurales). Las viviendas caracterizadas como de tipo permanente aumentaron en un 31,6% mientras que las semipermanentes disminuyeron en 48,2%, indicando que la población ha tenido mayor acceso a soluciones habitacionales de carácter más estable. (11)

En 2009, la mayor parte de viviendas contaba con saneamiento satisfactorio, pues la distribución de agua potable alcanzaba sobre el 95%, y la eliminación de excretas era aceptable, por sobre el 90%; la disponibilidad de energía eléctrica era universal, Sin embargo, sólo tres cuartos de las viviendas (76,5%) tenía aceptable calidad en la parte materiales de la vivienda y el hacinamiento alcanzaba a 11%. En general, la calidad de condiciones de vivienda es satisfactoria en la mayoría de regiones, con la salvedad de su materialidad. Las condiciones de calidad tienden a ser menores en las Regiones que tienen mayor ruralidad, como Araucanía, Maule y los Ríos (**cuadro 3.12**). (11)

Cuadro 3.12. Calidad de las viviendas en las diversas Regiones de Chile, 2009

Región	Hogares sin hacinamiento en vivienda	Eliminación de excretas aceptable	Distribución del agua aceptable	Disponibilidad de energía eléctrica	Materialidad de la vivienda aceptable
15 Arica y Parinacota	82,1	89,9	94,0	98,4	64,0
1 Tarapacá	85,5	96,4	97,1	99,4	66,7
2 Antofagasta	87,0	98,6	98,8	99,9	77,7
3 Atacama	87,1	93,9	95,2	99,3	63,7
4 Coquimbo	87,0	89,5	92,7	98,2	62,8
5 Valparaíso	88,8	94,6	97,0	99,9	73,5
6 O'Higgins	90,4	86,0	93,1	99,5	61,6
7 Maule	88,1	82,6	90,2	99,2	57,1
8 Bio Bio	87,8	87,0	93,9	99,3	75,2
9 La Araucanía	88,8	75,7	88,8	97,1	71,4
14 Los Ríos	88,3	81,4	93,1	98,3	85,4
10 Los Lagos	89,3	80,9	92,8	98,1	87,0
11 Aysén	89,3	92,8	96,0	97,5	85,4
12 Magallanes	95,5	97,5	98,3	99,0	80,6
13 Metropolitana	89,4	96,9	98,3	99,9	83,7
Total	88,7	91,3	95,6	99,4	76,5

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2009 (11)

Con mayor detalle, las características del hogar o vivienda según estrato socio-económico estimados por AIM (2012) indican gran diferencia entre niveles: el estrato de NSE E (muy bajo) reporta sólo 29% de paredes sólidas y 42% agua caliente. En contraste, estas características son universales en el grupo ABC1, donde incluso se reporta un tercio de calefacción central, casi un cuarto cuenta con servicio doméstico e incluso casi la mitad tiene una segunda vivienda de verano (**cuadro 3.13**). (18)

Cuadro 3.13. Características del hogar o vivienda según estrato socio-económico en Chile, 2012

Características del hogar o vivienda	Estrato de nivel socioeconómico					País
	ABC1	C2	C3	D	E	
Paredes (acero, hormigón o ladrillo)	98	93	85	70	29	68
Número de piezas para dormir (n)	3.6	3.1	3.3	2.6	2.1	2.8
Personas que trabajan (n)	1.8	1.8	1.7	1.4	1.1	1.4
Agua caliente (%)	100	98	98	88	42	82
Calefacción central (%)	31	4.0	2	2	1	3
Servicio doméstico (por día) (%)	23	11	2	1	0	3.3
Segunda vivienda veraneo (%)	48.7	5.9	1.5	0.1	0	3.6

Fuente: Estratificación socioeconómica de la Asociación de Investigadores de Mercado (2012) (18)

Género

La igualdad de género y el avance de las mujeres son dimensiones intrínsecas del desarrollo humano equitativo y sustentable. La discriminación de género es la fuente de la pobreza endémica, de la desigualdad y del bajo crecimiento económico. En las entidades que abordan el tema de género y equidad en Chile, destacan el Servicio Nacional de la mujer (SERNAM) y diversas organizaciones no gubernamentales, incluyendo fundaciones y centros de investigación.

El Índice de Desarrollo Humano relativo al Género (IDG), instrumento que mide la disparidad en el nivel del desarrollo humano entre sexos, aumentó desde 0,561 en 1960 a 0,849 en el año 2006. Según la Encuesta de Desarrollo Humano (2009), el 76% de los chilenos cree que las desigualdades entre hombres y mujeres han disminuido en comparación a diez años atrás. (21,22).

Las mujeres tienen sistemáticamente menor participación que los hombres en el mercado laboral, especialmente cuando tienen pareja y cuando tienen hijos (**cuadro 3.10**)

Cuadro 3.10. Estudios logrados por el principal sostenedor del hogar según estrato socioeconómico en Chile, 2012

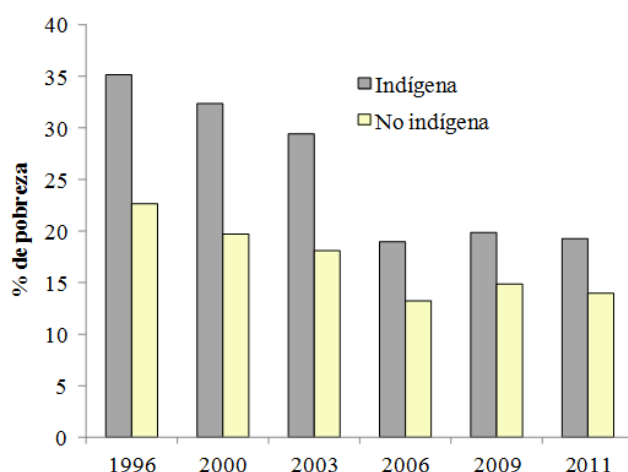
Estudios	Estrato socioeconómico					País
	ABC1	C2	C3	D	E	
	%	%	%	%	%	%
Sin estudios/Especial diferencial	0	0	0	2	7	2
Básica incompleta	0	3	4	22	43	20
Básica completa	0	1	5	11	17	9
Media incompleta	3	6	14	22	16	16
Media completa	15	29	48	36	15	32
CFT/ Instituto incompleto	2	5	2	1	1	2
CFT/Instituto o universitaria incompleto	11	29	13	4	1	9
Universitaria completa	61	26	14	2	0.1	10
Magíster	7	1	0.2	0	0	1
Doctorado	0	0.4	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Estratificación socioeconómica de la Asociación de investigadores de Mercado (2012) (18)

Etnicidad

Un 6,9% de la población informa pertenecer a – o descender de – algún pueblo originario, mientras que solo el 12% de la población indígena habla y entiende su lengua vernácula (especialmente en el grupo de adultos mayores). El 19,9% de la población indígena es pobre, mostrando en la última década, peores indicadores que la población no indígena (es el único grupo donde la pobreza no ha disminuido a la mitad). (1,2) El 31,1% de la población indígena vive en el sector rural, el 56,9% tiene educación primaria o menor y solo 11,9% accede a la educación superior. El nivel de ingresos es un 48% menor que en la población no indígena que el promedio nacional (**figura 3.8**). (11,14)

Figura 3.8. Pobreza en población indígena y no indígena en Chile. 1996 a 2011



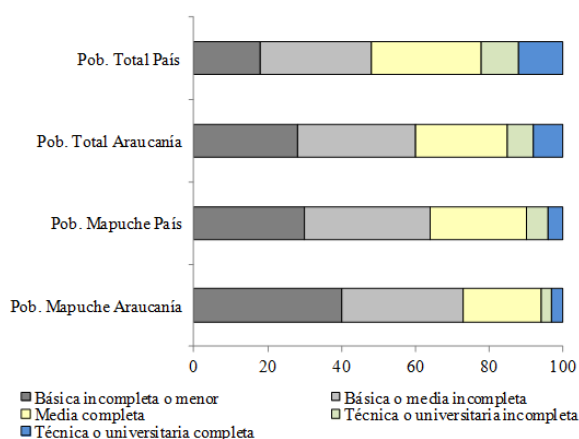
Fuente: PNUD Reducción de la pobreza y la desigualdad (2013). (11,14)

Entre los pueblos originarios se incluye la etnia Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Atacameña o Likan Antay, Quechua, Coyas, Diaguita, Káwesqar y Yámana o Yagan. Las etnias Mapuche y

Aymará son las más numerosas, alcanzando al 87,2% de la población perteneciente o descendiente de pueblos originarios. Dos tercios de población indígena se concentran en tres Regiones: la Araucanía (24,6%), Metropolitana (24%) y de los Lagos (14,5%). Las Regiones que concentran mayor proporción de población indígena son Araucanía (30,1%), Arica y Parinacota (25,4%) y Magallanes (22,7%); en estas dos últimas están en el extremo norte y sur del país, respectivamente, y tienen baja densidad de población. (11,14)

La **figura 3.9** ilustra el nivel de educación logrado por la población indígena en la Región de Araucanía (que se caracteriza por concentrar la mayor pobreza y concentración indígena del país, con alta ruralidad). Dos tercios de la población mapuche del país, y tres cuartos de la población mapuche en Araucanía, tienen solo educación primaria, ya sea completa o incompleta. Mientras más de un quinto de la población del país logra tener educación superior, ya sea completa o incompleta, ello sucede sólo en un décimo de la población mapuche del país, y sólo 6% en la población mapuche de la Araucanía.

Figura 3.9. Nivel de educación en población indígena y no indígena, en Región de Araucanía y en Chile, 2009



Fuente: Plan Araucanía, basado en Encuestas CASEN (2010) (24)

Bienestar y red social

De acuerdo al informe de PNUD sobre el desarrollo humano en Chile (2012), el bienestar subjetivo individual se construye principalmente en la interrelación de tres ámbitos de capacidades: el aspecto práctico y material, como la salud y las necesidades básicas; lo que se asocia con las relaciones personales, incluyendo a los vínculos y el respeto, y el ámbito individual, con la capacidad para actuar y que permite formular un proyecto de vida. (25)

Los niveles de bienestar subjetivo y expectativa de vida se encuentran cerca del promedio de la OCDE. Sin embargo, en un gran número de aspectos de bienestar analizados por el Índice para una Vida Mejor de la OCDE, Chile registra un nivel con puntuación relativamente baja: 0 puntos (de un máximo de 10) en calidad medio ambiental, 3.4 en relaciones sociales, 3.4 en seguridad y 4.2 en educación. (26)

Los vínculos permiten establecer la red de apoyo, tanto afectivo como material, porque conforman una red de apoyo que funciona como recurso para responder a las diversas demandas de la vida cotidiana. Las relaciones familiares y de amistad son parte importante del capital social de los individuos, el cual les otorga una serie de beneficios; desde la ayuda en el cuidado de algún familiar hasta el despliegue de influencias para conseguir un trabajo. El carácter práctico que adquieren los vínculos se vuelve aun más patente ante adversidades externas; en esos momentos, los vínculos aparecen como un respaldo incondicional para enfrentar los problemas.

También es importante la red familiar, especialmente la configuración en torno a padres y su extensión, y el grado de aislamiento social que pueden tener personas viviendo solas.

Políticas sociales

Chile cuenta con larga historia de desarrollo de políticas sociales, seguridad social y otros componentes del sistema de protección social. Con ello ha podido conjugar crecimiento económico y progreso en su desarrollo humano global, es aspectos como salud, empleo, educación, vivienda, trabajo, pobreza y otros. (5-7, 27)

El sistema de protección social en Chile incluye mecanismos y subsidios para prevenir y aliviar las condiciones de sufrimiento, vulnerabilidad y riesgo social y de salud que son debidos a diversas carencias, especialmente aquellas relacionadas con falta de desarrollo socioeconómico y oportunidades de acceder a los beneficios sociales. Se basa en aportes del sistema de la seguridad social en Chile y la red social de apoyo a los grupos de menores ingresos, más vulnerables socialmente, que no pueden acceder a los mecanismos tradicionales que la sociedad ofrece para el desarrollo humano y bienestar (como subsidios financieros, educación, bienes y servicios básicos, salud, vivienda y otros esenciales). (28-31)

La importancia de la protección social es que aporta una serie de factores positivos para promover el desarrollo humano y evitar que las carencias e inequidades en el ámbito socioeconómico puedan tener impacto negativo en la salud de aquellos grupos más vulnerables de la población, buscando prevenir y reducir la pobreza, desigualdad, exclusión e inseguridad social. También busca asegurar el acceso efectivo y oportuno al sistema de salud (según necesidad de cada persona), especialmente de aquellos que por motivos de pobreza y otros relacionados, puedan verse imposibilitados de tener una mejor salud.

El acceso de toda la población a un nivel adecuado de protección social es un derecho humano fundamental, y a población con bienestar y seguridad humana constituye la base para la paz social y un crecimiento económico exitoso y con equidad. El actual enfoque de la protección y seguridad social de Chile está en línea con la visión propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). (32)

Una parte importante del quehacer y responsabilidad del Estado y de la sociedad organizada en Chile se aboca al progreso en el bienestar, las condiciones de vida y de seguridad humana de la población. Hay una mutua influencia y relación entre bienestar de la población y el desarrollo global, sin embargo el énfasis puesto en uno u otro componente ha variado entre períodos del país en que se ha dado un énfasis y apoyo bastante distinto al desarrollo económico y productividad por un lado, y a la seguridad y protección social por otro. (4-7) Por sus características y énfasis prevalentes, es posible identificar cuatro períodos históricos:

Desde siglo XIX y hasta aproximadamente la década de los 40s y bajo el enfoque de Estado protector, se organizaron y fortalecieron políticas, programas y entidades relacionadas con la seguridad social y necesidades sociales de la población, especialmente la más desfavorecida. Destacan el desarrollo paulatino de programas de seguridad y previsión social, salud y educación, en una época en que existía limitada organización del empleo formal, del sistema de seguridad social y con importantes necesidades sociales de una proporción de la población en condiciones de subdesarrollo (desempleo, pobreza, analfabetismo, problemas de vivienda y otras condiciones de vida, incluyendo bajo nivel de salud). (4-7)

Desde aproximadamente 1940 hasta 1973, bajo un enfoque de Estado benefactor o del bienestar, se enfatizó el desarrollo de políticas sociales como empleo, subsidios y apoyo a organización de la comunidad. Los programas sociales era centralizados y verticales, y

buscaban una cobertura universal. El Estado asume un rol creciente en el financiamiento, gestión y provisión de servicios sociales; ello demandó un gasto histórico creciente. (4-7)

Desde 1973 a 1990, bajo un enfoque neoliberal y de Estado subsidiario, se enfatiza el crecimiento y productividad económica, con políticas que la favorecen, mientras que la política social es subordinada a la económica. El rol de Estado se reduce, el gasto social disminuye en forma importante y los servicios de los programas se desconcentran al nivel local. Se buscó focalizar subsidios y programas en la población más desfavorecida, y privatizar los servicios sociales para los niveles económicos no pobres, incluyendo previsión social y salud. La protección social tuvo un cambio de énfasis, consistente con el modelo político y económico imperante entre 1973 y 1990, en que hubo desarrollo económico y globalización, entre otros aspectos, con privatización de parte de la seguridad social y el Estado adoptó énfasis en el rol subsidiario (focalización para la asignación de subsidios y transferencias directas, según prioridades). (4-7)

Desde 1990 hasta 2010, bajo el enfoque de un Estado integrador, se busca balancear, integrar y complementar las políticas sociales y económicas. Se expande y fortalece el sistema de protección social, aumenta el gasto social. Dado que se mantiene la esencia del modelo político y económico instaurado desde los 70s, la expansión de programas y beneficios nominales de las nuevas políticas cuentan con limitaciones de financiamiento y cobertura, y se mantiene un sistema doble no suficientemente complementado entre sectores público y privado (especialmente en previsión social y salud) y el Estado está en un incipiente progreso hacia ejercer su rol rector, regulador y de integrador hacia el desarrollo en bienestar y seguridad social de la población. Desde 1990, la protección social se ha fortalecido de un modo que inicialmente se enfocó principalmente en reducir la pobreza y otros factores de vulnerabilidad en la población de menores recursos, y luego en la década de 2000 se extendió a un enfoque más integral, asumiendo la protección social como un derecho de la población, con énfasis en la eficiencia y focalización del gasto. (4-7, 27,28)

Las políticas sociales redistributivas y los subsidios monetarios focalizados en la población más pobre y vulnerable constituyen una protección social efectiva. Los subsidios corresponden a 43,7% del ingreso total en el decil inferior de ingreso autónomo, mientras que solo es de 0,1% en el decil superior de ingreso (hay focalización efectiva). (12) Sin embargo como la pobreza ha disminuido, especialmente desde 1990, ha aumentado de modo importante el sector de estrato socioeconómico medio de la población (necesidades básicas cubiertas, pero con otras condiciones de vida limitadas, ante un costo de vida alto). Ello no representa necesariamente una movilidad social efectiva en cuanto a mejores ingresos y bienestar. (4-7,29)

Sistema de protección social

El sistema de Protección Social en Salud de Chile forma parte del Sistema de Protección Social, que busca “generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso”. La Autoridad Sanitaria, representada por el Ministerio de Salud, participa del Área de Protección Social del gabinete, que involucra además a los Ministerios de Cultura, Educación, Planificación, Servicio Nacional de la Mujer, Trabajo y Vivienda, y que se encarga de articular y complementar los organismos públicos e impulsar servicios de mayor calidad para la atención de la población que se encuentre en situación de riesgo social. (27,28,30,31)

El sistema de protección social formal, que está especialmente bajo la responsabilidad rectora del Estado, incluye a una serie de políticas, programas y entidades que buscan cumplir con el objetivo de prevenir y proteger a la sociedad, en especial a grupos vulnerables dentro de ella, de los efectos de diversos riesgos, como es el caso de enfermedad, vejez, invalidez y desempleo, y de la falta de posibilidad propia de acceder a beneficios sociales (como educación, atención sanitaria, ingresos económicos). Su función pública puede tener una modalidad de asistencia social (protección social no contributiva), de seguro social o seguridad social (protección social contributiva), y de protección de riesgos y personas vulnerables a ellos. En Chile conviven las tres modalidades. (4-7)

Los principales programas de la protección social en Chile se indican en el **cuadro 3.15**.

Entre 2000 y 2010, se fortalecieron las políticas sociales para hacerlas más amplias y de mejor calidad, con aumento de los derechos explícitos y protección ante situaciones como la enfermedad, la pobreza, el desempleo, la vejez y la discapacidad. En el **cuadro 2.7** se plantea algunas de las características básicas de los principales sistemas de protección basados en la seguridad social: Pensiones, Invalidez y supervivencia, Salud, Accidentes de Trabajo, y Desempleo. El sistema público de pensiones de vejez es administrado por el Instituto Nacional de Previsión (INP) y el privado es administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y se financia por cotización de 10% de salarios de los afiliados (o del Estado en caso de pensiones mínimas y pensiones asistenciales). (4,13,31)

Las mutuales de seguridad administran seguros de accidentes de trabajo, que pueden cubrir una pensión por invalidez y supervivencia en los trabajadores cotizantes, mientras que puede haber compra de seguro a familiares en caso de invalidez y supervivencia por parte del afiliado, y que son administrados por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y AFP. A su vez, la red de protección social del Gobierno de Chile incluye el trabajo coordinado de los diversos ministerios relacionados con la protección social, y tiene como base un conjunto de nueve programas y beneficios que cubren las principales necesidades de la población a lo largo de todo su ciclo vital:

- Chile Crece Contigo.
- Becas de educación escolar y superior.
- Subsidio a la contratación de jóvenes.
- Garantías explícitas de salud AUGE.
- Subsidios para la vivienda.
- Chile Solidario.
- Seguro de desempleo.
- Pensión Básica Solidaria.

- Bono por Hijo Nacido vivo o adoptado.

Desde 2006, el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, incluye a los niños y niñas del país, de forma de acompañarlos y apoyarlos en su desarrollo, desde la gestación hasta que ingresen a educación preescolar y al sistema escolar. Chile Crece Contigo es el componente del Sistema de Protección Social que busca acompañar, proteger y apoyar integralmente a niños, niñas y sus familias con acciones y servicios de carácter universal, especialmente a través de los siguientes programas específicos: Programa de Apoyo al Recién Nacido; Ayudas técnicas para usuarios de Chile Crece Contigo; Sala cuna y jardín infantil gratuitos; Programa educativo masivo; Programa de apoyo al desarrollo bio-psicosocial; y Subsidio familiar. Desde 2005, se ha perfeccionado la Ficha de Protección Social, para orientar de una manera más justa a la red de beneficios sociales del Estado, que sea capaz de recoger los cambios experimentados por la pobreza, de identificar las distintas dimensiones que confluyen en ella, de detectar a quienes viven situaciones de vulnerabilidad y de recabar información pertinente para la aplicación de los programas de protección social. (27,28,31)

Cuadro 3.15. Principales programas de la protección social en Chile

Función	Programas o Beneficios
Vejez	Pensión de Vejez. Pensión Asistencial de Vejez. Programas de Salud Pública. Programa de Salud Adulto Mayor. Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor. Programa de Atención Especial al Adulto Mayor en Vivienda. Bono bodas de oro.
Sobrevivencia	Pensión de Supervivencia. Pensión de Viudez. Pensión de Orfandad. Asignación por Muerte. Programas de Salud Pública.
Invalidez	Pensión de Invalidez. Programa de Capacitación para Discapacitados. Fondo Nacional de la Discapacidad. Programas de Salud Pública.
Accidentes y enfermedades profesionales	Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Invalidez. Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Viudez. Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Orfandad. Subsidios por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Indemnizaciones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Ley 16.744.
Familia/Niñez	Subsidio Familiar (Recién Nacido y Madre Embarazada). Asignación Familiar. Subsidio de Reposo Maternal y Cuidado del Niño. Nuevo Posnatal Parental. Programas de Salud Pública. Asignación por Muerte. Programa de Alimentación Escolar.
Enfermedad	Programas de Salud Pública. Atención de Urgencia. Atención Primaria. Atención Secundaria.
Atención de la salud	Beneficios de Salud Preventiva y Obstetricia. Instituciones de Salud Previsional. Fondo Nacional de Salud. Programas de Inmunización. Programa de prevención de Enfermedades. Programa de Alimentación Complementaria. Programa de Prestaciones Complejas.
Desempleo	Subsidio de Cesantía. Seguro de Cesantía (Desde 2002). Programas de Empleo con Apoyo Fiscal. Programas de Generación de Empleo. Programas de Reinserción Laboral. Programa de Nivelación de Competencias Laborales. Programas de Reconversión Laboral. Nuevo subsidio a la mujer trabajadora.
Pobreza y exclusión social	Beneficios Permanentes (Salud, Educación, Vivienda, Subsidios). Beneficios Temporales (como Programa Chile Barrio, Programas Sociales de Capacitación, Programas de Becas y otros). Subsidios de Vivienda. Programas dirigidos a Grupos Vulnerables (Indígenas, Jóvenes, Niños, Mujeres). Bono solidario de alimentos.
Otros	Nuevo subsidio a la protección del patrimonio altiplánico. Nuevo subsidio habitacional para la clase media. Subsidio al transporte público nacional.

Fuente: Arenas A. y Benavides P. (2003) Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2000. Oficina Internacional del Trabajo, Santiago 2003. Complementado DEIS. (4,13,31)

Conclusión y perspectivas de progreso

En general, las condiciones socioeconómicas de los diversos grupos de la población continúan con un desarrollo histórico positivo, en línea con el progreso socioeconómico del país. En general, el ingreso mensual promedio en hogares ha seguido aumentando, el desempleo sigue disminuyendo hasta niveles cercanos al empleo total, especialmente en algunas Regiones, la pobreza e indigencia también siguen disminuyendo y se ha propuesto erradicar la pobreza extrema. Algunas políticas públicas incluyen el enfoque de género y hay esfuerzos intersectoriales que promueven mejores condiciones y derechos de las mujeres. El desarrollo logrado en algunos grupos y comunas del país ha llegado a un nivel similar al de países de muy alto desarrollo. Las comunas elite permiten contar con un referente empírico óptimo para Chile.

La gran desigualdad en las condiciones socioeconómicas de los diversos grupos de la población continúa siendo un desafío relacionado con la inequidad social, que requiere de apoyo de mayor equidad distributiva, contributiva y de subsidios focalizados. La desigualdad bajo las cuales los distintos grupos de la población están influidos por aspectos como el ingreso, desempleo, pobreza y educación requieren continuar siendo monitoreadas y las políticas, estrategias y subsidios ser fortalecidas y resguardadas.

La Estrategia Nacional de Salud, con Objetivos sanitarios para 2020, con parámetros de objetivos sanitarios que debiesen estar cumplidos al fin de la década, incluye consideraciones para la influencia de determinantes sociales de salud en la salud. En forma complementaria, se mantiene la iniciativa de MINSAL (Subsecretaría) sobre 13 pasos para una agenda de abordaje de las determinantes sociales (2009), buscando construir una nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud.

Chile ha logrado implementar un amplio sistema de protección social, basado en políticas sociales, el sistema de la seguridad social (público y privado, formal e informal) y un conjunto de programas enfocados en las necesidades de los más necesitados, en términos de solidaridad y justicia social, actualmente con un enfoque de rol subsidiario del Estado. Se cuenta con diversos organismos gubernamentales y otros que realizan abogacía, proponen políticas y lineamientos de acción para temas sensibles como género, pueblos originarios y otros. Las políticas sociales redistributivas y los subsidios monetarios focalizados en la población socialmente más pobre y vulnerable requieren mantener la focalización más eficiente posible.

Sin embargo desde la década de los años 80, el Estado ha sido reducido en su rol y financiamiento respecto al ámbito de protección social, dado los cambios del modelo neoliberal y de menores ingresos vía impuestos. Ello cual repercute en forma crónica en el financiamiento de programas en relación a su cobertura legal. En su defecto, es posible la focalización sólo alcance a grupos muy reducidos de eventuales beneficiarios, y no a todos quienes lo necesiten. La movilidad social y económica de grupos pobres a convertirse en sectores medios no pobres les deja fuera de beneficios focalizados, (aunque pudiesen efectivamente necesitarlos) y con incapacidad de pago o acceso al mercado lucrativo para satisfacer necesidades, problemas de seguridad, o imprevistos laborales o de ingresos. Aunque las condiciones del marco normativo y financiero restringen al Estado esencialmente a mantener su rol subsidiario, desde 1990 se ha intentado incorporar un enfoque más integrador del sistema de protección social.

El sistema también incluye el apoyo a necesidades de salud y contribuye a asegurar el acceso efectivo y oportuno al sistema de salud (según necesidad de cada persona), especialmente de aquellos que por motivos de pobreza y otros relacionados, puedan verse imposibilitados de tener mejores condiciones de salud y de acceso al sistema de salud en caso de necesidad. Las opciones de protección social en salud tienen un amplio rango y cabe precaver que alcance efectivamente a quienes lo necesitan (no sólo a los más pobres).

El aporte dado por la protección social, que resulta predecible y estable en tiempos de relativa estabilidad económica, pudiera tener requerimiento radicalmente mayores en caso, por ejemplo, de una crisis económica con amplia repercusión en la población nacional (que pudiese provocar desempleo, pobreza, disminución de acceso a alimentos y otros bienes), por lo cual es importante adoptar mecanismos para enfrentar este tipo de situaciones. Es necesario el monitoreo y evaluación del grado en que las políticas y programas específicos de protección social están cubriendo de beneficios a todos aquellos que efectivamente los necesitan. Se requiere que los programas y beneficios se realicen con eficiencia y adecuada cobertura según derechos y necesidades de la población.

La orientación para el progreso y necesario fortalecimiento de la protección social puede ser encauzada por los tres objetivos principales que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) plantea: (a) aumentar la eficacia y extender la cobertura de los sistemas de seguridad social; (b) promover la protección de los trabajadores (condiciones de trabajo decentes, incluyendo salarios, tiempo laboral y salud y seguridad en el trabajo; y (c), promover la protección de grupos vulnerables (trabajadores migrantes y sus familias; y los trabajadores en la economía informal).

La acción necesaria para fortalecer la protección social se puede orientar por la iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas, que incluye: el acceso a transferencias sociales básicas y servicios sociales esenciales en las áreas de salud, agua y saneamiento, educación, alimentos, vivienda, e información sobre la vida y el ahorro de activos.

En línea con las recomendaciones de la OIT, los parámetros de progreso pueden incluir datos de la seguridad social, estadísticas e indicadores de acceso y uso de los beneficios contemplados en el sistema de protección social, buscando continuar con la extensión de cobertura y fortalecimiento de la seguridad social, compatible con las normas de seguridad social de la OIT. Ello, tanto en forma universal cuando corresponda, o bien eficiente y eficazmente en los grupos más vulnerables y necesitados, cuando la protección social sea requerida por esos grupos.

La serie técnica de Diagnósticos Regionales de Salud, que sirven para el seguimiento de la Estrategia Nacional de Salud con enfoque de determinantes sociales y equidad, aporta valiosos antecedentes básicos que sirven para contar con parámetros de referencia (regiones y comunas con mejor situación) y brechas entre situación y parámetros.

Las recomendaciones internacionales de Naciones Unidas y los Informes nacionales sobre el cumplimiento de Objetivos del Milenio para 2015, contienen parámetros (mínimos y complementarios) que contribuyen a visualizar progreso en determinantes sociales y salud.

Hay parámetros aportados por una serie de entidades gubernamentales que cuentan con propuestas y estrategias para mejorar condiciones relacionadas con determinantes sociales, entre las cuales destacan SERNAM, CONADI, el Ministerio de Desarrollo Social (Ex MIDEPLAN)

La información periódica aportada por las encuestas CASEN contribuye a conocer la situación de los principales determinantes sociales, la focalización de programas relacionados con la protección social, y la situación de los hogares y comunas más favorecidos y mejor nivel socioeconómico (comunas elite)

Algunas entidades internacionales con representación en Chile realizan estudios y reportes periódicos nacionales sobre la situación relacionada con determinantes sociales y salud incluyendo perspectivas y recomendaciones; destacan PNUD, UNICEF, FAO, OECD, OPS/OMS, CEPAL y OIT.

El Ministerio de Desarrollo Social (Ex MIDEPLAN) tiene una responsabilidad esencial en el seguimiento de condiciones socioeconómicas de la población, y su eventual repercusión en deterioro de condiciones de vida de grupos de la población. Por ello, el observatorio social de dicho Ministerio, la repetición de encuestas de hogares CASEN y otros estudios y modos de información son cruciales para velar por el debido y eficaz funcionamiento del sistema de protección social.

La situación y tendencias en protección social tienen implicancias para monitoreo y evaluación de la situación social de los diversos grupos de la población y el rol que cumplen las políticas y el sistema de protección social. Por ello, es importante mantener con efectividad, la función del Observatorio Social que se ha implementado en el Ministerio de Desarrollo Social, que cuenta con una serie de encuestas y estudios que permiten mantener un conocimiento periódico y análisis actualizado de la realidad social y del acceso y uso de los diversos programas que forman parte de la protección social.

En este sentido, es importante resguardar que se cumplan los objetivos del Observatorio y de ese Ministerio: detectar las necesidades sociales de la población para el oportuno diseño de políticas sociales. Ello incluye recolectar, procesar y difundir información de tipo socioeconómica, con especial responsabilidad en las encuestas de caracterización socioeconómica nacionales (especialmente CASEN).

Referencias

1. **Gattini C. et al (2010)** Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de OPS/OMS en Chile, Santiago: 2011. Disponible en www.paho.org/chi
2. **Ministerio de Salud (2005)**. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. MINSAL, Santiago de Chile: 2005. Disponible en www.minsal.cl
3. **OMS (2009)** Reducir las inequidades en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resolución WHA62.14.Ginebra, 2009. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-rec1/WHA62_rec1-en-P2.pdf.
4. **Arenas A. y Benavides P. (2003)** Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2000. Oficina Internacional del Trabajo, Santiago: 2003
5. **Larrañaga O. (2010)** El Estado Bienestar en Chile: 1910 – 2010. Documento de Trabajo, PNUD y Universidad de Chile; PNUD. Santiago, Marzo de 2010
6. **Raczynsky D. (1994)** Políticas sociales y programas de combate a la pobreza en Chile: Balance y desafíos. Estudios CIEPLAN 39, junio de 1994, pp. 9-73
7. **Mesa-Lago C. (2008)**, Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad, Revista Internacional del Trabajo Vol. 127 (2008) No. 4 OIT: 2008
8. **Vega J.**, Steps towards a health equity agenda in Chile. Working document. World Conference of Social determinants of Health Rio de Janeiro, 19-21 October, 2011
9. **Ministerio de Salud (2011)** Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Disponible en: www.minsal.cl
10. **Gattini C. Colin Sanderson C., Castillo-Salgado C. (2002)**, Variación de los indicadores de mortalidad evitable entre comunas chilenas como aproximación a las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(6), 2002, p 454-461
11. **Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN)(2010)**, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009. Santiago, Chile. Disponible en www.mideplan.cl
12. **Ministerio de Desarrollo Social (2012)**, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011. Disponible en www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/publicaciones.html
13. **Ministerio de Salud (2012)**. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, Disponible en www.deis.cl
14. **Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2013)**, Compendio Estadístico 2013. Disponible en www.ine.cl
15. **INE (2011)** Estratificación Socioeconómica en Encuestas de Hogares Documento de trabajo, noviembre de 2011. Disponible en www.ine.cl
16. **ADIMARK (2012)** Mapa socioeconómico de Chile. Nivel socioeconómico de los hogares del país basado en datos del Censo
17. **Fuente: PNUD (2013)** Reducción de la pobreza y la desigualdad. PNUD en Chile. Disponible en <http://www.pnud.cl/areas/ReduccionPobreza/datos-pobreza-en-Chile.asp> (acceso el 10.12.13)
18. **AIM (2012)** Grupos socioeconómicos. Actualización 2012.Asociación de Investigadores del Mercado. 2012. Disponible en www.aimchile.cl
19. **MIDEPLAN (2010)** Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe de Gobierno de Chile. Santiago: Septiembre de 2010. Disponible en www.pnud.cl
20. **PNUD (2009)**, Encuesta de Desarrollo Humano en Chile. Disponible en <http://www.pnud.cl/areas/Genero/2012/Sinopsis%20IDH%202010.pdf>
21. **PNUD(2010a)** <http://www.pnud.cl/areas/Genero/CuadernoPoliticoPNUD.pdf>

22. **PNUD(2010b)** <http://www.pnud.cl/areas/Genero/2012/Sinopsis%20IDH%202010.pdf>
23. **CEPAL.** Base de datos CEPALSTAT, consultada en enero de 2014. Disponible en www.eclac.org
24. **Gobierno de Chile (2010)**, Plan Araucanía, Invirtiendo en Personas y Oportunidades. Gobierno de Chile: Santiago 2010.
25. **PNUD (2012)**, Desarrollo Humano en Chile 2012. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el futuro. Disponible en www.pnud.cl
26. **OECD** Estudios económicos de la OECD en Chile, Octubre 2013, Visión general. OECD (2013). Disponible en <http://www.oecd.org/eco/surveys/Overview%20Chile%20spanish.pdf>
27. **Claudia Robles (2011)** El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad CEPAL LC/W.428 Santiago: 2011
28. **Red de Protección Social (2010)**, PROTEGE, Ministerio de Secretaría General de Gobierno. Disponible en www.redprotege.gov.cl
29. **Espinoza V., Barozet E., María Luisa Méndez ML, (2012)** Estratificación y movilidad social bajo un modelo neoliberal: El caso de Chile. Proyecto Desigualdades (Anillo SOC 12). Latindex No. 12, 2012. Disponible en www.desigualdades.cl
30. **Consejo Asesor Presidencial Trabajo y Equidad (2008)** Hacia un Chile justo: trabajo, salario, competitividad y equidad social. Informe final. Disponible en www.trabajoyequidad.cl
31. **Ministerio de Desarrollo Social (2013)** Información sobre protección social. Disponible en www.mideplan.cl
32. **OIT (2011)** Social protection floor for a fair and inclusive globalization. Report of the Advisory Group chaired by Michelle Bachelet. Convened by the ILO with the collaboration of the WHO. Disponible en www.ilo.org

Medio Ambiente y Seguridad Humana

En los temas de medio ambiente y su relación con salud, destacan las condiciones de saneamiento, especialmente de agua potable, alcantarillado y disposición de residuos; la contaminación de agua, suelos y acústica y el cambio climático. La seguridad humana de mayor relevancia en salud pública incluye aspectos relacionados con desastres naturales y causados por el hombre, seguridad laboral, seguridad vial, violencia y seguridad alimentaria.

Medio ambiente, desarrollo y salud

Desde hace varias décadas y especialmente a partir de la década de los 80, el destacado crecimiento industrial y económico logrado en Chile ha tenido como contrapartida la desprotección y el deterioro evitable de las condiciones del ambiente. Ese deterioro ha ocurrido en diversas áreas del país y por diversas causas (industriales, minería, uso inadecuado de pesca, ganadería, agricultura y forestal, crecimiento urbano inadecuado, inadecuada disposición de residuos, contaminación de aire agua y suelos, entre otros).

Ello es compatible con la aplicación del modelo político y económico imperante en Chile, especialmente entre 1975 y 1990, en que se dio mayor prioridad al crecimiento industrial y productivo en desmedro de las condiciones del ambiente. Ambos temas no han sido compatibilizados, bajo el planteamiento de que un marco normativo y regulación efectiva de las condiciones del ambiente implica control, las limitaciones y exigencias al desarrollo industrial y funcionamiento productivo. Por ello, no hubo política gubernamental ambiental antes de 1990, lo que se reflejó en ausencia de fiscalización adecuada, de voluntad política o políticas públicas que hubiesen permitido resguardar las condiciones del ambiente y prevenir su impacto en la salud de la población. (1,2)

Desde 1990, los gobiernos de la Concertación procuraron compatibilizar la continuación del crecimiento económico con el debido resguardo de las condiciones del ambiente. En 1994, se promulgó la Ley sobre Bases Generales del Medio Ambiente. Dicha ley creó la Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA). Dicha ley sienta las bases para el Sistema Nacional de Gestión Ambiental, que está compuesto por todos los ministerios, organismos sectoriales de la administración central y los organismos descentralizados a los que el conjunto de leyes vigentes asigna responsabilidades y potestades ambientales, coordinados por una normativa legal y reglamentaria, complementado por leyes bajo responsabilidad de diversos ministerios, en temas como pesca y acuicultura; protección agrícola; residuos industriales líquidos y la creación de la Superintendencia de Servicios Sanitarios. En ese conjunto legal, el Código Sanitario tiene una especial importancia para el sector salud. (1,2)

En 1998, el Consejo de Ministros relacionados con el Ambiente aprobó la Política Ambiental para el Desarrollo Sustentable. Dicha política busca balancear adecuadamente el desarrollo productivo y el cuidado del ambiente, en torno a un desarrollo sustentable; entre los problemas que busca enfrentar y corregir, destacan:

- Contaminación atmosférica asociada a las áreas urbanas, a la industria, a la minería y a la generación eléctrica.
- Alta contaminación hídrica (ríos, lagos y borde costero), por disposición sin tratamiento de residuos líquidos domiciliarios e industriales.
- Crecimiento urbano inadecuado, con alta contaminación y escasez de áreas verdes.
- Inadecuado manejo y disposición de residuos sólidos, domésticos e industriales.

- Erosión y degradación de suelos, por deficientes técnicas agrícolas y pesqueras, crecimiento urbano que no respeta el ambiente, y manejo inadecuado de residuos sólidos.
- Amenazas al bosque nativo por sobreexplotación y falta de protección.
- Pérdida de recursos hidrobiológicos, con situaciones de agotamiento de la biomasa.
- Deficiente gestión de sustancias químicas peligrosas, con riesgos para la salud humana.

(2)

Como principio y estrategia de desarrollo sustentable, la política ambiental busca generar las condiciones básicas para compatibilizar el crecimiento económico con la protección del medio y el uso sustentable de los recursos naturales (a través de mecanismos que sean técnicamente apropiados, económicamente viables y socialmente aceptables). (2)

En 2010 entró en vigencia la Ley 20.417, que creó el Ministerio del Medio Ambiente, el Servicio de Evaluación Ambiental y la Superintendencia del Medio Ambiente. También en 2010, Chile adhirió al Acuerdo de Copenhague sobre el cambio climático, y en consecuencia se comprometió a adoptar acciones para limitar en 20% sus emisiones de efecto invernadero (el año 2020, en relación a 2007). (3,4)

Este problema que ha llevado a la desprotección y deterioro del ambiente no es un fenómeno sólo ocurrido en Chile, sino que ocurre en la mayoría de los países, especialmente en aquellos más industrializados y que por presión o intereses económicos internos, no aplican medidas de resguardo del ambiente, generando una situación global y crítica de la humanidad. Esa relevante situación ha motivado acuerdos y propuestas internacionales en torno al desarrollo sustentable, que incluye el cuidado del ambiente. En las últimas dos décadas, las autoridades y grupos sensibilizados de la población han mantenido el tema medioambiental en alto nivel de la agenda pública. Las Naciones Unidas y otras agencias continúan con persistente abogacía en este tema, que incluso está incluido entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio; también hay una activa discusión, foros internacionales y aportes de agencias internacionales y no gubernamentales, como expresado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20), de junio de 2012 y la asistencia técnica aportada por el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. (5,6)

Saneamiento

Acceso a agua potable y saneamiento básico.

Chile ha logrado una amplia cobertura en saneamiento básico. En 2011, la cobertura de agua potable es de un 99,8% en las zonas urbanas, el 96,1% de los hogares dispone de alcantarillado y el tratamiento de aguas servidas alcanzaba a 99,2%. El año 2009 en Chile se generaron 16,9 millones de toneladas de residuos, la mayor parte de estos son residuos industriales, los residuos municipales son depositados en un 69% en rellenos sanitarios, que cumplen con la reglamentación vigente, el resto son depositados en vertederos y basurales que cumplen con reglamentación de la década de los 80, con respecto a los residuos peligrosos desde 2006 el país cuenta con el sistema de Declaración y Seguimiento de residuos peligrosos, según datos del 2011 la región que genera mayoritariamente estos residuos es la región de Antofagasta y la que más elimina es la región Metropolitana.(3)

El 47% de la producción de agua potable del país, se origina a partir de aguas subterráneas y el 53% de aguas superficiales (7). Entre las regiones de Arica y Parinacota y Atacama, la fuente principal de abastecimiento es de tipo subterránea ya que la superficial es escasa. En el centro del país, desde Valparaíso hasta Los Lagos, el abastecimiento es mixto. En el sur es totalmente superficial. En 2006, la cobertura de agua potable en hogares era cercana al 100% en áreas urbanas y sobre el 95% en zonas rurales concentradas; la cobertura de alumbrado eléctrico alcanzaba al 99,5% de los hogares; el 82% de los hogares del país disponían de alcantarillado como sistema de recolección de excretas. Ya en 1994 casi el 100% de la población urbana disponía de un servicio regular de recolección domiciliaria. Algunos rellenos sanitarios, donde se depositan los residuos urbanos, han debido cerrar al haber cumplido su ciclo de vida. Los municipios han externalizado el servicio de recolección de basuras. La cobertura de agua potable se ha hecho universal en zonas urbanas, supera 95% de alcantarillado. Se proyecta una cobertura universal en 2015. El tratamiento de aguas servidas ha aumentado ostensiblemente desde 1990, hasta alcanzar 83% en 2009; también se espera que exista una cobertura universal en 2015. (8,9).

En 2011, el sector de servicios sanitarios urbanos incluía 57 empresas, en las 15 regiones del país, llegando a 15,4 millones de habitantes: el 95,5% es cubierto por empresas privadas, 4,1% por un servicio municipal (Maipú), 0,1% corresponde a tres empresas estatales y el resto a comités o cooperativas de usuarios. (SISS 2012). En 2011 la cobertura de alcantarillado aumentó respecto a 2010 (de 95,9% a 96,1%) y el tratamiento de aguas servidas alcanzó a 94,2%. (7)

En 2011, el total de sistemas de tratamiento de aguas servidas autorizados es de 268, los que mayoritariamente operan mediante la tecnología de lodos activados, la cobertura de este servicio es de un 94,2% a nivel nacional respecto de la población que cuenta con alcantarillado, cobertura que es superior al año anterior, que correspondió a 90,7%, es importante señalar la cobertura de tratamiento de aguas servidas a diciembre de 2010 no considera la operación de la Planta de Tratamiento de Aguas Servidas de Concepción, dado que a esa fecha no se encontraba prestando el servicio de tratamiento con la calidad exigida por la normativa, debido a los daños que sufrió la planta por el terremoto de febrero de 2010. Dicha situación fue superada completamente en mayo de 2011, la cobertura de tratamiento de aguas servidas alcanzará aproximadamente al 100% en cinco años debido a la puesta en marcha de la tercera planta de tratamiento de aguas servidas del Gran Santiago en 2012. (7)

El mejoramiento y el cumplimiento de la norma nacional de calidad de agua potable, ha influido en forma importante en la salud de la población chilena y, específicamente, en la prevención transmitidas a través del agua, como el cólera, y en la reducción de las concentraciones de arsénico en el suministro de agua potable de la Región de Antofagasta. (cuadro 4.1)

Cuadro 4.1 Cobertura de agua potable y saneamiento en sectores urbano y rural de Chile, 1990 a 2011

Años	Agua potable			Saneamiento		
	Urbana %	Rural %	Total %	Urbana %	Rural %	Total %
1990	98.9	46.7	90.2	91.3	52.7	84.8
1991	98.9	48.8	90.6	91.7	54.4	85.5
1992	99.0	50.8	91.1	92.1	56.2	86.2
1993	99.0	52.9	91.5	92.5	57.9	86.9
1994	99.0	55.0	92.0	92.9	59.7	87.6
1995	99.1	57.0	92.5	93.3	61.4	88.3
1996	99.1	59.1	92.9	93.7	63.2	89.0
1997	99.1	61.2	93.4	94.1	64.9	89.7
1998	99.1	63.2	93.8	94.6	66.7	90.4
1999	99.2	65.3	94.3	95.0	68.4	91.1
2000	99.2	67.4	94.7	95.4	70.2	91.8
2001	99.2	69.4	95.1	95.8	71.9	92.5
2002	99.3	71.5	95.6	96.2	73.7	93.2
2003	99.3	73.6	95.9	96.6	75.4	93.8
2004	99.3	75.6	96.3	97.0	77.2	94.5
2005	99.3	77.7	96.7	97.4	78.9	95.1
2006	99.4	79.8	97.0	97.8	80.7	95.7
2007	99.4	81.8	97.3	98.2	82.4	96.4
2008	99.4	83.9	97.6	98.6	84.2	97.0
2009	99.5	86.0	97.9	99.0	85.9	97.6
2010	99.5	88.0	98.2	99.4	87.7	98.1
2011	99.5	90.1	98.5	99.8	89.4	98.7

Fuente: CEPALSTATS, 2013 (9)

Residuos sólidos.

Se estimó que el año 2009 en el país se generaron 16,9 millones de toneladas de residuos, de las cuales 6,5 millones correspondían a residuos municipales y 10,4 millones a residuos industriales, excluyendo los residuos mineros masivos. En 2009, el principal origen estimado de los residuos industriales era: construcción (56%), industria manufacturera (18%), sector agrícola y forestal (15%) y minería (6%). (3)

En 1995 los residuos domiciliarios se disponían en vertederos y basurales. En 2010, más del 60% de los residuos se disponían en rellenos sanitarios, otro 22% en vertederos que cumplían condiciones sanitarias y el resto se botaba en basurales y otros sitios que no cumplían con la reglamentación sanitaria. (3)

En 2006 se implementó el Sistema de Declaración y Seguimiento de residuos peligrosos (SIDPRE), en el cual existen 72 instalaciones de eliminación y/o valorización de residuos peligrosos. En 2011, Antofagasta era la región con mayor cantidad de residuos peligrosos.

Contaminación

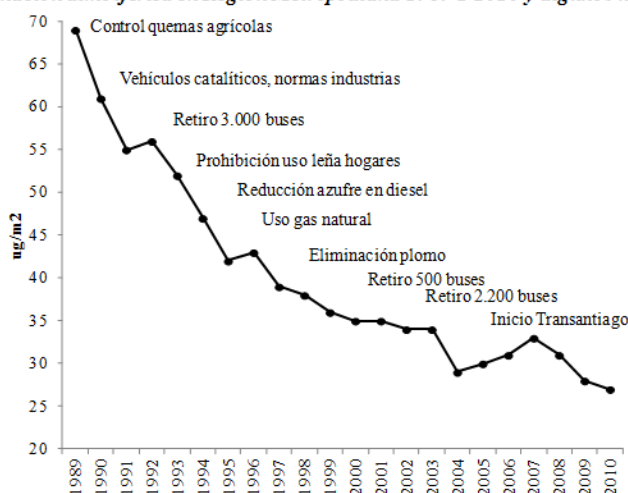
Contaminación de aire.

En la actualidad, se cuenta con normas primarias de calidad ambiental de alcance nacional, que regula la concentración en el aire de seis tipos de contaminantes, los principales y más nocivos para la salud. La mayor parte del monitoreo de calidad del aire se ha orientado

preferentemente al material particulado MP10, en los próximos años se espera aumentar la cobertura de monitoreo de MP2,5, contaminante más dañino para la salud de la población, para contar con un mejor indicador del estado de la calidad del aire. La zona central y sur del país (Rancagua, Talca, Curicó, Linares, Chillán, Los Ángeles, Concepción, Temuco, Osorno, Valdivia, Coyhaique, entre otras) son las que presentan mayores concentraciones ambientales de MP2,5, producido principalmente por la utilización de leña para calefacción. (3)

La Región Metropolitana registra uno de los mayores problemas de contaminación del aire, aunque con tendencia a disminuir, desde 68,8 ug/m³ de material particulado respirable (fracción fina y gruesa) en 1989 a 24,3 ug/m³ en 2010. Se estima que en Chile al menos 4.000 personas mueren prematuramente al año, por enfermedades cardiopulmonares asociadas a la exposición crónica a contaminación del aire. Los principales sectores responsables de la contaminación del aire son: industrial, transporte y residencial para los cuales el Ministerio del Medio Ambiente ha establecido medidas para reducir las emisiones de estos, entre las cuales se encuentran: normas de emisión para termoeléctricas, fundición de cobre y otros procesos de combustión, normas de emisión a vehículos y acciones tendientes a utilización de calefactores menos contaminantes y más eficientes, disponibilidad de leña seca, viviendas con menor demanda de energía, así como sensibilización y educación de la comunidad. Con ello, se ha logrado una reducción en la contaminación atmosférica, como se ilustra en **figura 4.1**. (3)

Figura 4.1 Contaminación atmosférica en Región Metropolitana 1989 a 2010 y algunos hitos de su reducción



Fuente: Ministerio del Ambiente (2011) (3)

Contaminación del suelo

La actividad minera es uno de los principales factores de contaminación de suelos. Los residuos mineros masivos, que provienen tanto de los procesos asociados a la exploración y explotación, así como de los procesos de transformación pirometalúrgicos, hidrometalúrgicos y refinación de sustancias minerales. Cabe señalar que existen aproximadamente 150 faenas activas de mediana y gran minería y 867 depósitos de relaves en el territorio nacional, de los cuales 121 se encuentran en operación (3).

En 2011 se detectó contaminación por metales pesados siendo más grave en la contaminación por poli-metales en Arica, donde se detectó alto contenido de plomo y arsénico. También había problemas por arsénico en Quillagua (Antofagasta), por cadmio en la regiones de Valparaíso y Metropolitana, por zinc en Diego de Almagro, Elqui y la Metropolitana, y por plomo en los valles de Aconcagua y Puchuncaví. (3). En la Encuesta de Calidad de Vida y Salud

de 2006, el 17,8 % identificaba la contaminación del suelo como un problema de contaminación en su barrio o localidad. (10)

Contaminación acústica

El ruido es un contaminante invisible, es una consecuencia directa de la actividad humana y tiene importantes efectos sobre la salud de las personas, no solo vinculados a la audición, también actúa como un agente preponderante del estrés, dificulta la comunicación y los procesos de aprendizaje, afecta la recuperación de pacientes, el descanso, la mantención y conciliación del sueño, entre otros efectos, que afectan principalmente la calidad de vida de la población expuesta.

En el año 2007 en Chile se decidió elaborar Mapas de Ruido como herramienta de diagnóstico, se han generado los mapas de Antofagasta y Providencia en 2009 y de Santiago en 2010, las tres comunas estudiadas sobrepasan los niveles de ruido recomendados en diferentes porcentajes de superficie. A inicios de 2012 se dio a conocer el mapa de ruido del Gran Santiago, se realizó una modelación de una extensión espacial correspondiente a las 34 comunas que conforman la provincia de Santiago más las comunas de San Bernardo y Puente Alto, correspondiente a una superficie de aproximadamente 1.000 km², los resultados arrojaron que el 17% de la superficie del Gran Santiago está por sobre la recomendación de OCDE, siendo las autopistas urbanas las que generan mayores niveles de contaminación acústica. En la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2006, el 36% identificaba los ruidos molestos como un problema de contaminación en su barrio o localidad. (3)

Cambio Climático

Los sectores que más contribuyen a las emisiones de gases de efecto invernadero son la generación eléctrica, el transporte, la industria manufacturera, construcción y minas, asociados al alto consumo de energéticos fósiles.

Chile es altamente vulnerable a sufrir las consecuencias del cambio climático, por las características de sus zonas costeras bajas, zonas áridas y semiáridas, áreas susceptibles a la deforestación o erosión, a los desastres naturales, a la sequía y la desertificación, áreas urbanas altamente contaminadas y ecosistemas frágiles. Las temperaturas han sufrido cambios significativos, entre 1901 y 2005, con calentamiento de 0,2° a 1,1° C en algunas zonas y enfriamiento en otras. Entre 2000 y 2009, las precipitaciones han disminuido (con períodos de disminución y aumento). Se esperan reducciones de caudal en algunos ríos. Chile tiene una de las mayores y más diversas reservas de glaciares a nivel mundial, pero la mayoría de estos glaciares tiene tendencia generalizada de pérdida de masa. (3) En 2008, el Gobierno aprobó el Plan de Acción Nacional de Cambio Climático, para el período 2008-2012, y en 2010, Chile asumió compromisos de reducción de gases de efecto invernadero de 20% respecto a sus emisiones de referencia proyectadas para el período 2007-2020, mediante Acciones Nacionales Apropriadas de Mitigación (NAMAs por sus siglas en inglés).

Desastres naturales y causados por el hombre

El país tiene frecuente actividad sísmica, dada su naturaleza montañosa y volcánica. Destaca el severo terremoto y tsunami de febrero de 2010 (27F) que afectó especialmente a cuatro Regiones. Además del daño directo en salud (512 muertes y 16 desapariciones), hubo cambio de condiciones de vida y de saneamiento que implicaron riesgos importantes para la salud, con 800 mil personas damnificadas, problemas de vivienda, pobreza, saneamiento, salud mental y

otros; 18 hospitales y centenas de centros ambulatorios de salud quedaron inutilizables. Las condiciones de desarrollo del país y de la infraestructura antisísmica de viviendas y obras públicas, así como el grado de preparación nacional para desastres, evitaron consecuencias adversas aún mayores. (13) Otra de las externalidades del último terremoto fue la reorganización de la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior (ONEMI), centrándose en el reforzamiento del Sistema de Emergencia y Alerta Temprana y en el fortalecimiento del Sistema de Protección Civil.

Seguridad laboral

Chile ha tenido un importante desarrollo económico y productivo en las últimas décadas, con el aumento de empresas productivas y de empleo. Sin embargo, falta un mayor reconocimiento de los riesgos en el ambiente laboral y de las enfermedades profesionales – en los trabajadores y empleadores – por lo cual en 2006 se conformó una alianza entre Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo e Instituto de Seguridad Laboral, que permitió la realización de la Primera Encuesta de Empleo, Trabajo y Salud en 2009-2010. (14)

La Ley Nº16.744 establece la Seguridad Laboral, con un seguro social obligatorio de cargo del empleador, de protección contra los riesgos de accidentes laborales y de enfermedades ocupacionales. Desde 2010, la Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo evalúa las condiciones de seguridad laboral y hace propuestas de reformas para mejorar las regulaciones sobre higiene y seguridad, y condiciones laborales, para garantizar el derecho a un trabajo seguro (15). En 2009, había varias entidades de seguro contra riesgo laboral, en que destacaba la Asociación Chilena de Seguridad con 32,3% de cobertura y la Mutual de Seguridad con 18,2%. Sin embargo, 25,3% de los trabajadores no tenían afiliación a algún tipo de seguro. Por otra parte, la Ley Nº20.123 de subcontratación que regula la subcontratación y el trabajo transitorio, introdujo modificaciones al Código del Trabajo y a la Ley Nº16.744 en materias relativas a la higiene y seguridad en los sitios de trabajo, con el objeto de obtener condiciones de seguridad e higiene uniformes en los lugares de trabajo para todos los trabajadores, cualquiera sea su dependencia laboral.

En 2009, la mortalidad por accidentes de trabajo alcanzó a 6,1 muertes por 100 mil ocupados. Las ramas con mayor mortalidad fueron minería, con 24,5 muertes por 100 mil ocupados de esa rama de actividad, la construcción con 17,1; el transporte y comunicaciones con 13,4 y la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca con 12,3 por 100 mil ocupados de esas ramas (16). En cuanto a las tasas de accidentes laborales fatales, según datos de la Superintendencia de Seguridad Social, el año 2009 se registró el fallecimiento de 397 trabajadores protegidos por el seguro de la Ley Nº16.744. La mortalidad por accidentes del trabajo, de acuerdo a datos de mutualidades, se presenta principalmente en transporte (20,5 por 100.000 trabajadores), agricultura (13,8 por 100.000), y construcción (11,8 por 100.000), (17). Hay mayor mortalidad en las regiones de Atacama (17,9 muertes por 100.000), Antofagasta (16,4 por 100.000) y Magallanes (12,5 por 100.000). Las causas más frecuentes de accidentes fatales son lesiones producidas por toda forma de transporte (54%), seguido de caídas de altura (13%), y “golpe por” o “golpe contra” (11%) (17). La edad promedio de los accidentados con resultado de muerte es de 42 años y en su mayoría jefes de hogar.

Según la Encuesta de Empleo, Trabajo y Salud de 2009-2010 (ENETS), sólo un 29,5% del total de enfermedades que los trabajadores refirieron sufrir, ha sido reconocida como enfermedad profesional, y un 6,2% se encuentra en trámite para su reconocimiento. El 15,5% de los hombres y 13,9% de las mujeres tienen enfermedades reconocidas. La mayor parte de las patologías reconocidas se encuentra en el grupo de edad de 45 a 64 años (14,5%); cabe hacer

notar que existe un 2,3% de casos reconocidos en el grupo de trabajadores jóvenes (15 a 24 años). En estas enfermedades profesionales reconocidas, el 56% de los hombres y 48% de las mujeres reportan tener como consecuencia algún problema de salud físico o mental, que en los hombres afectan con más frecuencia su vida social y familiar y en las mujeres su trabajo actual. (14)

Las mayores tasas de accidentabilidad de las empresas afiliadas a mutuales se encuentran en las actividades de transporte (7,7%), de industria (7,4%) y de agricultura (7,2%), mientras que en los trabajadores afiliados al ISL se presentan en los sectores de servicios, construcción e industria manufacturera.

Seguridad vial

Entre 2000 y 2009, el parque de vehículos automotores en Chile aumentó de 2,1 a 3,1 millones, especialmente en la Región Metropolitana, para una población que aumentó de 15,4 a 16,9 millones en ese período (**cuadro 4.2**). La tasa de siniestros tuvo una discreta tendencia al descenso en los últimos años, pero la mortalidad disminuyó de 8 muertes por 10 mil vehículos y 11 por 100 mil habitantes a 4,8 y 8,9, respectivamente, en 2009. La tasa de lesionados por 10 mil vehículos se ha reducido pero la tasa por 100 mil habitantes ha sido variable, incluyendo aumento en el período 2007 a 2009. (18)

Cuadro 4.2. Indicadores de siniestros de tránsito, fallecidos y lesionados en Chile. Años 2000 a 2009

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Vehículos (millones)	2.1	2.2	2.2	2.2	2.3	2.4	2.7	2.8	3.0	3.1
Población (millones)	15.4	15.6	15.8	15.9	16.1	16.3	16.4	16.6	16.8	16.9
Siniestros por 10 mil vehículos	192.2	206.0	188.2	202.4	202.8	197.0	168.7	190.1	188.8	179.5
Muertes por 10 mil vehículos	7.98	7.18	6.98	7.76	7.64	6.91	6.22	5.82	5.89	4.80
Lesionados por 10 mil vehículos	219.2	208.3	198.9	206.5	202.3	203.2	176.9	191.2	182.9	166.2
Siniestros por 100 mil hab.	265.8	287.9	265.1	279.2	289.7	284.8	272.9	323.4	340.5	332.8
Muertes por 100 mil hab.	11.03	10.03	9.84	10.70	10.92	10.00	10.05	9.91	10.63	8.91
Lesionados por 100 mil hab.	303.0	291.2	280.2	284.8	289.0	293.8	286.2	325.4	329.8	308.2

Fuente: CONASET (2010), Diagnóstico de la seguridad de tránsito en Chile (Período 2000-2009). (18)

En total, en el período 2000 a 2009 se produjeron 476.827 siniestros de tránsito, provocando 16.482 muertes y 484.257 personas con lesiones de diversa índole. Destaca que hubo 83.532 atropellos, con 6.909 muertes y 84.922 personas lesionadas. Las principales causas de siniestros fueron imprudencia del conductor (44%), desobediencia de señalización (13%) e imprudencia del peatón (9%). Se estima que 38.884 de los siniestros fueron causados por alcohol (18). En este último aspecto se destaca la aprobación en marzo de 2012, luego de 5 años de tramitación, de la Ley de Tolerancia Cero al Alcohol en la Conducción, que reduce las gradualidades alcohólicas que rigen para el estado de ebriedad y bajo la influencia del alcohol e incorpora la prueba respiratoria como evidencia.

Violencia

La violencia se ha transformado en una de las prioridades de la ciudadanía como necesidad de mayor seguridad pública. El Ministerio del Interior y Seguridad Pública cuenta con una Subsecretaría de Prevención del Delito, que junto a la policía uniformada y civil, y los municipios, ha adoptado una serie de medidas tendientes a la prevención y cuenta con un Plan de Seguridad Pública 2010-2014. (19)

En 2011, se registraron 3 mil denuncias por 100.000 habitantes y se realizó 786 detenciones por 100.000 habitantes, por delitos de mayor connotación social (**cuadro 4.3**). Las denuncias más frecuentes fueron por robos con fuerza y hurtos (41,9% y 23,2%, respectivamente), mientras que las detenciones más frecuentes fueron por hurtos y lesiones (64,5% y 20,3%, respectivamente). Ese año, se registró 707,8 denuncias y 191,5 detenciones por violencia intrafamiliar por cada 100 mil habitantes (**Cuadro 4.3**). (19)

Cuadro 4.3. Denuncias y detenciones de Delitos de Mayor Connotación Social y Violencia Intrafamiliar. Año 2011

Delitos de Mayor Connotación Social	Denuncias		Detenciones	
	por 100 mil h.	%	por 100 mil h.	%
Robo con violencia e intimidación	321.6	10.7	34.5	4.4
Robos por sorpresa	161.1	5.4	16.1	2.0
Robos con fuerza	1262.0	41.9	63.9	8.1
Hurtos	699.3	23.2	507.4	64.5
Lesiones	546.8	18.2	159.9	20.3
Homicidios	1.4	0.0	1.7	0.2
Violaciones	18.0	0.6	2.8	0.4
Total	3010.2	100.0	786.3	100.0
Violencia intrafamiliar	707.8	100.0	191.5	100.0

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito - Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2011) (19)

Según reportes del Ministerio del Interior, el 37,2% de las mujeres que había tenido o estaba en una relación de convivencia había vivido o estaba viviendo violencia psicológica por parte de su pareja. En este mismo grupo, un 24,6% fue víctima de violencia física menos grave, un 15,6% de violencia sexual y un 15,0% de violencia física grave. (20)

De las mujeres adultas atendidas en un servicio de urgencia en las que se detectó violencia, el 69,5% presentaba lesiones leves; el 24,5% lesiones de mediana gravedad, y el 15,8%, lesiones graves. El registro realizado a nivel nacional de las atenciones médicas de urgencia asociadas a violencia intrafamiliar durante el año 2008 fue de 19.308 atenciones otorgadas a personas de todas las edades, de las cuales el 74,4% eran mujeres. El año 2009 fallecieron 55 mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja, más que las 50 que fallecieron de muerte materna ese año. Las mujeres utilizan el castigo físico contra niños más que los hombres, pero los hombres son causantes más frecuentes de traumatismos craneoencefálicos, fracturas y otras lesiones mortales. El 51,4% de los niños reporta haber sido víctima de violencia física leve y un 32,8% ha sido víctima de violencia física grave. (20)

Seguridad alimentaria

Chile exporta cerca de US\$ 12 mil millones anuales en alimentos y cuenta con un alto Índice Global de Seguridad Alimentaria, referido al grado de seguridad alimentaria, en torno a asequibilidad, disponibilidad, seguridad y calidad de los alimentos. El Ministerio de Salud, junto a la FAO, está desarrollando una lista de 30 alimentos prioritarios para dar comienzo a una base de datos de composición química de alimentos en Chile, proyecto enmarcado sobre el proyecto de Política Nacional de la Inocuidad Alimentaria que actualmente se está desarrollando. Entre los alimentos prioritarios están carne, lácteos y frutas (22). La Agencia Chilena para la Calidad e Inocuidad Alimentaria, ACHIPIA, es una comisión asesora presidencial y de coordinación sobre políticas, planes, programas y actividades relativas a la calidad e inocuidad alimentaria (22).

En Chile, normalmente los brotes de enfermedades transmitidas a través de los alimentos aumentan en el período primavera-verano y con motivo de festividades masivas. Según distribución geográfica, el mayor número de brotes lo presenta la región Metropolitana con 187 brotes, seguida de la región de Valparaíso con 95 brotes y Biobío con 67 brotes. La Estrategia Nacional de Salud (2011) plantea como meta la disminución de un 10% de la tasa de hospitalizaciones de enfermedades transmitidas por alimentos, entre 2011 y 2020 (23).

Conclusión y perspectivas de progreso

El crecimiento industrial y económico logrado en Chile ha tenido como contrapartida el deterioro evitable de las condiciones del ambiente, en diversos lugares y por distintas causas, la mayor parte de ellas afectas a control normativo y de fiscalización. Por varias décadas, especialmente hasta 1990, se ha dado mayor prioridad al crecimiento industrial y productivo en desmedro de las condiciones del ambiente. Entre los principales ambientales destacan la alta contaminación atmosférica e hídrica de algunos sectores; erosión y degradación de suelos; disminución de superficie agropecuaria.

Desde 1990, se ha fortalecido el marco normativo e institucional para mejorar las condiciones del ambiente y de seguridad humana. Destacan el establecimiento de CONAMA, la Política Ambiental para el Desarrollo Sustentable, el Sistema Nacional de Gestión Ambiental, la Superintendencia de Servicios Sanitarios, el Servicio de Evaluación Ambiental, la Superintendencia del Medio Ambiente y el Ministerio del Medio Ambiente. La creciente legislación fortalece la acción de diversos ministerios.

Como principio y estrategia de desarrollo sustentable, la política ambiental busca generar las condiciones básicas para compatibilizar el crecimiento económico con la protección del medio y el uso sustentable de los recursos naturales (a través de mecanismos que sean técnicamente apropiados, económicamente viables y socialmente aceptables). En las últimas dos décadas, las autoridades y grupos sensibilizados de la población han mantenido el tema medioambiental alto en la agenda pública

Es un problema que involucra a la humanidad global, por lo cual existe una agenda internacional importante que busca enfrentarlo y resolverlo bajo responsabilidad de los países, pero resulta un tema muy complejo de lograr, especialmente por intereses y limitaciones que enfrentan los países más industrializados.

El acceso a agua potable y saneamiento básico tiene alta cobertura en el país, especialmente en sector urbano; en el sector rural continúa con mejoramiento progresivo. Hay mayor limitación en manejo de residuos domésticos e industriales, con cierta proporción de vertederos y basurales que no cumplen con la reglamentación sanitaria.

Se cuenta con normas de calidad ambiental de alcance nacional, que ha contribuido a la disminución de contaminación atmosférica, especialmente en Región Metropolitana. La actividad minera es uno de los principales factores de contaminación de suelos. El ruido es un contaminante invisible pero que tiene efectos sobre la salud y calidad de vida de las personas. Hay sectores que más contribuyen a las emisiones de gases de efecto invernadero son la generación eléctrica, el transporte, la industria manufacturera, construcción y minas, asociados al alto consumo de energéticos fósiles.

Chile es altamente vulnerable a sufrir las consecuencias del cambio climático, a los desastres naturales, a la sequía y la desertificación, áreas urbanas altamente contaminadas y ecosistemas frágiles. Destaca el severo terremoto y tsunami de febrero de 2010 que afectó especialmente a cuatro Regiones. La violencia se ha transformado en una de las prioridades políticas y de la ciudadanía, en búsqueda de mayor seguridad pública. El Ministerio del Interior y Seguridad Pública cuenta con una Subsecretaría de Prevención del Delito, que junto a la policía uniformada y civil, y los municipios, ha adoptado una serie de medidas tendientes a la prevención y cuenta con un Plan de Seguridad Pública 2010-2014.

La seguridad laboral es un tema crucial en el crecimiento industrial productivo de las últimas décadas, con el aumento de empresas productivas y de empleo. El país cuenta con sistema de protección y aseguramiento laboral, aunque ello se concentra más bien en el empleo formal y organizado. La seguridad vial ha tenido un mejoramiento paulatino, con nuevas leyes, reglamentos y mejor fiscalización. Ello se ha reflejado en disminución de accidentes y muertes por accidentes de tránsito. Destaca, por ejemplo, la ley de Tolerancia Cero al Alcohol en la Conducción y las funciones de la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET), con permanentes campañas y monitoreo de situación. El país cuenta con relativo alto nivel de seguridad alimentaria, reflejado por brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, bajo relativo control y monitoreo. Destaca la función de la Agencia Chilena para la Calidad e Inocuidad Alimentaria (ACHIPIA), en cuanto comisión asesora presidencial que coordina.

Referencias

1. **Aedo M.P. y Larraín S. (2004)**, Impactos ambientales en Chile: desafíos para la sustentabilidad. Programa Chile Sustentable. Disponible en http://www.archivochile.com/Chile_actual/patag_sin_repre/03/chact_hidroy-3%2000014.pdf
2. **CONAMA (1998)**, Una política ambiental para el desarrollo sustentable. Disponible en www.sinia.cl/1292/articles-26000_pdf_politica.pdf
3. **Ministerio del Medio Ambiente. (2011)** Informe del Estado del Medio Ambiente 2011. Disponible en http://www.mma.gob.cl/1304/articles-52016_InformeEstadoMedioAmbiente_Completo_2011.pdf
4. **Ministerio Secretaría General de la Presidencia (2010)** Ley 20.417. Crea el Ministerio, el Servicio de Evaluación Ambiental y la Superintendencia del Medio Ambiente. BCN (2010) Disponible en www.leychile.cl
5. **MIDEPLAN (2010)** Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe de Gobierno de Chile. Santiago: Septiembre de 2010. Disponible en www.pnud.cl
6. **PNUMA (2012)** Anuario 2012, Temas emergentes en nuestro medio ambiente mundial. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. UNEP Nairobi, Febrero 2012. Disponible en <http://www.unep.org/publications/>
7. **Superintendencia de Servicios Sanitarios (2010)**. Informe de Gestión del Sector Sanitario. 2010. Disponible en http://www.siss.gob.cl/577/articles-8333_recurso_1.pdf
8. **Instituto Nacional de Estadísticas (2010)**. Medio Ambiente, Informe Anual 2010. Disponible en http://www.inec.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_medio_ambiente/pdf/MedioAmbiente_2010_160212.pdf
9. **CEPAL (2010)**. Base de datos CEPALSTAT, consultada en noviembre de 2013. Disponible en www.eclac.org
10. **Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología (2006)** . II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>
11. **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO (2010)** Evaluación de los recursos forestales mundiales 2010, Informe Nacional Chile. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/013/al477S/al477S.pdf>
12. **Centro de Información de Recursos Naturales (2012)**. Estudio de Erosión. Disponible en <http://www.ciren.cl/web/content.php?i=91>
13. **Organización Panamericana de la Salud, Oficina de Chile (2010)**, La Salud en Chile 2010. Disponible en www.paho.org/chi
14. **MINSAL (2010)** Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo y Salud y calidad de vida de trabajadores y trabajadoras chilenas (ENETS 2009-2010), Disponible en www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2012/01/Informe-Encuesta-ENETS-2009-2010.pdf
15. **Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo (2010)**. Informe Final Noviembre 2010. Disponible en: <http://www.previsionsocial.gob.cl/cst/?cat=7>
16. **Ministerio de Salud (2010)**. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, Disponible en www.deis.cl
17. **Superintendencia de Seguridad Social (2011)**. Boletín Estadístico 2011. Disponible en <http://www.suseso.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?boton=Doc205&argInstanciaId=205&argCarpetaId=626&argTreeNodosAbiertos=%28626%29%28341%29&argTreeNodoActual=626&argTreeNodoSel=626&argRegistroid=2644>

18. **Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, CONASET (2010)**, Diagnóstico de la seguridad de tránsito en Chile (Período 2000-2009). Disponible en http://www.conaset.cl/userfiles/files/Diagnostico_siniestros_2000_2009.pdf
19. **Subsecretaría de Prevención del Delito - Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2011)** Estadísticas de denuncias y detenciones de Delitos de Mayor Connotación Social y Violencia Intrafamiliar. Año 2011. Disponible en http://www.dsp.gov.cl/filesapp/00_presentacion_estadisticas_anual_2011.pdf
20. **Ministerio del Interior - Dirección de Estudios Sociológicos Pontificia Universidad Católica (DESUC) (2008)**. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales 2008. Disponible en [http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTg1ODY1OQ==Encuesta Nacional de Vic
timizaci%C3%B3n por Violencia Intrafamiliar y Delitos sexuales, 2008](http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTg1ODY1OQ==Encuesta+Nacional+de+Victimizaci%C3%B3n+por+Violencia+Intrafamiliar+y+Delitos+sexuales,+2008)
21. **Ministerio de Salud (2010)**. Objetivo Específico de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Borrador de Consulta. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94b48a6e2e347970e04001011f013e82.pdf>
22. **Asociación Chilena para la Inocuidad Alimentaria (2011)**. Disponible en [http://www.achipia.cl/consulta-publica-sobre-documento-politica-nacional-de-
inocuidad-alimentaria/prontus_achipia/2011-11-07/153839.html](http://www.achipia.cl/consulta-publica-sobre-documento-politica-nacional-de-inocuidad-alimentaria/prontus_achipia/2011-11-07/153839.html)
23. **Ministerio de Salud (2012)** . Departamento de Epidemiología. Informe Situación Epidemiológica ETA. Disponible en http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/ETA/ETA_sem282012.pdf

Situación de Salud

La situación de salud y sus tendencias es sintetizada a través de sus principales indicadores de salud, especialmente de mortalidad, morbilidad y factores de riesgo. Incluye las condiciones de grupos de la población, ya sea por edad, condición reproductiva o de vulnerabilidad; la mortalidad, con sus principales características y tendencias; la morbilidad tanto transmisible como no transmisible; y los factores de riesgo y de protección más relevantes, especialmente aquellos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Progreso y diversidad en salud de la población

El mejoramiento sistemático de la mayoría de indicadores de salud refleja un avance paulatino ocurrido en las últimas décadas. Destacan importantes logros en áreas como el mejoramiento de la salud materno infantil, la reducción de enfermedades transmisibles afectas a control, la nutrición, y una mayor sobrevivencia de la población. En general, este mejoramiento ha ocurrido en el mismo sentido que el mayor desarrollo de condiciones socioeconómicas y de calidad de vida, la ampliación de cobertura de protección social (especialmente de los grupos más vulnerables), y la extensión de cobertura de los sistemas de salud, con particular énfasis en la atención primaria.

Quedan sin embargo aspectos inconclusos o pendientes en la agenda de salud, ya que se requiere continuar con una mayor reducción de los eventos evitables y muertes prevenibles y prematuras, disminuir las desigualdades en salud (especialmente aquellas más influidas por las desigualdades sociales y la pobreza), y la desigual oportunidad de promoción, prevención y atención de salud, en detrimento de la salud de los grupos más desprotegidos y vulnerables.

El cambio de perfil demográfico y epidemiológico de los diversos grupos de la población ha llevado a una situación actual en que destaca el envejecimiento de la población y la reducción de muchas enfermedades y muertes prevenibles, cambiando la prioridad de problemas en salud pública hacia la gran relevancia actual de las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y violencias, los problemas de salud mental y las enfermedades relacionadas con un ambiente no saludable. Los desafíos que presenta el escenario actual representan un distinto énfasis para reenfocar las agendas, decisiones y acción en materias de salud de la población.

Las diferencias de nivel y condiciones de salud entre grupos de la población se interrelacionan con el entorno o ambiente físico, político, económico, social o de condiciones de vida de la población. Destaca el conjunto de factores denominados “determinantes sociales” que influyen en el desarrollo y desigualdad en salud influyendo de modo diferencial en la carga de enfermedad y muerte y la existencia de inequidad injusta y evitable en salud.

La mayor influencia de estos factores recae en aquellos eventos de salud (enfermedad, discapacidad y muerte) afectos a prevención y control mediante medidas de políticas, estrategias y protección social, así como una adecuada atención de salud. Como indicadores trazas o de aproximación destacan: tasa de mortalidad infantil y de la niñez; mortalidad estandarizada; expectativas de vida al nacer; años de vida potencial perdidos (AVPP); mortalidad por cáncer uterino, mamario y prostático; incidencia de tuberculosis; malnutrición infantil (por déficit y exceso); hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Como un ejemplo de dicha diversidad, el **cuadro 5.1** muestra el nivel de mortalidad general y años de vida potencial perdidos por mil habitantes, en deciles de comunas estratificadas según

desarrollo socioeconómico para el año 2011. Cuando los grupos de comunas se estratifican en deciles según índice de desarrollo socioeconómico, la mortalidad general no presenta una distribución sistemática, pero sí ocurre respecto a la tasa de AVPP por mil habitantes. Dicha tasa aumenta sistemáticamente hacia los deciles de menor nivel socioeconómico: en el Decil 10 (mayor nivel socioeconómico) se registra 54,5 AVPP por mil h., pero en decil 1 este indicador alcanza a 83,2 AVPP por mil. Como referencia óptima, se incluye al grupo de las cuatro comunas elite (CE) donde la tasa de AVPP es sólo de 49,4 por mil habitantes. (6,20)

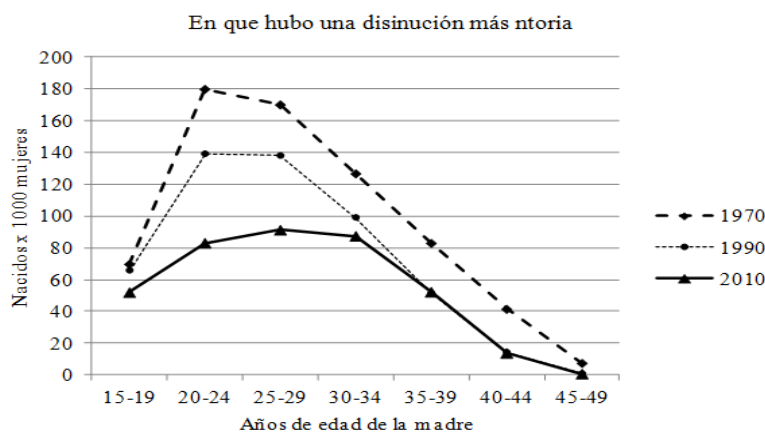
Condiciones de salud en grupos de población

Salud Sexual y Reproductiva

La tasa global de fecundidad ha disminuido paulatinamente, desde 2,5 hijos por mujer en 1983 a 1,9 hijos en 2010. Los métodos de regulación de fecundidad más frecuentes utilizados por las mujeres en control en el SNSS, en el año 2011, son el Oral Combinado (36,7%) y Dispositivo Intrauterino (33,5%), mientras que el menos utilizado es el preservativo (3,8%) (1)

Tasa específica de fecundidad según edad de la madre en Chile sigue disminuyendo históricamente en todos los grupos, con fecundidad bastante menor antes de los 20 años y después de los 35 años de edad (**figura 5.1**). Ello influye en menor riesgo materno e infantil (que es mayor en madres de edades fértiles extremas) y en la reducción en los nacimientos y grupos quinquenales de menores de 15 años.

Figura 5.1. Tasa específica de fecundidad según edad de la madre en Chile 1970, 1990 y 2010



Fuente: Compendios Estadísticos INE 1990 y 2010

En la década 2001 a 2010, se registraron 448 muertes maternas en el país (un promedio de 45 muertes anuales) (**cuadro 5.2**). La principal causa se debió a edema, proteinuria y otros trastornos hipertensivos de embarazo (24% en el primer quinquenio y 22% en el segundo quinquenio). Las muertes relacionadas con aborto, que en décadas precedentes constituían la principal causa de muerte materna, provocaron el 13% de defunciones en el primer quinquenio y 11% en el segundo quinquenio. (2)

Cuadro 5.2. Principales causas de mortalidad materna en Chile, período 2000 a- 2010

Causa específica	Muertes período 2001-2005			Muertes período 2006-2010		
	n	* 1.000 NV	%	n	* 1.000 NV	%
Otras afecciones obstétricas (no clasificadas en otra parte)	67	5.4	32.2	81	6.5	35.5
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en EPP	50	4.0	24.0	50	4.0	21.9
Embarazo terminado en aborto	27	2.2	13.0	25	2.0	11.0
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	24	1.9	11.5	27	2.2	11.8
Complicaciones del trabajo de parto y parto	22	1.8	10.6	31	2.5	13.6
Atención materna (relacionada con feto y problemas parto)	10	0.8	4.8	6	0.5	2.6
Otros trastornos relacionados principalmente con embarazo	8	0.6	3.8	8	0.6	3.5
Total	208	16.7	100.0	228	18.4	100.0

Fuente: DEIS MINSAL, 2012 (2)

En el año 2010, dado la relativa baja cantidad de defunciones anuales, la mortalidad materna en regiones fue variable, fluctuando entre 61,1 muertes por 100.000 nacidos vivos en Aisén, y dos regiones que no registraron defunciones maternas ese año (**cuadro 5.3**). (2)

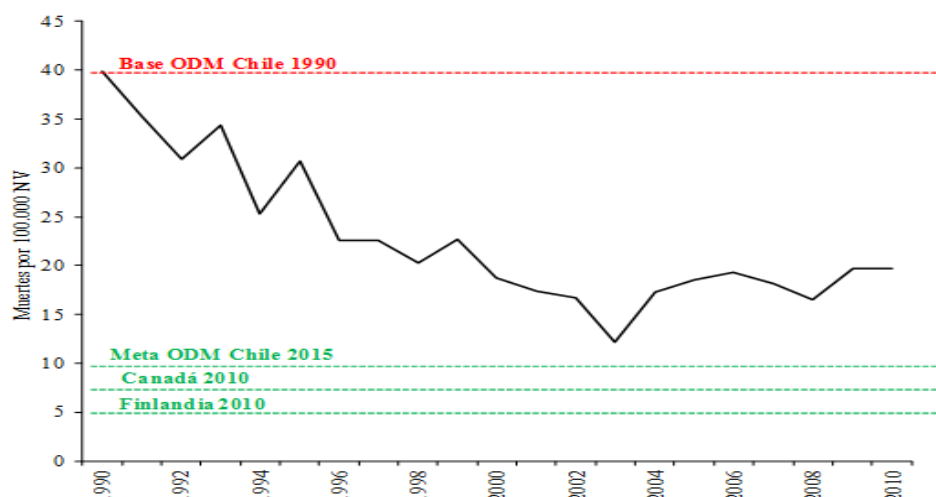
Cuadro 5.3. Mortalidad materna e infantil en regiones de Chile 2010

Región	Natalidad (*100 mil hab)	Mortalidad materna (*100 mil NV)	Mortalidad infantil (*1.000 NV.)			Mortalidad menores de 5 a (*1000 hab 0-4 a)
			Total	Neonatal	Tardía	
Arica y Parinacota	19,7	54,9	5,7	4,3	1,4	2,0
Tarapacá	17,9	17,7	6,5	4,4	2,1	1,6
Antofagasta	17,4	29,9	8,7	6,0	2,8	2,0
Atacama	18,1	0,0	7,9	6,7	1,2	2,1
Coquimbo	15,6	17,8	6,3	3,7	2,6	1,6
Valparaíso	13,5	16,8	7,4	5,0	2,4	1,7
Metropolitana	14,7	16,8	7,1	5,1	2,0	1,6
O'Higgins	14,4	15,7	7,5	4,9	2,6	1,8
Maule	14,0	14,2	8,6	6,1	2,5	2,2
Bío-Bío	13,9	7,1	7,6	5,2	2,4	1,8
Araucanía	13,8	37,4	8,9	6,0	2,9	1,9
Los Ríos	14,3	55,2	6,4	3,5	2,9	1,6
Los Lagos	14,8	16,1	7,3	4,2	3,1	1,6
Aysén	15,6	61,1	6,1	3,6	2,4	1,2
Magallanes	14,1	0,0	9,3	5,3	4,0	2,2
Chile	14,7	18,4	7,4	5,1	2,3	1,7

Fuente: DEIS-MINSAL 2012 (2)

Desde 1960, la mortalidad materna ha tenido una evolución caracterizada por una disminución continua pero de tendencia asintótica: su disminución fue más notoria hasta 1984 y desde entonces ha sido más lenta, e incluso con tendencia a la estabilidad, con un nivel relativamente bajo de ocurrencia anual. Desde 1990, en que la mortalidad materna era de 40 por cien mil NV, se alcanzó a 19% en 2010 (**figura 5.2**).

Figura 5.2 Evolución de mortalidad materna en Chile 1990 a 2010



Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud 2012 (2) y OECD STAT.

Como referencia de progreso, se indica que el nivel de mortalidad materna 2010 en países como Canadá y Finlandia son mucho menores (7.6 y 5 muertes por cien mil nacidos vivos, respectivamente). La meta chilena de cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, de mejorar la salud materna, es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. El **cuadro 5.4** presenta el nivel de los indicadores mínimos de ese objetivo en 1990 (año base), 2000, 2010 y la meta esperada para 2015.) (2,3)

Cuadro 5.4. Indicadores del Objetivo del Milenio 5 (Mejorar la salud materna) para Chile. Años 1990, 2000, 2010 y meta 2015

Indicadores Objetivo 5: Mejorar la salud materna	1990	2000	2010	Meta 2015
1. Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)	40,0	18,7	18,4	10,0
2. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado	99,2%	99,7%	99,8%	100,0%
1. Uso de métodos anticonceptivos por mujeres de edad fértil a/	31,6%	48,4%	N/D	60,0%
2. Nacidos vivos de madres menores de 19 años sobre el total de nacidos vivos	9,3%	11,4%	10,8%	8,9%

Nota: N/D – no disponible

Fuente: NU-Gobierno de Chile (2010). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe del Gobierno de Chile

Salud de los niños menores de 5 años

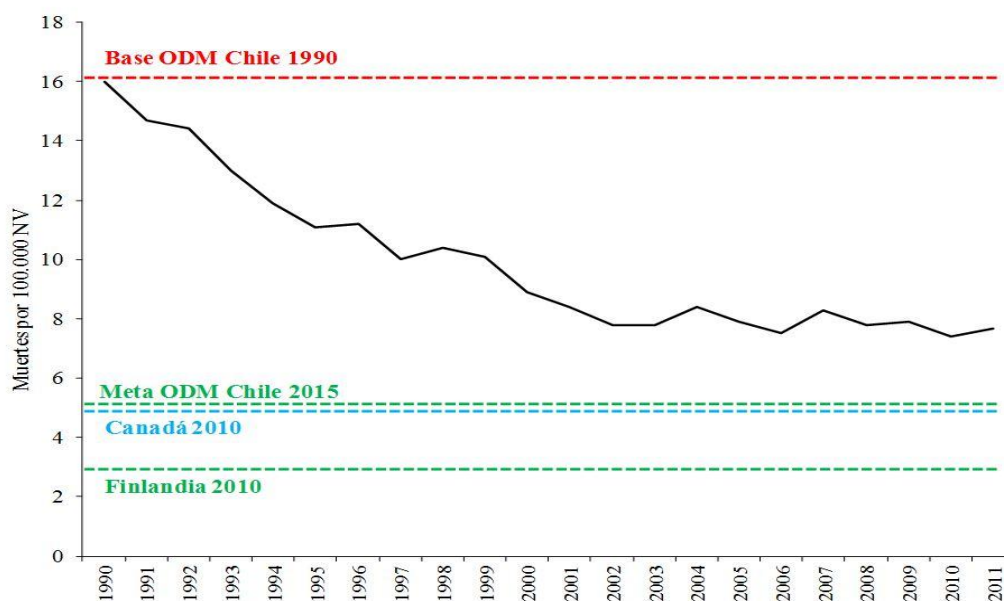
Las defunciones en menores de 1 año para 2010 fueron 1.862, con una mortalidad infantil de 7,4 por 1.000 nacidos vivos, las defunciones en el área urbana presentó una tasa de 7,1 por 1.000 nacidos vivos, frente al área rural que llegó a 10,2 por 1.000 nacidos vivos. La reducción de la mortalidad infantil ha sido a expensas de mortalidad infantil tardía. Para 2010, el 68,1% corresponde a mortalidad neonatal (5,1 por 1000 nacidos vivos); de las cuales el 77% ocurre antes de los 7 días de vida. El análisis regional de la mortalidad infantil muestra fluctuaciones que van desde 5,7 por 1.000 nacidos vivos en la Región de Arica y Parinacota hasta 9,3 por 1.000 nacidos vivos en la Región de Magallanes y la Antártica Chilena. (4)

Las principales causas específicas de muerte del menor de 1 año son: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (45,6%), Malformaciones congénitas (35,2%) y Enfermedades del sistema respiratorio (3,3%).

La mortalidad fetal para 2010 fue de 8,6 por 1.000 NV, observándose un incremento sostenido desde 1999 (tasa 4,1 por 1.000 nacidos vivos). Durante 2010 se produjo una tasa de mortalidad fetal tardía de 2,3 lo que es una reducción (importante) respecto de cifras de 1998 (tasa 4,3 por 1.000 NV), considerando que la década 1978 a 1998 se había mantenido estable. (5)

La evolución de la mortalidad infantil ha descendido sistemáticamente en Chile desde que hay registros comparables (1917) en forma de tendencia lineal hasta la década de los 80. Desde entonces su tendencia es más bien asintótica. Desde 1990, la disminución ha continuado descendiendo con menor velocidad y el nivel se ha hecho relativamente estable en la última década (**figura 5.3**). El componente de mortalidad neonatal ha seguido similar modo de evolución. Como referencia, destaca que el nivel esperado para 2015 según la meta de indicador ODM es de 5,3% y el nivel alcanzado en Canadá en 2011 fue de 4,9 muertes por 1.000 NV, mientras que en Finlandia, el nivel alcanzó a sólo 3,4 muertes por mil niños vivos para ese año. (5,6)

Figura 5.3. Evolución de mortalidad infantil en Chile 1990 a 2010



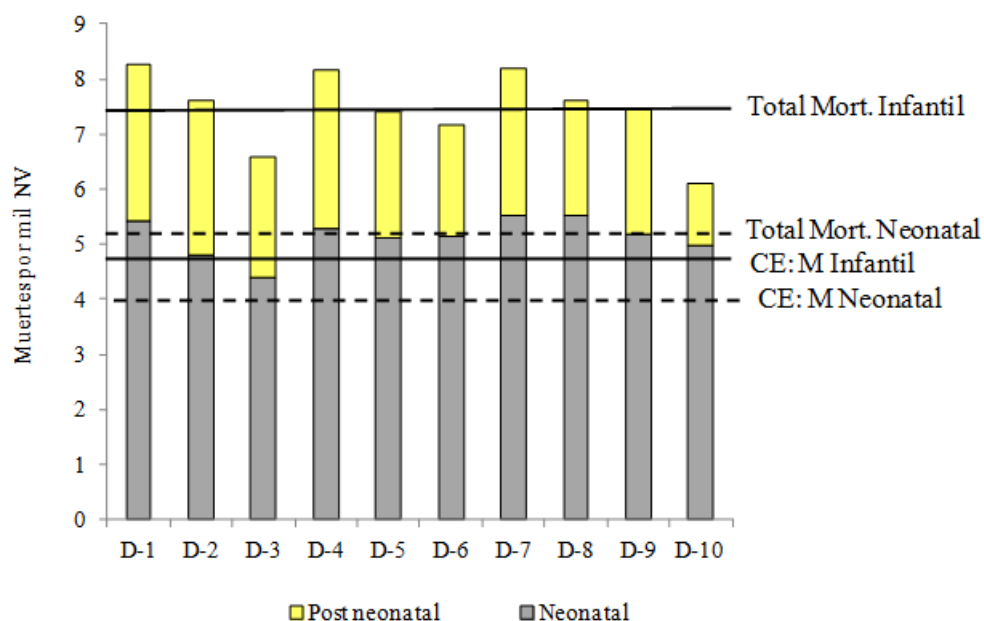
La mortalidad infantil y de niñez disminuye sistemáticamente conforme aumenta el nivel socioeconómico de las comunas (**cuadro 5.5**) El nivel registrado en las comunas elite permite estimar un nivel empírico óptimo a nivel nacional, que potencialmente permite estimar brechas (exceso de mortalidad) entre la situación actual de los grupos comunales y lo que se podrían obtener si se alcanza ese referente óptimo (**figura 5.4**).

Cuadro 5.5. Mortalidad infantil y de niñez en deciles de comunas de Chile, 2011

Grupo de Comunas	Mortlidad infantil				Mortalidad 1 a 9 a.	
	Total	Neonatal	NN precoz	post NN	1 a 4 a	5 a 9 a
Comunas Elite	4.8	4.0	2.9	0.8	0.2	0.3
Decil 10	6.1	5.0	3.9	1.1	0.2	0.2
Decil 9	7.4	5.2	4.1	2.2	0.2	0.3
Decil 8	7.6	5.5	3.8	2.1	0.2	0.3
Decil 7	8.2	5.5	4.2	2.7	0.2	0.3
Decil 6	7.2	5.2	3.9	2.0	0.2	0.4
Decil 5	7.4	5.1	3.9	2.3	0.3	0.3
Decil 4	8.1	5.3	4.2	2.9	0.2	0.3
Decil 3	6.6	4.4	3.4	2.2	0.2	0.3
Decil 2	7.6	4.8	3.8	2.8	0.3	0.4
Decil 1	8.3	5.4	4.2	2.8	0.3	0.4
Total	7.5	5.1	4.0	2.3	0.2	0.3

Fuente: elaboración propia en base a datos MINSAL y CASEN

Figura 5.4. Mortalidad infantil en deciles de comunas de Chile, 2011



Fuente: elaboración propia en base a datos MINSAL y CASEN

La mortalidad infantil es sistemáticamente mayor en sectores indígenas que en sectores no indígenas; como aproximación, la **figura 5.3** muestra la mortalidad infantil en sectores indígenas y no indígenas de algunos Servicios de Salud seleccionados que cuentan con mayor proporción de población indígena.

La mortalidad por neumonía disminuyó desde 23,9 muertes por 1.000 NV en 1990 hasta 0,16 muertes por 1000 NV en 2010. Esta reducción concuerda con la implementación del Programa de Reducción de la Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 1 año. (7)

Las causas más frecuentes de los 192 mil egresos en el año 2009, de los menores de 5 años fueron las enfermedades del sistema respiratorio (33,7%); ciertas afecciones originadas en el

periodo perinatal (22,6%); ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (9,4%); traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas (6,2%). (8)

El síndrome bronquial obstructivo es la principal causa de hospitalización y motiva entre el 23% y el 25% de las consultas de morbilidad pediátrica en Santiago.

El 5,8% de los nacimientos registrados el 2010 tuvo bajo peso (< de 2500 g.) y un 4,1% tenía peso insuficiente (<1.500g.).

La tasa de mortalidad de menores de 5 años más alta observada en el año 2010 se registraron en las regiones del Maule y de Magallanes y la Antártica alcanzando ambas con 2,2 por 1.000 niños de 0 a 4 años, la tasa más baja observada fue en la región de Aisén con tasa de 1,2 por 1.000 niños de 0 a 4 años.

La meta chilena de cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, de reducir la mortalidad infantil, es reducirla en dos tercios entre 1990 y 2015. El **cuadro 5.6** presenta el nivel de los indicadores mínimos de ese objetivo en 1990 (año base), 2000, 2010 y la meta esperada para 2015. En 2010, la tasa de mortalidad infantil había bajado a la mitad respecto al nivel estimado en 1990, alcanzando una tasa de 7,4 por mil nacidos vivos. En este período, la mortalidad en el grupo de 1 a 4 años ha tenido una disminución más notoria, alcanzando a 0,3 muertes por 1.000 NV en 2010. (3)

Cuadro 5.6. Indicadores mínimos del Objetivo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil). Años 1990, 2000, 2009 y meta 2015

Indicadores Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	1990	2000	2010	2015
1. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años (por 1.000 habitantes de la edad)	0,79	0,31	0,3	0,26
2. Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	16,0	8,9	7,4	5,3
3. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	96,8%	97,0%	94,4%	97,0% ^{b/}

Nota: N/D – no disponible

Fuente: NU-Gobierno de Chile (2010). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe del Gobierno de Chile

Salud de los niños de 5 a 9 años.

En 2010, las principales causas de muerte en el grupo de 5 a 9 años fueron las causas externas (40,9%), tumores malignos (21,8%) y anomalías congénitas (8%). Entre las causas externas específicas, destaca que 31% de causas externas fueron por accidentes de transporte y que 27% de los tumores fueron leucemias. (9)

En el año 2009, los egresos más frecuentes fueron las enfermedades del sistema respiratorio (27,5%); traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (14,4%); enfermedades del sistema digestivo (14,2%) y enfermedades infecciosas y parasitarias (7,8%). Entre las causas específicas de hospitalización se encuentra la neumonía, fractura de fémur, apéndice, diarreas y gastroenteritis de presunto origen infecciosos. (8)

Se cuenta con un programa de control de salud del niño/a sano en el establecimiento educacional para la población escolar de 5 a 9 años, programa que busca contribuir a la promoción de factores protectores de la salud y del desarrollo y también a la pesquisa oportuna de problemas de salud prevalentes en este grupo de edad.

Salud de los adolescentes (10-19 Años)

En 2010, la mortalidad en adolescentes (10 a 19 años) fue de 0,3 muertes por 1.000 habitantes y mayor en hombres (0,5 muertes por 1.000 habitantes). Las principales causas de muerte fueron las causas externas (57,3% de muertes), neoplasias malignas (12,7%) y enfermedades del sistema circulatorio (4,7%) (9). En el año 2009, las hospitalizaciones más frecuentes fueron por motivo de embarazo, puerperio y parto (33,1%), traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (12,9%), enfermedades del sistema digestivo (12,8%), y enfermedades del sistema respiratorio (6,9%). (8)

El 15,2% de nacidos vivos en 2010 fue de madres adolescentes de entre 15 y 19 años y 0,4% de adolescentes de 10 a 14 años. Entre los años 1992 y 2009, la tasa de fecundidad específica en adolescente disminuyó de 63,1 hijos a 54,3 por 1.000 adolescentes (10). En 2009, el 47,9% de los adolescentes entre 15 y 19 años reportaba haber tenido relaciones sexuales, el 21,8% del mismo grupo ha iniciado su vida sexual a una edad de 15 años o menos, el 10,4% de los activos sexualmente del rango etario 15 a 19 años ha utilizado la píldora del día después y el 17,1% ha experimentado un embarazo no deseado. (11)

La Encuesta Nacional de Salud del 2010 reveló respecto a la situación de salud de los jóvenes que un 46% fuma, 76% es sedentario, 13% tiene colesterol elevado y 38% sufre de sobrepeso u obesidad. (12)

El Ministerio de Salud ha impulsado el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes a través del Control Joven Sano, que comprende la realización de un control de salud integral a los adolescentes en el sistema público, fundamentado en que aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos, están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia. (13)

Salud de los adultos (20-64 Años)

En 2010 se produjeron 7.114 muertes en el grupo de 20 a 44 años, lo que representan al 7,3% de muertes totales del país, con una tasa de 0,4 por 1.000 habitantes (0,1 por 1.000 habitantes en mujeres y de 0,3 en hombres). La mortalidad en el grupo de 45 a 64 años alcanzó a 1,1 muertes por 1.000 habitantes (0,4 por 1.000 habitantes en mujeres y 0,7 por 1.000 habitantes en hombres), lo que corresponde al 20% de las muertes totales. (9) Las causas de mortalidad relevantes en el grupo de edad de 20 a 64 años fueron: tumores malignos (27,3%), causas externas de mortalidad (20,9%), enfermedades del sistema circulatorio (19%), cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado (8,8%) y enfermedades del sistema respiratorio (4,7%). (9)

En 2010, las principales causas de egreso hospitalario fueron: embarazo, parto y puerperio (30,3%), enfermedades del sistema digestivo (12,7%), traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (9,7%), y enfermedades del sistema genitourinario (8,1%). (8)

Salud de los Adultos Mayores (65 años y más)

En 2010, ocurrieron 30.987 muertes (31,6% de las muertes) en el grupo de 65 a 79 años de edad, representando una tasa de 32,5 muertes por 1.000 habitantes en hombres y de 19,6 muertes por 1.000 habitantes en mujeres. Las principales causas de muerte fueron tumores

(30,3%); enfermedades del sistema circulatorio (29,5%); enfermedades del sistema respiratorio (9%); y, enfermedades del sistema digestivo (7,8%). (9)

Ese año, hubo 37.083 defunciones (37,8% de las muertes) en la población de 80 años y más, representando una tasa de mortalidad en hombres de 132,1 y en mujeres de 107,6 muertes por 1.000 habitantes. Las principales causas de muerte fueron enfermedades del sistema circulatorio (36%), tumores (14,2%) y enfermedades del sistema respiratorio (15,1%). (9)

Los egresos más frecuentes en el año 2009, en personas de 65 años y más corresponden a enfermedades del sistema circulatorio (19,9%); sistema respiratorio (14,7%); sistema digestivo (12,9%) y tumores (10,2%). (8)

Las condiciones de salud crónicas presentan prevalencia más altas en los mayores de 60 años y también aumenta la prevalencia de discapacidad. La disminución de la agudeza auditiva alcanza al 66,6% de los hombres y el 49,2% de las mujeres de 60 o más años (33% requiere audífono). Hay disminución de la agudeza visual lejana (con corrección) es de un 34,5 y 44,2% para hombres y mujeres de 60 o más años respectivamente; el desdentamiento de algún maxilar es de 41,8% en los hombres de este grupo y 61,8% en las mujeres. El deterioro cognitivo confirmado (MMSE y Pfeiffer alterados) alcanza a un 8,5% en población general de 60 o más años. Tanto la disminución de agudeza visual como el desdentamiento y el deterioro cognitivo son mayores en las mujeres y especialmente en las zonas rurales. Un 7,8% de los adultos mayores presenta importante dificultad para caminar en terreno plano. (14)

Salud de los Trabajadores

La fuerza de trabajo ocupada (trimestre octubre-diciembre de 2011) se estimó en 7,5 millones de personas, lo que representa un 44% de la población total (15). En los registros de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) de 2011 figuran 362 accidentes del trabajo con desenlace fatal, 97,1% de los cuales los sufrieron hombres, la tasa nacional es de 7,04 por 100.000 trabajadores; 32% fueron accidentes de trayecto hacia el trabajo, según rama de actividad económica la tasa más alta la presenta Transporte y Minería con 29,3 y 26,6 por 100.000 trabajadores respectivamente (incluye Mutualidades e ISL, no incluye accidentes de trayecto). Según edad las personas de 35 a 44 años sufrieron más muertes por accidentes de trabajo en 2010. (16)

Desde 2000 se ha observado una tendencia a la reducción (tasa 14,12 por 100.000 trabajadores), manteniéndose la proporción en cuanto al lugar del accidente fatal. La tasa de accidentabilidad entre 2002 y 2010 bajó de 7,6 a 5,4 por accidentes del trabajo, excluyendo los accidentes de traslado. Según actividad económica la tasa más alta la presenta Transporte y Comunicación 7,8 y la más baja Minería con 2,0 por 100.000 trabajadores. Es en este rubro, donde se pierden en promedio más días por accidente llegando a 31,4 (Superintendencia de Seguridad Social 2011). El porcentaje de enfermedades profesionales registrada en 2011 fue de 0,1%, en donde el 31,7% se produce en los servicios comunales y personales, seguido de las producidas en la industria manufacturera con el 18,1%. (17)

En 2011 se perdió en promedio 15,1 días laborales por trabajador debido a accidentes lo que incluye accidentes de trabajo y accidentes de trayecto y 0,04 días por enfermedades profesionales. Los accidentes del trabajo en el 2011 alcanzaron a 277.513 en empresas afiliadas a mutualidades de empleadores (Ley 16.744). (17)

Desde 2004, ha disminuido los casos de intoxicación aguda por plaguicidas de origen laboral, de 501 trabajadores afectados en el 2004 a 195 trabajadores afectados en el 2011, con una tasa de 23,6 por 100 mil trabajadores. En el año 2011 las regiones con mayores tasas de intoxicación laboral fueron la Región de Valparaíso (32,9 por 100 mil trabajadores), Región del Maule (16,5 por 100 mil trabajadores), Metropolitana (9,8 por 100 mil trabajadores) y Del Libertador Bernardo O'Higgins (7,9 por 100 mil trabajadores) las que concentran un número importante de trabajadores de la rama económica de agricultura, caza y pesca. (18)

Actualmente en Chile existe la certificación de "Lugar de Trabajo Promotor de la Salud" inserto dentro del Programa "Elige Vivir Sano" del Ministerio de Salud que contempla mejorar los espacios físicos de las empresas, incentivar las conductas que estimulen hábitos saludables en materias de alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, como a su vez el fortalecimiento de condiciones laborales que potencien una mejor calidad de vida laboral.

Salud de pueblos indígenas

En Chile en el año 2002 ultimo año disponible, un total de 692.192 personas (4,6%) dijeron pertenecer a uno de los ocho pueblos indígenas considerados en el instrumento Censal, Alacalufe, Atacameño, Aymara, Colla, Mapuche, Quechua, Rapanui e Yámana.

La distribución de la población indígena chilena según su pertenencia étnica es muy heterogénea. Sobresale la proporción del pueblo mapuche, que corresponde a un 87,3% del total de la población indígena. Le siguen los aymara (7%) y los atacameños (3%). El resto de las etnias (Colla, rapanui, quechua, yámana y alacalufe), suman en conjunto un 2,7%.

En la población indígena las mujeres representan el 49,6% y los hombres el 50,5%. Esta proporción entre mujeres y hombres, presenta diferencias entre las distintas etnias, el índice de masculinidad promedio es de 101,6. Según etnia los índices de masculinidad que caracterizan a los pueblos alacalufe (118,7), colla (111,6), yámana (108,3), atacameño (106,8) y mapuche (101,6). La población indígena por regiones, para el año 2002, presentaba una mayor concentración en las regiones de la Araucanía (29,5%), Metropolitana (27,7%), de Los Lagos (14,7%), del Biobío (7,8%) y de Tarapacá (7,1%). Las regiones de Coquimbo, de Atacama y del Maule son las que tienen menos presencia indígena.

Los indígenas de todas las etnias tienen en promedio más hijos que la estructura nacional. La tasa global de fecundidad para los pueblos son: Rapanui 2,6; Aymara 2,4; Yámana 2,4; Mapuche 2,3; Quechua 2,3; Alacalufe 2,2; Colla 2,2 y Atacameño 2.

De entre los grupos indígenas que dijeron tener alguna discapacidad, alacalufe y yámana son quienes presentan la mayor proporción (ambos 6%). En los primeros, la ceguera es la que presenta mayor prevalencia, en cambio en los yámana es la discapacidad mental. De manera contraria, los aymara son quienes ostentan la más baja proporción de personas con discapacidad (2,4%), siendo la afección de lisiados/parálisis la que presenta mayor prevalencia (379 personas).

Entre los menores de 19 años la discapacidad mental es la que aparece con mayor frecuencia (49,6%), seguido de lisiado/parálisis (23,2%), en cambio, en los grupos de edades más avanzadas (65 y más años), destacan aquellas más asociadas a la edad como la sordera y la ceguera, las que en conjunto suman 55,3%. Es importante destacar que en todos los grupos de edad hay mayor número de hombres que de mujeres con alguna discapacidad. La información por zona urbano-rural no evidencia diferencias importantes (50,3% y 49,7%,

respectivamente). En el ámbito rural, tanto más se incrementa la edad mayor es la proporción de discapacitados. En las zonas urbanas esta distribución se muestra más homogénea. (19)

Salud de las personas con discapacidad

En el año 2009 en Chile el 7,6% de la población presenta al menos una discapacidad, que el 21,5% de los hogares tiene a alguno de sus miembros con alguna discapacidad, y que en el 11,9% de los hogares quién tiene alguna discapacidad es el jefe de hogar.

El 90,1% de las personas con discapacidad tiene sólo una discapacidad, mientras que el 7,6% de las personas con discapacidad tiene dos discapacidades y el 2,3% tiene 3 discapacidades. La prevalencia de discapacidades es mayor entre las personas de más edad, el 42,8% de las personas de 81 años y más tiene al menos una discapacidad y el 12,1% para las personas entre 51 y 60 años. En el caso de los niños/as de entre 0 y 5 años, sólo el 1,1% presenta alguna discapacidad, porcentaje que alcanza al 2,7% para los niños/as entre 6 y 17 años.

Las discapacidades más frecuentes corresponden a dificultad físico y/o de movilidad (35,2%), ceguera o dificultad visual aún usando lentes (32,7%), y sordera o dificultad auditiva aún usando audífono (13,6%). El 59,4% de las personas que declaran ceguera o dificultad visual, el 59,6% de quienes declaran dificultad psíquica y/o psiquiátrica y el 55,3% de quienes declaran dificultad física y/o de movilidad, son mujeres; mientras que el 57,2% de las personas que declaran mudéz o dificultad en el habla y el 53,2% de quienes declara dificultad mental o intelectual son hombres. El 21,6% de la discapacidad declarada está presente desde el nacimiento.

El 12,2% de las personas de los hogares del decil de menores ingresos presenta alguna discapacidad, mientras que en el decil de mayor ingreso, sólo es el 4,5%. El 66,9% de los discapacitados son autovalentes, el 19,0% tiene una dependencia leve el 4,8% presenta una dependencia grave o está postrada. (20)

En los últimos años el Ministerio de Salud ha avanzado en cambiar el enfoque biomédico por el biosicosocial (BSS) en materia de valoración de la discapacidad, creando el Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC) en base al Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para la valoración y certificación, el cual es congruente con el enfoque de rehabilitación y la visión del sistema de protección social en construcción. (21)

Principales problemas de salud

Enfermedades transmisibles

Chile cuenta con una evolución histórica bastante positiva en el control de enfermedades transmisibles. Se ha logrado eliminar la incidencia de malaria, rabia humana transmitida por el perro (salvo un caso en 2013), fiebre amarilla. La tuberculosis está en general bajo relativo control, aunque hay mayor carga de morbilidad en grupos de población más pobres y socialmente más vulnerables.

La incidencia de las enfermedades transmisibles afectas a notificación obligatoria se basa en los registros, que probablemente no tienen la misma calidad y grado de registro en las diversas Regiones. Cuando las Regiones se ordenan en forma estratificada según nivel socioeconómico (IDSE), no es posible apreciar variaciones regionales que sean sistemáticas respecto a enfermedades relevantes, como tifoidea y paratifoidea, hepatitis A, tuberculosis, sífilis y VIH/SIDA (**cuadro 5.7**). (6)

Cuadro 5.7. Incidencia anual de enfermedades transmisibles seleccionadas en Regiones de Chile, período 2011 y 2012.

Región	IDSE	F. Tifoidea y Paratíf. (*100 mil h)	Hepatitis A (*100 mil h)	Tuberculosis (*100 mil h)	Sífilis (*100 mil h)	VIH/SIDA (*100 mil h)
Metropolitana	0.748	1.0	1.5	12.8	21.2	56.2
Antofagasta	0.726	1.0	1.6	12.6	43.2	55.6
Magallanes	0.715	0.6	0.9	17.5	20.4	26.7
Arica y Parinacota	0.694	1.7	66.4	41.1	68.9	139.3
Valparaíso	0.683	0.4	1.6	11.6	43.4	51.2
Tarapacá	0.679	0.6	35.3	32.8	77.5	73.6
Atacama	0.662	0.2	1.2	10.9	30.0	41.6
Aysén	0.656	1.4	0.0	11.7	16.8	21.4
Coquimbo	0.632	1.3	1.4	10.7	30.1	38.8
O'Higgins	0.622	0.4	1.8	10.5	19.2	30.8
Bio Bio	0.610	2.3	1.4	15.5	14.6	32.3
Los Lagos	0.597	0.4	0.2	15.2	19.2	47.7
Maule	0.577	0.5	1.1	8.7	9.1	27.8
Los Ríos	0.564	0.9	0.1	15.7	7.7	43.0
Araucanía	0.510	0.3	1.1	11.5	11.0	27.0
Chile	0.675	1.0	2.7	13.4	23.9	47.2

Fuente: MINSAL (DEIS), 2012 (6)

Enfermedades transmitidas por vectores

Dengue. En 2000 se pesquisó la presencia del vector del Dengue en Isla de Pascua. En marzo de 2002 hubo un brote de dengue autóctono en Isla de Pascua, y luego no se registraron casos hasta el 2006. Entre 2006 y 2008, hubo 53 casos confirmados como Dengue clásico, 28 casos confirmados en 2008, y un caso el 2011. En el año 2012 se confirmaron 34 casos de Dengue importado.

Malaria, Fiebre Amarilla, Peste y Esquistosomiasis. No se han reportado casos autóctonos de malaria desde 1945. Existen focos actuales de vectores Anophelinos en las dos Regiones del extremo norte del país: en el valle de Yuta (Arica) y Quebrada de Tarapacá (Iquique), I Región, aunque no se ha detectado Plasmodium.

Chagas. Se estima que la enfermedad de Chagas afecta a cerca de 120.000 personas en el país, con una prevalencia estimada de 0,7% (ENS 2009-2010). Es una endemia que se extiende desde la I a la VI regiones, incluyendo la Región Metropolitana. La notificación anual de casos ha aumentado de 433 casos en el año 2007 a 1992 casos en el año 2011 (25). Desde 1992 se ha observado una estabilización en la tasa de mortalidad (0,3 por 100.000), con un promedio de 52 muertes anuales, el 80% de ellas por cardiopatía y el resto, por otros tipos de visceromegalia. La Encuesta Nacional de Salud de 2009-2010 reportó una prevalencia de 0,7%. (26)

Enfermedades prevenibles por vacunación.

Se ha logrado la erradicación nacional de la viruela en 1950, de la Poliomiелitis en 1975 y la eliminación del Sarampión (casos autóctonos) desde 1992. La incorporación progresiva de vacunas desde los 60s fue fortalecida por la implementación del Programa Nacional Ampliado de Inmunizaciones (PNI), de gran cobertura nacional, que ha contribuido a fortalecer la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles. La población objetivo incluye especialmente a los recién nacidos y niños del país y los adultos mayores (65 y más años de edad), y está periódicamente actualizándose de acuerdo a requerimiento y avance de nuevas vacunas o combinaciones de ellas. En 2010, se administró 1,9 millones de dosis a menores de un año, en que el esquema contemplaba BCG, Pentavalente (primera, segunda y tercera dosis), Anti Polio (primera, segunda y tercera dosis), Trivírica (primera dosis) y Neumocócica Conjugada (primera, segunda, tercera dosis y primer refuerzo).

Sarampión. No se han presentado casos autóctonos de sarampión en Chile desde 1993. En la última década han ocurrido importación de casos aislados el 2003 (genotipo H1), 2009 (genotipo D4) y 2011 (genotipos D4 y D9) con 3 importaciones y 6 casos confirmados en ese año, sin transmisión comunitaria. Según la Comisión Nacional de Expertos que evaluó la “Documentación para la Verificación de la Eliminación de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en Chile” (OPS-MINSAL 2011), se considera que en el país se puede certificar la eliminación de la circulación del virus sarampión autóctono. A nivel nacional la vacuna Trivírica del año de edad ha tenido coberturas entre 86 y 92% en el período 2005-2010. Por su parte, la vacunación escolar (6 años), a nivel nacional ha tenido cobertura de un 83% en los últimos tres años. (27)

Rubéola. Entre marzo de 2007 y febrero de 2008 se presentó una epidemia con más de cuatro mil casos confirmados y una extensión nacional, aislándose el genotipo 2B, el 96% de los

afectados fueron hombres con edades entre 8 meses y 74 años. En julio de 2008 se observó el primer caso de importación post epidemia desde Argentina y en 2011 se presentó otro caso importado desde India (genotipo 2B). Como consecuencia de la epidemia de rubéola que afectó al país (2007), se confirmaron 3 nuevos casos de Síndrome de Rubéola Congénita en el 2008, distribuidos en la Región Metropolitana (2 casos) y en Bío Bío (1 caso). El país se ha mantenido por más de 3 años sin casos autóctonos de rubéola, por lo que Chile está cumpliendo las condiciones para la certificación de la eliminación. (27)

Tétanos. Se presenta de forma esporádica, con un rango entre 7 y 17 casos en los últimos 14 años, con tasas de incidencia entre 0,04 y 0,12. Para el año 2005 se registraron 9 casos (tasa 0,06 por 100 mil habitantes). Desde 2008 no se presentaban casos de tétanos neonatal pero se reportaron 2 casos en 2011. (28)

Hepatitis B. En la ENS de 2003 se encontró una prevalencia de portación del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B de 0,1% en población mayor de 17 años. Actualmente, se realiza vacunación de grupos de riesgo: personal de salud y pacientes en programa de hemodiálisis crónica. La vacuna contra la hepatitis B ya se encuentra incluida en la vacuna pentavalente. A partir del año 2005, se observa una tendencia sostenida al alza en las tasas de notificación de Hepatitis B, especialmente marcada entre los años 2008 y 2010, y luego una estabilización en 2011. Durante el 2011, el total de casos notificados fue de 1.084, con una tasa de 6,3 por 100 mil habitantes. Este aumento en las notificaciones, se debe principalmente al refuerzo de la vigilancia epidemiológica de Hepatitis B y al cambio de la Circular de esta enfermedad en 2009.

Difteria. En 1996 se registró el último caso de esta enfermedad en el país. El sistema de vigilancia epidemiológica pesquiza alrededor de un caso sospechoso al año, que luego han sido descartados. (30)

Tos Ferina. Se registró una tasa de 4 casos por 100 mil habitantes el 2009. Afecta principalmente a los menores de 5 años (79,7% de los casos). Desde fines de 2010 ha existido un aumento en los casos notificados. Las regiones del Biobío y Metropolitana presentan las tasas de incidencia más altas (36,7 y 13,9 por 100 mil habitantes respectivamente) (31). En este contexto, se implementó una estrategia de vacunación ("capullo"), a través de la vacunación de la madre y el entorno directo, en la Región del Biobío fines de 2011), y Regiones Metropolitana, Valparaíso y O'Higgins (marzo de 2012). Se notificó 2.582 casos en 2011 y 1.246 casos en 2012.

Poliomielitis. En 1975, se registró el último caso de Polio a virus salvaje (tercer país del mundo en lograr la eliminación de la poliomyelitis). En 2011, se notificaron 89 casos sospechosos (con parálisis flácida aguda) en menores de 15 años, que fueron descartados. (32)

Parotiditis. A partir de 1991, la tasa anual comenzó un descenso paulatino en relación con la inclusión de la vacunación Trivárica. En 2012, se notificó 876 casos (tasa de 5,0 casos por 100.000 habitantes). Las tasas de incidencia más altas se encuentran en las regiones de Arica y Parinacota (16,4 por 100.000 habitantes), Tarapacá (14,6 por 100.000 habitantes) y Atacama (11,7 por 100.000 habitantes). (33)

Haemophilus Influenzae (Hib). En 2006 se introdujo la vacuna conjugada que se aplica a los 2, 4 y 6 meses de edad. En 2006, la tasa de incidencia fue de 1,5 casos por 100.000 menores de 5 años, y luego la tasa de notificación anual fluctúa entre 0,5 y 1,5 casos por 100.000 habitantes. (34)

Influenza. Tiende a ser una enfermedad emergente, por la mutabilidad del virus. Su mortalidad se asocia a su presentación epidémica cada 3 a 4 años. La enfermedad tipo influenza en 2011 presentó tasas de 11,8 y 10,2 por 100.000 habitantes en semanas de brote. (35) En 2012, la tasa acumulada fue de 320 por 100.000 habitantes, siendo más frecuente en el grupo de 15 a 64 años.

Zoonosis

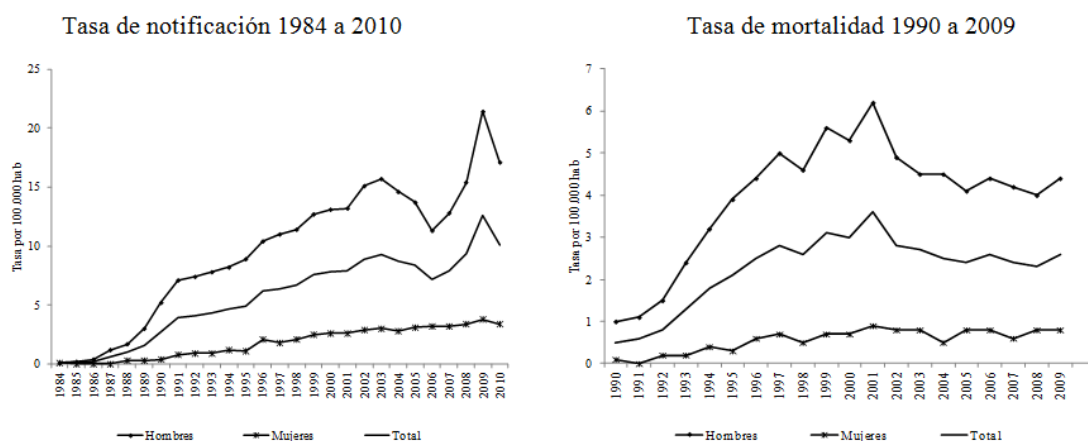
Rabia humana. Chile había estado libre de rabia canina entre 1972 y 1996, en que se registró un caso aislado de rabia en humano, y luego en 2013 se presentó otro caso de rabia humana, que afortunadamente sobrevivió luego de varios meses de gravedad casi mortal.

Equinococosis/Hidatidosis. Es endémica en el país, en especial en zonas rurales con pastoreo ovino. En el año 2011 se notificaron 242 casos (1,4 por 100.000 habitantes, similar al año 2010). La mitad (52%) de los casos correspondieron a equinococosis de hígado, 27,7% de pulmón y 20,3% de otros órganos o no especificados. La mayor tasa de incidencia se observa en la Región de Aisén, con 26,5 por 100.000 habitantes. (37)

VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

VIH/SIDA. La tasa de casos notificados de SIDA como de VIH aumentó entre 1984 y 2010, con oscilaciones entre 2006 y 2010 (**figura 5.6**). En 2011, se registró 9,6 casos de VIH y 6 casos de Sida por 100 mil habitantes. La mayor prevalencia se encuentra en adultos entre 20 y 49 años, especialmente entre 30 y 39 años y en hombres. La razón hombre/mujer de VIH es 4,4 hombres por mujer y en SIDA es 5,8 hombres por mujer. Las regiones con tasa más alta son Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso y la Región Metropolitana. (38)

Figura 5.6. Tasa de notificación anual de casos de VIH/SIDA y de mortalidad por VIH/SIDA, periodo 1984 a 2010 en Chile



Fuente: MINSAL, Departamento de Epidemiología, 2011

La principal vía de transmisión del es la sexual, representando un 99%, en el quinquenio 2007-2011; mientras que la condición sexual mayormente declarada es la homo y bisexualidad concentrando el 59% de los casos. De los casos de VIH y Sida diagnosticados entre 1987 y 2011, el 55,6% estaba en etapa de portador VIH, mientras que el 44,4% ya estaba en etapa de SIDA. Desde 1990 se registran muertes por SIDA en Chile, 87% de las cuales ocurren en hombres. La tasa de mortalidad por SIDA, experimentó un aumento progresivo hasta el 2001, en que alcanzó a 3,6 muertes por cien mil habitantes. Desde 2004, la mortalidad por SIDA ha

mostrado una relativa estabilización, alcanzando a 2,5 por 100 mil habitantes en 2010. (38) En 2010 se notificó 1762 casos nuevos, y 2713 casos en 2011 (**figura 5.6**). (38)

Entre las Regiones con más alto de notificación de VIH/SIDA se encuentran Arica y Tarapacá, en el extremo Norte del país. El perfil de variaciones entre Regiones no es sistemático respecto a algún factor. La alta incidencia de esta enfermedad en el norte del país continúa en estudio (**cuadro 5.8**)

Cuadro 5.8. Notificación de casos y tasa de notificación de VIH/SIDA en Regiones de Chile, quinquenio 2006 a 2010.

Región	Etapa VIH		Etapa SIDA		Total	
	n	tasa *	n	tasa *	n	tasa
Arica y Parinacota	157	83.8	104	55.5	261	139.3
Tarapaca	137	45.6	84	28.0	221	73.6
Antofagasta	207	36.9	105	18.7	312	55.6
Atacama	70	25.3	45	16.3	115	41.6
Coquimbo	155	22.2	116	16.6	271	38.8
Valparaíso	421	24.5	459	26.7	880	51.2
Metropolitana	2312	34.3	1476	21.9	3788	56.2
O'Higgins	131	15.1	136	15.7	267	30.8
Maule	146	14.7	130	13.1	276	27.8
Bío-Bío	351	17.5	297	14.8	648	32.3
Araucanía	130	13.6	128	13.4	258	27.0
Los Ríos	95	25.2	67	17.8	162	43.0
Los Lagos	247	30.3	142	17.4	389	47.7
Aisén	22	21.4	0	0.0	22	21.4
Magallanes	34	21.6	8	5.1	42	26.7
Total	4615	27.5	3.297	19.7	4618	47.2

Nota: Tasa de notificación por 100.000 habitantes. Etapa al momento de notificación
Fuente: MINSAL, Dep. Epidemiología (2011)

Sífilis. En el período 2004 - 2010, se observa una relativa estabilización de las tasas siendo inferiores a 20,0 por cien mil habitantes, observándose la incidencia más baja en el año 2005, (17,4 por cien mil habitantes). Durante el 2011 se presenta un ascenso notificándose 3.548 casos, con incidencia de 20,6 casos por 100 mil habitantes (39).

Gonorreya. Se notificó 1.426 casos en 2011 (8,3 casos por 100.000 habitantes). El 88% son hombres. El 82% de los casos se encuentra entre los 15 a los 39 años de edad, las mayores tasas se presentan en el grupo de edad de 20 a 29 años con 23,9 casos por 100.000 habitantes. Las mayores tasas de incidencias se presentan en las regiones de Aisén (37,8 por 100.000 habitantes), Tarapacá (30,8 por 100.000 habitantes) y Los Lagos (22,1 por 100.000 habitantes). (40)

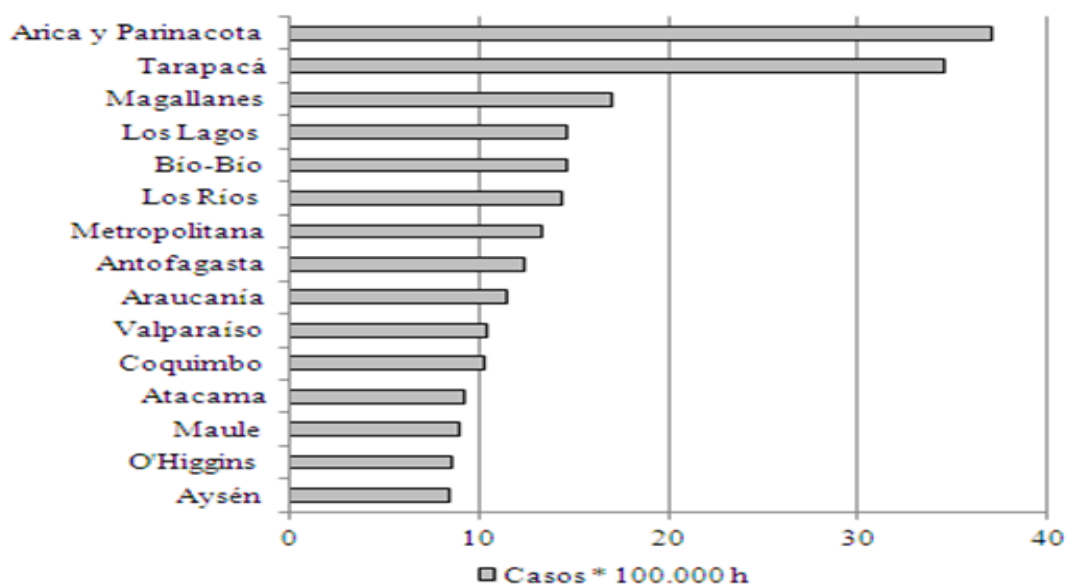
Infección por Papiloma Virus. El año 2009 fallecieron 646 mujeres por cáncer de cuello uterino, con una tasa de mortalidad de 7,5 defunciones por 100.000 mujeres.. La tasa observada de mortalidad entre los años 1987 y 2009 en mujeres entre 25 y 64 años descendió un 57,3%. El 49,3% de las muertes se produce en mujeres entre 35 y 64 años, en 2008 se registró alrededor de mil casos nuevos. El 68,3% se diagnostica en etapas precoces (etapa I y II) y el 7,7% en etapa IV (información reportada por el sistema público de salud). (41)

Tuberculosis.

En 2011 se registró 300 muertes asociadas a tuberculosis, representando una tasa de mortalidad específica por tuberculosis de 1,3 por 100.000 habitantes. (42) En 2011, la mayor tasa de TBC se registró en la Región de Arica y Parinacota (37,1 casos por 100.000 habitantes) (**figura 5.7**). Entre 2001 y 2010, la incidencia de tuberculosis disminuyó de 13,8 a 12,9 casos

por 100.000 habitantes. El Programa Nacional del Control de la Tuberculosis, implementado en 1973, ha contribuido a la sostenida reducción y control de la tuberculosis, y desde 2000 se considera que el país está en el umbral de la fase de eliminación de la tuberculosis (tasa de incidencia de menos de 20 casos por 100.000 habitantes).

Figura 5.7. Incidencia anual de tuberculosis en Regiones de Chile, 2011



Fuente: Ministerio de Salud, 2013

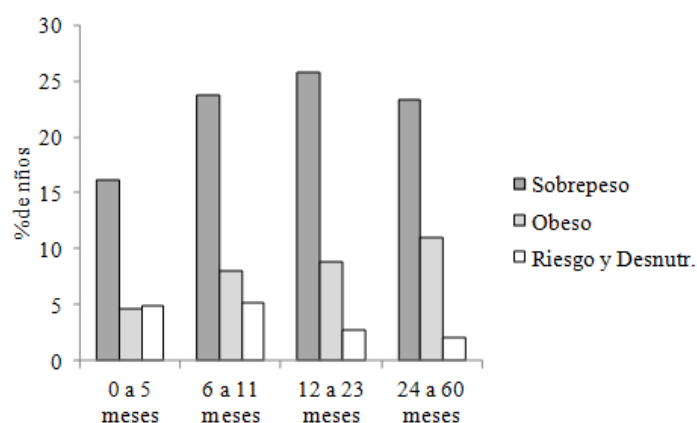
En 1990, la tasa de incidencia de tuberculosis era de 41,3 casos por 100.000 habitantes, disminuyó a 17,9 en 2000, a 12,9 en 2010 y según el Objetivo del Milenio correspondiente, se plantea alcanzar a sólo 7,5 casos por 100.000 habitantes en 2015 (**cuadro 5.9**). El Programa Nacional del Control de la Tuberculosis, implementado en 1973, ha contribuido a la sostenida reducción y control de la tuberculosis, y desde 2000 se considera que el país está en el umbral de la fase de eliminación de la tuberculosis (tasa de incidencia de menos de 20 casos por 100.000 habitantes). De acuerdo a parámetros internacionales, la incidencia anual de tuberculosis en Chile está entre la tasa umbral de eliminación (incidencia bajo 20 casos por 100.000 hab.) y más cerca de la fase de eliminación avanzada (bajo 10 casos anuales por 100.000 habitantes) (**figura 5.8**). Desde 1990, la proporción de casos de TBC detectados y curados con el tratamiento acortado, directamente supervisado ha sido relativamente estable, en alrededor de 81 a 82%. La meta de ODM 2015 es alcanzar a 95% en el 2015. (3,9,35)

Cuadro 5.9. Tasa de morbilidad y mortalidad por tuberculosis en Chile, 1990 a 2011

Años	Incidencia (casos * 100.000 h)	Prevalencia (casos * 100.000 h)	Mortalidad (muertes * 100.000 h)
1990	42	94	6.8
1991	37	77	5.9
1992	35	76	5.0
1993	30	63	4.4
1994	27	54	3.9
1995	26	55	3.4
1996	26	55	3.1
1997	24	49	2.9
1998	22	46	2.7
1999	20	43	2.5
2000	18	36	2.3
2001	18	38	2.1
2002	18	28	2.0
2003	17	24	1.9
2004	16	32	1.8
2005	14	28	1.7
2006	14	28	1.6
2007	14	27	1.5
2008	14	27	1.5
2009	13	26	1.4
2010	13	25	1.4
2011	13	...	1.3

Fuente: Incidencia (MINSAL 2012); Prevalencia y mortalidad (CEPALSTAT ,2013)

Figura 5.8 Prevalencia de sobrepeso, obesidad y riesgo y desnutrición en niños menores de 6 años según edad, bajo control en el SNSS, diciembre de 2011.



Fuente: Compendio Estadístico 2013, INE

Las infecciones respiratorias agudas tienen una evolución estacional de claro predominio invernal, época en que se pueden transformar en un serio problema de salud pública, con impacto en enfermedad, requerimiento de importante atención asistencial (que incluso puede tender a ser sobrepasada y postergar otro tipo de atención) y muertes. Su etiología es principalmente viral (como el virus sincicial respiratorio, influenza y parainfluenza) o bacteriana (como estreptococos o estafilococos). Entre otras complicaciones, las infecciones respiratorias agudas provocan el síndrome bronquial obstructivo, especialmente en niños. También cobra importancia la neumonitis y la neumonía, que es más seria en adultos mayores y en personas de condición vulnerable de salud. En 2008, la mortalidad por esta causa fue de 28,6 muertes por 100.000 menores de un año y 201,6 muertes por 100.000 adultos mayores de 65 años y más.

Enfermedades emergentes

Cólera y Diarrea. Reapareció en Chile en abril de 1991 (después de 84 años), notificándose 147 casos hasta 1994. En diciembre de 1998 se presentó un brote en la localidad de San Pedro de Atacama (II Región) afectando a 23 personas. En julio de 2011 se confirmó un caso importado de cólera desde República Dominicana, desde entonces no se han confirmado nuevos casos. Durante el año 2013, se han notificado dos casos importados de cólera, en viajeros chilenos provenientes de Cuba.

Hantavirus. Desde los primeros casos esporádicos detectados en 1995, esta enfermedad ha progresado a una presentación endémica, con brotes estacionales (70% entre noviembre y abril) y localizados en algunas regiones del país. En el año 2011 se registraron 60 casos confirmados de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), cifra por sobre lo esperado según la mediana acumulada del quinquenio anterior (40 casos), la tasa de incidencia acumulada (2006-2011) fue de 0,35. (44)

Pandemia de influenza AH1N1. Durante el 2009 se notificaron 368.118 casos ambulatorios como compatibles o sospechosos de influenza pandémica. De ellos, 12.302 fueron confirmados como Influenza Pandémica H1N1 y se hospitalizaron 1.876 casos (15,2% de los casos). Se entregó 634.450 tratamientos antivirales gratuitos en el sector público y privado. Entre los casos confirmados, 1.622 presentaron una IRA grave, con una mediana de edad de 32 años. El 53% de los casos tenía el antecedente de enfermedad crónica. Entre los casos de Influenza Pandémica hubo 150 muertes clasificadas como asociadas a influenza pandémica. La edad promedio de muertes fue de 44 años y el 70,6% tenían alguna enfermedad de base. El 52,5% fue en hombres, y la media de edad fue de 44 años, con un rango entre sólo 4 meses y 89 años de edad. El promedio de días transcurridos entre inicio de síntomas y fecha de muerte fue de 14 días, con un rango entre 0 y 67 días. La actividad de influenza pandémica alcanzó su nivel máximo entre las semanas 26 y 28 de 2009; a partir de la semana 30 se mantuvo en niveles bajos. Entre los virus de Influenza A que circularon durante el 2009 en Chile, el 99% correspondió a Virus Influenza A (H1N1) Pandémico 2009. (45)

Enfermedades Cardiovasculares. Representan la principal causa de muerte con 27.158 defunciones en 2010, lo que representa el 27,7% del total de las muertes de ese año, la tasa de mortalidad llegó a 158,9 por 100.000 habitantes valor que es superior al del año anterior 146,7 por 100.000 habitantes. (46)

Los componentes de la mortalidad cardiovascular son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares que en conjunto representan el 65,5% del total de las defunciones del grupo. La tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas disminuyó de 49,9 a 45,6 muertes por 100.000 habitantes entre 2000 y 2010. En ese periodo, la tasa de mortalidad por enfermedades cerebro vasculares aumentó de 48,4 a 52 muertes por 100.000 habitantes. Las tasas de egresos hospitalarios en 2009 por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedades cerebro vasculares son 133,4 y 154,0 egresos por 100.000 habitantes, respectivamente. (8)

En el año 2011 la población en control en SNSS en PSCV alcanza a un total de 1.829.771, de las cuales más del 50% son mayores de 55 años, en este grupo el 18,1% tiene una clasificación de riesgo cardiovascular muy alto, el 17,9% riesgo cardiovascular bajo y el 63,8% moderado y alto. El 83,3% son hipertensos, 31,9% son diabéticos, el 39% son dislipidémicos, el 12% es fumador y el 34,4% tiene obesidad. (47)

Hipertensión

Se estima que la prevalencia real de hipertensión debería ser cercana al 26% (post confirmación diagnóstica). En 2010 el 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada (promedio de tres mediciones mayores a 140 mm Hg sistólica, o mayores a 90 mm Hg diastólica, o normotenso pero en tratamiento farmacológico), con mayor prevalencia en hombres que en mujeres (28,7% y 25,3% respectivamente). También se observa un aumento progresivo de la prevalencia según la edad, siendo de 2,6% en el grupo de 15 a 24 años y 74,6% en el grupo de 65 y más años. Por nivel educacional el estrato bajo concentra el 51,1% (**Figura 4.3**). (52)

Los egresos por hipertensión alcanzaron a 6.778 en el año 2009 (8) y hubo 3.976 defunciones en el año 2010, lo que representa una tasa de 23,3 por 100.000 habitantes, muy superior a la registrada en el año 2000 de 14,9 por 100.000 habitantes, la tasa más alta es la femenina en 2010 alcanzó 27,3 por 100.000 mujeres (22). La población en control en SNSS por hipertensión alcanza a 1.523.543 en el año 2011 que representa el 83,2% de las personas del programa de salud cardiovascular. (47)

Neoplasias Malignas

En el año 2010, el cáncer provocó el 23,6% de las defunciones, constituyendo la segunda causa de muerte en el país, con 23.136 muertes y una tasa de 135,3 muertes por 100.000 habitantes. Se producen 117.860 egresos hospitalarios en el año 2009, mayoritariamente mujeres (61,9%) y de edad entre 45-64 años (37,3%). En 2010, hubo 3.316 muertes por cáncer de estómago (19,4 muertes por 100.000 habitantes) y 2.674 por cáncer de pulmón (15,6 muertes por 100.000 habitantes). En el hombre, las causas más frecuentes son cáncer de estómago y tráquea, bronquios y pulmón (26,6 y 20 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente). En la mujer, las primeras causas son cáncer de mama, vesícula y estómago (15; 14,4 y 12,4 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente). (8,46).

El Ministerio de Salud está impulsando la creación de registros hospitalarios en establecimientos de salud como fuente de los registros poblacionales de cáncer, para responder a las necesidades de gestión y administración del hospital, del programa de cáncer y de cada paciente (48).

Cáncer de cuello de útero. La mortalidad por cáncer cérvicouterino, ajustada por edad, disminuyó en 37% entre 1999 y 2008. La tasa de mortalidad en 2010 fue de 7,6 por 100.000 mujeres, cifra inferior a la del año 2000 que alcanzó tasa de 8,8 por 100.000 mujeres. En el año 2009 se produjeron 3.023 egresos hospitalarios.

En 2011 los PAP realizados de población en control en SNSS fueron 1.043.078 de los cuales el 7% presentó resultado positivo, el grupo de menores de 39 años concentran el 52% de los resultados positivos. La población femenina en control con PAP vigente (últimos 3 años) en 2011 alcanza a 2.065.113 mujeres. (49,50)

Cáncer de mama. Entre 1990 y 2008, la tasa ajustada de mortalidad se redujo en 14,4%. El 2010 el cáncer de mama causó 15,7 muertes por 100.000 mujeres. El 90,6% de las defunciones se produce después de los 45 años de edad, alcanzando una tasa de 41,8 por 100.000 mujeres en ese grupo. La mortalidad masculina por este cáncer en el mismo año llegó al 0,2 por 100.000 hombres. En el año 2009 los egresos hospitalarios por esta causa fueron de 7.616 mujeres y 72 hombres. El diagnóstico del cáncer de mama en etapas más precoces (in situ, I y II) ha aumentado de 42,9 a 69,4% entre los años 1999 y el 2009. Así mismo, se observa una reducción de 74,4% en los casos diagnosticados en etapa IV en el mismo período (20,7 a 5,3%).

En 2011, el número de mujeres en control en SNSS con examen físico de mama realizado en los últimos tres años, alcanzó a 1,8 millones y el número de mujeres con mamografía realizada en los últimos tres años alcanzó a 419 mil. (51)

Diabetes mellitus.

Entre 2000 y 2010, la mortalidad atribuida a esta causa aumentó desde 16,2 a 21,6 muertes por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad es mayor en mujeres (22,1 muertes por 100 mil habitantes). Los egresos por esta causa en el año 2009 fueron 19.958 en total, especialmente en personas de más de 65 años (44,3%) y hombres (53,9%) (8, 22). La prevalencia estimada de diabetes aumentó de 6,3% en 2003 a 9,4% en 2010 en la población mayor a 15 años. La prevalencia aumenta con la edad: 0,4% en el rango de 15-24 años, 3,8% en los de 25-44 años, 16,9% en los de 45-64 años y 25,8% en los de 65 y más años. No se observan diferencias significativas entre sexos ni por distribución urbano-rural. La prevalencia estimada de diabetes en adultos hombres de 60 o más años es de 22,7% y de mujeres es 18,6%. La prevalencia de diabetes es significativamente mayor en la población con menos de 8 años de estudios (52).

Enfermedades crónicas de vías respiratorias

Las enfermedades respiratorias crónicas causan 5,7% del total de muertes. En 2000, se registró 15,1 muertes por esta causa, por 100.000 habitantes en 2008 alcanzó a 14,0 muertes por 100.000 habitantes. Las consultas ambulatorias más frecuentes por patologías respiratorias crónicas son el asma bronquial en todas las edades, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los mayores de 45 años, y el síndrome bronquial obstructivo recurrente en menores de 5 años. Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 el 21,7% de la población chilena presenta sintomatología consistente enfermedad pulmonar respiratoria

crónica. La prevalencia aumenta con la edad y es igual entre los sexos, y es mayor en los grupos con menor nivel socioeconómico (27% en el de menor nivel y 7,9% en el de mayor nivel). Las regiones con mayor prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas son la de Antofagasta, del Biobío y Atacama. (52)

Enfermedades Nutricionales

Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 la prevalencia de exceso de peso se ha incrementado de 61% a 67% entre 2003 y 2010. En Chile, el estudio de evaluación comparativa de riesgo realizado en 2007, estimó que el sobrepeso y obesidad es responsable de la pérdida anual de 234.107 años de vida saludable, siendo responsables de 7.877 muertes (9,1% del total). La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres que en mujeres, en cambio la prevalencia de obesidad y obesidad mórbida es mayor en mujeres.

La obesidad mórbida se incrementó de 148.000 en 2003 a 300.000 personas en 2010. Las tasas de obesidad son mayores en mujeres especialmente en el grupo de mujeres de 45-64 años. El índice de Masa Corporal (IMC 2) promedio para la población Chilena adulta fue de 27,4 kg/m². La distribución por nivel educacional muestra que el nivel bajo es el que concentra la mayor concentración de obesidad.

La prevalencia de población adulta enflaquecida (IMC<18,5) es de un 0,8% y la de obesidad es de 23,2% (19,6% en hombres y 29,3% en mujeres). Más del 60% de la población tiene algún grado de exceso de peso (sobrepeso u obesidad). El 1,3% presenta obesidad mórbida (IMC>=40). Las mayores tasas de obesidad del adulto se observan en mujeres de bajo nivel socioeconómico. La obesidad en personas con menos de 8 años de educación es de un 33,4%. El 29,5% de los adultos presenta obesidad de tipo central o visceral (circunferencia de cintura elevada), alcanzando tasas de 44,3% en población de bajo nivel educacional. Las tasas de obesidad son mayores en los estratos socioeconómicos bajos y en el extremo sur del país (Región de Magallanes). Un 2,3% de los chilenos padece de obesidad mórbida, lo que tiende a incrementarse con la edad, de 0,7% entre los 15 y 24 años a 4,3% en los mayores de 64 años. La obesidad mórbida es mayor en zonas urbanas que rurales (2,43% y 1,62% respectivamente). (52)

En los niños menores de 6 años bajo control en el SNSS, destaca que entre 1994 y 2011 disminuyó paulatinamente la proporción de niños desnutridos (0,7% a 0,3%) pero ha aumentado el porcentaje de niños de este grupo de edad en sobrepeso (15,7% a 23,2%) y obesidad (5,8% a 9,9%), (**cuadro 5.10**). (53)

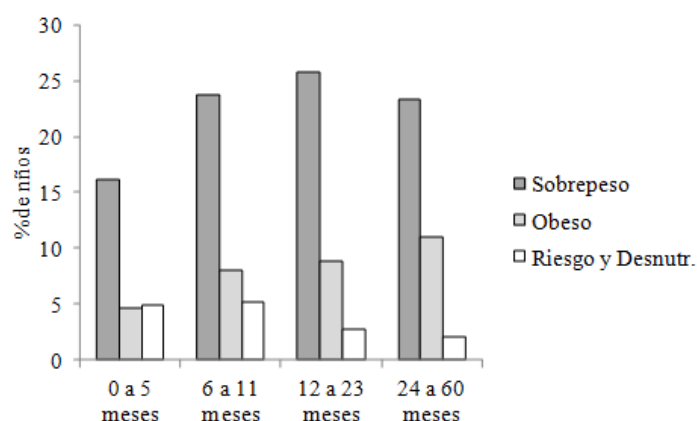
Cuadro 5.10. Situación nutricional en niños menores de 6 años bajo control en el SNSS, 1994 a 2011.

Año	Normal %	En riesgo %	Desnutrido %	Sobrepeso %	Obesidad %
1994	74.2	3.4	0.7	15.7	5.8
1995	74.2	3.1	0.7	15.9	6.0
1996	74.6	3.0	0.6	15.5	6.2
1997	73.8	2.9	0.6	15.7	6.8
1998	74.3	3.0	0.6	15.2	6.7
1999	73.8	3.1	0.6	15.3	7.1
2000	73.6	3.0	0.5	15.5	7.2
2001	73.1	3.2	0.5	15.7	7.4
2002	72.9	3.1	0.5	16.0	7.4
2003	73.3	3.2	0.5	15.5	7.4
2004	73.0	3.2	0.5	15.7	7.4
2005	75.4	2.6	0.3	14.6	7.1
2006	74.4	2.5	0.3	15.3	7.4
2007	66.1	2.3	0.3	21.6	9.6
2008	65.7	2.4	0.3	22.1	9.4
2009	65.4	2.4	0.4	22.4	9.4
2010	64,8	2,5	0,3	22,6	9,7
2011	64,2	2,4	0,3	23,2	9,9

Fuente: DEIS- Ministerio de Salud 2012 (8,53)

En los niños menores de 6 años bajo control en el SNSS en el año 2011, el principal problema nutricional es el sobrepeso (23,2%) y la obesidad (casi 10%). Esta situación es diversa a la existente hasta en décadas previas, cuando la malnutrición infantil por déficit era un serio problema de salud pública, mientras que actualmente, el grupo en riesgo de desnutrir sólo alcanza a 2,4% y los desnutridos solo a 0,3%. Tanto el sobrepeso como la obesidad aumentan con la edad específica, en los menores de seis años, mientras que la desnutrición (que es de bajo nivel) y el riesgo a desnutrir disminuyen aún más (**figura 5.8**). (8)

Figura 5.8 Prevalencia de sobrepeso, obesidad y riesgo y desnutrición en niños menores de 6 años según edad, bajo control en el SNSS, diciembre de 2011.



Fuente: Compendio Estadístico 2013, INE

La malnutrición por exceso de menores de 6 años en población bajo control en el SNSS, es menor en los deciles de comunas que tienen mejor nivel socioeconómico. La malnutrición por déficit en contraste, no tienen variaciones sistemáticas entre deciles (la prevalencia de desnutrición es bajo), e incluso existe menor malnutrición en comunas con menos nivel desarrollo socioeconómico (**cuadro 5.11**). Dicha información se refiere sólo a quienes acceden al sistema público y no refleja necesariamente con lo que ocurre en el universo de menores residentes de cada comuna.

En el mismo año el 33,2 % de las embarazadas bajo control en el SNSS tiene sobrepeso y el 22,9% tiene obesidad, sólo el 6,2% tienen condición de bajo peso. En Magallanes se registró la mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en embarazadas 25,6% y 37% respectivamente (**cuadro 5.12**) (54).

Cuadro 5.11. Malnutrición infantil por déficit y exceso, en menores de seis años bajo control en el SNSS, en deciles de comunas según IDSE, 2011

Grupo de comunas	Déficit		Exceso	
	< 2 DE %	<1 DE %	> 1 DE %	> 2 DE %
Elite	2.9	0.3	22.3	8.0
Decil 10	3.0	0.3	21.3	8.2
Decil 9	2.8	0.4	20.2	8.2
Decil 8	2.5	0.3	23.2	9.9
Decil 7	2.8	0.3	22.1	9.4
Decil 6	2.3	0.2	23.4	9.5
Decil 5	2.6	0.4	22.6	9.4
Decil 4	2.8	0.3	22.9	9.6
Decil 3	2.3	0.3	22.2	9.6
Decil 2	2.1	0.2	23.4	10.6
Decil 1	2.1	0.2	24.9	11.2
Total	2.5	0.3	22.6	9.6

Nota: Población de menores de 6 años bajo control de salud en el SNSS

Fuente: MINSAL, 2011

Cuadro 5.12. Situación nutricional en embarazadas bajo control en el SNSS, en regiones de Chile, diciembre 2011.

Región	Obesidad %	Sobrepeso %	Normal %	Bajo peso %
Arica y Parinacota	19.8	31.6	38.4	10.2
Tarapacá	22.2	31.5	40.7	5.5
Antofagasta	18.1	31.4	40.5	10.0
Atacama	22.5	33.3	36.8	7.4
Coquimbo	19.2	31.7	41.1	8.0
Valparaíso	22.8	33.8	37.2	6.3
Metropolitana De Santiago	22.6	33.0	37.9	6.5
Libertador B. O'Higgins	25.5	32.3	36.1	6.1
Mauile	24.2	34.7	34.9	6.3
Biobío	24.6	32.6	37.5	5.3
La Araucanía	24.5	35.1	36.2	4.2
Los Ríos	22.3	32.1	40.2	5.4
Los Lagos	24.0	35.0	36.5	4.5
Aysén	21.5	33.5	41.8	3.2
Magallanes	25.6	37.0	33.1	4.3
Total SNSS	22.9	33.2	37.6	6.2

Fuente: DEIS- Ministerio de Salud, Chile 2012

Accidentes y violencias

Los accidentes ocupan el tercer lugar como causa de muerte general. En 2010, provocaron 49,1 muertes por 100.000 habitantes, siendo 3,1 veces mayor en los hombres que en mujeres. La mortalidad inmediata (dentro de las primeras 24 horas de un accidente) muestra un decrecimiento sostenido en las últimas décadas, pasando de 11,9 por 10.000 vehículos el año 1993, a 4,8 por 10.000 el 2009. Las regiones con las tasas más baja y más alta son Valparaíso y Aisén respectivamente.

Los traumatismos secundarios a accidentes de tránsito constituyen la sexta causa específica de carga de enfermedad en ambos sexos y la cuarta causa entre hombres, responsable en estos últimos del 4,6% de los años de vida perdidos por año. La mortalidad por traumatismos y envenenamientos afecta principalmente a los adultos a partir de los 20 años. Las lesiones autoinfligidas causan 11,7 muertes por 100.000 habitantes, siendo mayor en hombres (19,6 muertes por 100.000 habitantes). (23)

Trastornos mentales

La información respecto a la prevalencia de los trastornos mentales en Chile es restringida, debido a la escasez de estudios poblacionales y la limitada comparabilidad entre estos (55). Según la Encuesta Nacional de Salud 2010 la prevalencia de síntomas depresivos en el último año es de 17,2% siendo en mujeres más alta con 25,7% y en edad de 25 a 44 años con 30,1%; además los estratos socioeconómico más bajos presentan mayor prevalencia 20,8% (**Figura 4.6**). El autorreporte de diagnóstico médico de depresión arroja que el 21,7% la ha presentado alguna vez en la vida, siendo las mujeres las más afectadas 33,1%. El deterioro cognitivo en el adulto mayor tienen una prevalencia de 10,4% estos tienen puntajes inferiores a 13 puntos en la escala cognitiva MMSE. La prevalencia aumenta a mayor edad presentándose en el 20,9% de los adultos mayores de 80 años, es 3,5 veces mayor en el adulto mayor de zonas rurales. (52)

Salud oral

En la patología oral de mayor prevalencia, destacan las caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento-maxilares. Las caries tienen prevalencia de 16,8% en niños de 2 años y de 99,4% en mayores de 65 años, las enfermedades gingivales tiene prevalencia de 66,9% y las anomalías dento maxilares de 53% en niños de 12 años. en los adultos de 65 a 74 años, las enfermedades periodontales tienen prevalencia de 69,4% para el índice CAL >6 mm (clinical attachment loss) y de 97,6% para CAL >3 mm. (56)

El 27,8% de la población tiene dentadura completa, siendo la frecuencia levemente mayor en hombres que en mujeres. Es más frecuente la dentición completa del maxilar inferior que la del superior, lo que se mantiene en los análisis de subgrupos de edad. La prevalencia de dentadura completa cae fuertemente con la edad, llegando a ser un hallazgo infrecuente en los mayores de 45 años. De igual forma a lo observado según nivel socioeconómico, existe una tendencia al aumento de la prevalencia de individuos dentados totales en la medida que aumenta el nivel educacional sin embargo, esta tendencia es mucho más marcada que la observada para el nivel socioeconómico, pasando de 7,1% en el nivel educacional bajo a 44,5% en el nivel educacional alto. Hay amplia variación regional respecto a la dentición completa, en un rango que fluctúa entre 40,4% y 13,0%. Las mujeres y el grupo mayor de 65 años tienen mayor prevalencia de personas desdentadas. (52)

Salud ocular

El 42,9% de las personas evaluadas en la Encuesta Nacional de Salud 2010 declaró usar lentes ópticos siendo este porcentaje significativamente menor en los hombres (38,6%) que en las mujeres (47,1%). El autorreporte de uso de lentes fue de 18,6% en el grupo de 15 a 24 años a 28% en el grupo de 25 a 44 años, a un 65,9% en el grupo de 45 a 64 años y a un 79,8% en el grupo de 65 o más años de edad. Se observa una prevalencia mayor de uso de lentes ópticos en las mujeres en todos los grupos etéreos. El 4,5% de las personas declaró padecer de cataratas y el 1,9% de las personas declaró padecer de glaucoma. (52)

Factores de riesgo y protección

Tabaquismo

El 53,4% de la población chilena es o ha sido fumador alguna vez en su vida, siendo la prevalencia de vida en las mujeres significativamente menor a la de los hombres. Esta diferencia se mantiene para los rangos de edad de 45 a 64 años y de 65 y más años.

El 40,6% de la población general adulta chilena es fumadora actual (suma de fumadores diarios y fumadores ocasionales). El porcentaje de hombres que se declara fumador actual es significativamente mayor que el porcentaje de mujeres (44,2% y 37,1%, respectivamente). El 29,8% de la población general adulta se declara fumador diario (al menos un cigarrillo por día) y el 10,8% de la población general se declara fumador ocasional (menos de un cigarrillo diario). Es decir, el 73% de los fumadores actuales chilenos es fumador diario. El 21,6% de la población general adulta se declara ex fumador (sin considerar el tiempo de cesación) y un 37,9% nunca ha sido fumador. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo etario con mayor prevalencia de fumadores actuales es el de 25 a 44 años, en el cual el 49,4% de las personas fuman diaria u ocasionalmente. La prevalencia de fumadores actuales obtenida en participantes de zonas urbanas es mayor que la prevalencia de fumadores actuales de zonas rurales (42,5% y 27,6% respectivamente). La Región de Los Ríos presenta la menor prevalencia de fumadores actuales (26,5%), siendo significativamente menor a la prevalencia país. La mayor prevalencia se da en la Región Metropolitana de Santiago, donde un 46,6% de las personas se declara fumador diario u ocasional. (52)

Chile es el país de las Américas con mayor prevalencia de consumo de último mes de tabaco (41,2%). Cada año mueren en el país más de 15.000 personas a causa del tabaco. El consumo promedio de cigarrillos es de 7 cigarrillos al día, aumentando en los grupos de mayor edad. En los estudiantes de entre octavo básico y cuarto medio, el consumo de tabaco mensual en escolares disminuyó de 42% a 33% entre 2001 y 2009. (57)

Por nivel educacional las personas que mayoritariamente se declaran como fumador actual corresponden al nivel socioeconómico alto (**Figura 4.7**).

Alcoholismo

El alcohol es el principal factor de carga atribuible en Chile, responsable del 12,4% de los años de vida perdidos por muerte o discapacidad. Una de cada 10 muertes en Chile es atribuible al consumo de alcohol, lo cual equivaldría a 2.831 personas que mueren a los 40 años, en plena edad productiva. Por otra parte, 8.788 personas quedarían discapacitadas en esta etapa, cada año, por el consumo de alcohol. Según la Encuesta Nacional de Salud 2010, el 10,8% de los mayores de 15 años reporta beber en riesgo y 16,5% alcanza nivel de bebedor problema. (52)

La prevalencia de consumo en el último mes cae desde 49,8% hasta 40,5% en el periodo 2006 a 2010, 8,8 puntos cae en población adolescente y 9 puntos porcentuales en mayores de 26 años. Por sexo también se observa descenso, las cifras son de 60% a 48,9% en hombres y de 39,9% a 32,2% en mujeres, además en hombres se observa patrones de consumo de riesgo de daño crónico y riesgo de daño crónico y agudo en mayor porcentaje que en las mujeres y mayor promedio de número de tragos consumidos en un día de consumo habitual que las mujeres. (52)

Drogas ilegales

La declaración de consumo de marihuana en el último año alcanza al 4,6% en el año 2010, cifra que ha descendido desde el 2006 donde se presentaba un consumo del 7,2%; los adolescentes de 12 a 18 años presentan una baja desde 2008 de 9,1% a 5,3% en 2010, en jóvenes de 19 a 25 años la baja fue de 17,9% a 12,3% en igual periodo. El consumo de cocaína también experimentó una baja de 1,8% a 0,7%; el consumo de pasta base bajó de 0,7% a 0,4% entre 2008 y 2010 tanto en adolescentes como en población joven. (58)

Actividad física

En 2009 Chile, se ubicaba entre los países que registran mayor proporción de sedentarismo, pues el 91% de personas practicaba menos de 90 minutos semanales de actividad física. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2010, el 84,0% de los hombres y el 92,9% de las mujeres son sedentarios. Es mayor en los grupos de menor nivel socioeconómico: alcanza a 80,9% en el grupo de ingreso más alto y sube a 92,4% en el grupo económico más bajo nivel educacional hay mayor sedentarismo en el nivel bajo siendo significativa su diferencia en relación al nivel educacional alto. El 15,8% de la población realiza ejercicio físico con una frecuencia inferior a 3 veces por semana. Desde 2006 a 2009 el porcentaje de personas que practica ejercicio físico y deporte aumentó de 26,4% a 29,3%, siendo los hombres los que más practican 39,7% y los de 18 a 25 años con 41,9%. La razón más fuerte por la cual no se practica actividad física es la falta de tiempo en hombres y mujeres 54,7% y 50,7% respectivamente, igual situación ocurrió en 2006. (59)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, la prevalencia de diversos factores de riesgo tiene relación inversa con la escolaridad, usada como traza de expresión de nivel socioeconómico (**cuadro 5.13**). También permite confirmar que la educación es uno de los factores más relevantes para un mejor estilo de vida y prevención de enfermedades crónicas, cuya presencia y consecuencias puede ser parcialmente prevenida mediante debida educación y otros factores relacionados. (12)

Cuadro 5.13. Prevalencia de problemas de salud según años de estudio en Chile, 2009-2010

Problema de salud	Parámetro	Años de estudio			Total
		< 8 %	8 a 12 %	>12 %	%
Hipertensión Arterial	> 140/90 mmHg	51.1	22.8	16.7	26.9
Colesterol total elevado	> 200 mg/dl	43.6	39.3	33.8	38.5
Obesidad	IMC > 30	35.5	24.7	18.5	25.1
Diabetes	> 126 mg/dl	20.5	7.1	6.2	9.4
Síndrome metabólico	3 de 5 criterios	47.8	32.7	26.4	35.3
Síntomas depresivos	Reporte	20.8	18.4	11.8	17.2
Tabaquismo activo	Reporte	25.6	41.3	50.3	40.6
Riesgo cardiovascular alto	ATP III	28.0	11.9	9.1	15.5
Discapacidad (trabajo, hogar)	Reporte	14.7	6.0	3.2	6.9

Fuente: MINSAL (2010) Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (12)

Conclusión y perspectivas de progreso

Chile ha alcanzado paulatinamente un avance en salud que es concordante con el desarrollo global del país. El relativo buen nivel de salud alcanzado – incluso mejor que otros países con similar desarrollo socioeconómico - se refleja en aspectos como el aumento de la expectativa de vida al nacer, reducción de eventos de salud altamente evitables como la mortalidad materna e infantil, y enfermedades transmisibles que son posibles de controlar con vacunas y medidas de saneamiento e higiene.

Este avance no es uniforme, sino que hay grupos más vulnerables que aunque mejoran en su situación de salud, lo hacen a un nivel y velocidad menor que grupos más favorecidos. En menor nivel de salud es encontrado sistemáticamente en grupos y sectores de mayor pobreza, menor educación, rurales y con concentración indígena. El desafío en términos de equidad es procurar la disminución de eventos evitables (riesgo, enfermedad, discapacidad y muerte) y precaver que las determinantes sociales impacten en la salud de la población.

Ese mismo avance logrado en salud representa un nuevo nivel de desafío (más exigente), respecto a los planes y estrategias que es necesario adoptar para continuar mejorando el nivel de salud, conservar los logros ya alcanzados, disminuir la inequidad en salud y fortalecer la estructura y funcionamiento del sistema de salud, especialmente en su componente público. Además surgen nuevos desafíos debidos a situaciones emergentes como una eventual crisis financiera nacional o internacional y la aparición de nuevos riesgos, enfermedades y problemas de importancia en salud pública.

El país ha logrado una importante reducción de los factores de riesgo y eventos evitables en salud materno infantil incluyendo el uso de paternidad responsable, reducción de fecundidad especialmente en grupos y edades de mayor riesgo, cobertura del parto prácticamente universal con atención profesional, uso de maternidad segura, desarrollo de una red neonatológica, atención intensiva de las embarazadas y menores de un año, especialmente de aquellos que están en riesgo.

El actual nivel de las enfermedades transmisibles inmuno-prevenibles permite plantear que en general están bajo efectiva prevención y control, destacándose que el programa ampliado de vacunas está periódicamente actualizándose de acuerdo a avances en tecnología de vacunas y riesgos de la población (como el caso de nuevas enfermedades emergentes). Gay sin embargo factores de acceso (e integración de a red de atención primaria) que es necesario para resguardar cobertura alcanzada en programas de vacunas.

El relativo bajo nivel de enfermedades infecciosas intestinales (como hepatitis, tifoidea, síndrome diarreico agudo. Su relativo bajo nivel indica una prevención efectiva que entre otros, incluye educación e higiene sanitaria de la población y manipuladores de alimentos. Es un logro que requiere vigilancia constante. La enfermedad de Chagas mantiene una prevalencia crónica en lugares bajo exposición al vector. El nivel relativamente bajo de estas enfermedades indica efectiva vigilancia y medidas de prevención y control. Ello incluye control de vectores.

La incidencia mayor de las enfermedades crónicas transmisibles (tuberculosis, VIH/sida y otras de transmisión sexual estas enfermedades se concentra en grupos de mayor riesgo.

El control relativo de estas enfermedades indica programas y acciones de prevención y control relativamente efectivos (de otro modo, estas enfermedades aumentarían espontáneamente).

Existe una activa vigilancia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y se toman medidas según necesidad, conforme a recomendaciones internacionales y factibilidad de adoptar medidas, los brotes surgidos han sido adecuadamente controlados.

Las enfermedades nutricionales y del metabolismo (obesidad, diabetes mellitus) tienen una tendencia a aumentar y plantean requerimientos más complejos de acción. El tema es prioritario en la agenda sanitaria y existe un conjunto de estrategias y medidas sectoriales por esos problemas que dependen del estilo de vida y fuertemente de los determinantes sociales. Las enfermedades cardiovasculares, como hipertensión y enfermedad isquémica del corazón continúan con aumentando por diversas causas, incluyendo el envejecimiento natural de la población y aumento de factores de riesgo.

Las neoplasias malignas afectas a prevención y control (especialmente mama, cérvico-uterino, próstata, estómago, pulmonar) producen morbilidad y mortalidad parcialmente evitable. El nivel logrado implica un logro relativo mediante campañas de prevención y detección más oportuna y de mayor cobertura, junto tratamiento de casos orientado recuperación o al menos a evitar la letalidad.

Los traumatismos y las complicaciones de otras causas externas causan enfermedad, discapacidad y muertes altamente evitables. Se cuenta con medidas intersectoriales tendiente a prevenir sus principales causas (accidentes de hogar, transportes, laborales, violencia) lo que ha permitido un relativo control de estos eventos altamente evitables.

Los problemas de salud mental son de gran prevalencia en la población; algunos de ellos pueden tener medidas de prevención y control, como el caso de las adicciones; aunque insuficientes respecto a la gran magnitud del problema, existen importantes políticas, programas y estrategias tendientes a abordar estos problemas, enfocado de un modo intersectorial. Su demanda potencial excede la capacidad de respuesta del sistema de salud, por lo cual se requiere de políticas y estrategias que puedan apoyar a los diversos grupos de la población, al menos con el soporte básico, en la educación y prevención de estos problemas.

Los problemas de salud ocupacional son en general afectos a prevención y control, y existe mejor protección y atención sanitaria de preferencia en el empleo formal y en empresas que cuentan con departamentos de salud ocupacional organizada o están adscritos a mutuales de seguridad laboral.

Los problemas de salud materno-infantil se concentran en grupos de población socialmente menos favorecidos y más vulnerables, incluyendo a los adolescentes. Se requiere una activa vigilancia que permita actuar en caso de que la morbilidad o mortalidad aumenten por la predisposición de determinantes sociales o limitaciones de acceso y uso del sistema de salud.

La Estrategia nacional de Salud contiene una serie de Objetivos sanitarios e indicadores que constituyen parámetros de referencia en salud (para enfermedades transmisibles, no transmisibles, salud materno infantil, factores de riesgo y otros). El nivel medio alcanzado por países OECD, y sus principales indicadores de salud y desarrollo, también constituyen un excelente referente de progreso de desarrollo y salud en el caso de Chile. En esta referencia, cobra particular relevancia mejorar el nivel de ingresos de la población (a nivel de los peores de OECD), y las condiciones del ambiente (ostensiblemente peor que el grupo de países OECD con peores condiciones ambientales).

Los objetivos institucionales y sanitarios planteados en la Estrategia Nacional de Salud para 2020 son un concreto referente de progreso. Siendo una propuesta técnico-normativa, cabría revisar o refinar lo esperado, pues no se acompaña de una planificación concreta para lograr una “inflexión” en las tendencias y proyecciones estimadas: cabe pasar de “estrategia” a “plan” concreto (con financiamiento, otros recursos y acciones que permitan, tanto a nivel nacional como en cada una de las regiones).

Referencias

1. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011)
2. http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/PBC_REGULACION_FECUNDIDAD_2/PBC_REGULACION_FECUNDIDAD_2.aspx
3. Instituto Nacional de Estadística (2012). Compendio Estadístico INE 2012. Disponible en www.ine.cl
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/territorio/iner/2011/estadisticas_territoriales_informe_economico_regional_ier_marzo_2012.pdf
4. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011)
http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Mortalidad_Materna/Defunciones_Maternas_causa_Chile_2000_2010.htm
5. Naciones Unidas, Gobierno de Chile, (2010) Objetivos de Desarrollo del Milenio Tercer Informe del Gobierno de Chile, <http://www.pnud.cl/odm/tercer-informe/Tercer%20Informe%20Nacional%20ODM%20Chile%202010.pdf>
6. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011) http://deis.minsal.cl/vitales/mortalidad_infantil/tree.aspx
7. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011) http://deis.minsal.cl/vitales/mortalidad_fetal/tree.aspx
8. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2012) <http://www.deis.cl>
9. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011) http://deis.minsal.cl/vitales/mortalidad_perinatal/tree.aspx
10. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2012)
http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm
11. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011)
12. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011).
http://deis.minsal.cl/deis/vitales/natalidad/Tasa_especifica_fecundidad.1992-2009.htm
13. Instituto Nacional de la Juventud. VI Encuesta Nacional de la Juventud (2009)
http://www.injuv.cl/portal/wp-content/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf
14. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010 <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>
15. Ministerio de Salud, División de Prevención y Control de Enfermedades (2012)
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bd910c39f25ba8a7e0400101650161f6.pdf>
16. César Gattini, Johan Álvarez Leiva. La Salud en Chile 2010 Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile
<http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
17. Instituto Nacional de Estadística
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/territorio/iner/2011/estadisticas_territoriales_informe_economico_regional_ier_marzo_2012.pdf
18. Ministerio del Trabajo y Previsión social, superintendencia de seguridad social Estadísticas de accidentabilidad 2010.
<http://www.sigweb.cl/biblioteca/TasaAccidentabilidad.pdf>

19. Ministerio del Trabajo. Superintendencia de Seguridad Social. Boletín Estadístico 2011 [http://www.suseso.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp? boton=&argInstanciaId=205&argCarpetaId=341&argTreeNodosAbiertos=\(341\)&argTreeNodoActual=341&argTreeNodoSel=341](http://www.suseso.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp? boton=&argInstanciaId=205&argCarpetaId=341&argTreeNodosAbiertos=(341)&argTreeNodoActual=341&argTreeNodoSel=341)
20. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Boletim Epidemiológico n°100 http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AtlasBEM/AB_100/Revep.htm
21. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) Programa Orígenes (MIDEPLAN / BID) (2002). Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas. Censo 2002. http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/pdf/estadisticas_indigenas_2002_11_09_09.pdf
22. Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2009 <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/discapacidad.php>
23. Ministerio de Salud, Unidad de Discapacidad y Rehabilitación División de Prevención y Control de enfermedades, (2009) http://forumraadh.sedh.gov.br/file.php/1/Atas/2009_ACTA01/RAADDHH_2009_ACTA01_ANE08_PcD/Anexo%20V/RAADDHH-GTPPPDPD_2009_ACTA01_ANE05_ES_ModeloClasificacValoracPersonasConDiscapacCH.pdf
24. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011) http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/Folleto_IBS_2011.pdf
25. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011). http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Serie_Mortalidad_causa_Chile_2000_2010/Chile.htm
26. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología <http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Dengue/Informedengue.pdf>
27. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/EnfChagas/Chagas_sem252012.pdf
28. Ministerio de Salud. Objetivos estratégicos en Salud (2010) <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>
29. Organización Panamericana de la Salud –Ministerio de Salud. (2011). Documentación para la Verificación de la Eliminación de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en Chile. <http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Sarampion/ElimSarampionOPS.pdf>
30. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AtlasBEM/AB_100/TABLA%20RESUMEN.htm
31. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/HepatitisB/HepB_2011.pdf
32. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2010) http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/circul/Circ_difteria2010.pdf
33. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Coqueluche/Tos_Final_2011.pdf
34. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) <http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Polio/InformePolio2011.pdf>
35. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AtlasBEM/AB_100/Paro.htm
36. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/HIB/Hib_TipB2011.pdf
37. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011) <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bf10fc92c9447f54e04001016501308b.pdf>

38. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2002)
<http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/VIGIA17.pdf>
39. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AtlasZoonosis/Atlas_Zoo_17/Hida.htm
40. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011). Informe Nacional "Evolución VIH SIDA, Chile 1984 - 2011"
http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2011_vih_sida.pdf
41. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AtlasBEM/AB_100/Sifilis.htm
42. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/gonorrhea/Gonorrhea_2011.pdf
43. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer Cérvico Uterino. (2010)
<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf>
44. Ministerio de Salud. Departamento de Salud Pública. Generalidades del PTC (2010).
http://seremi5.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2012/01/generalidades-del-PCNT.pdf
45. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Diarreas/Diarrea_2011.pdf
46. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/hantavirus/Hantavirus_sem52_2011.pdf
47. Ministerio de Salud. Influenza Pandémica (H1N1) 2009. Reporte Situación (2010)
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/be2362fd141d6ef1e040010164011397.pdf>
48. Ministerio de Salud Información. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. (2011)
http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Serie_Mortalidad_causa_Chile_2000_2010/C_hile.htm
49. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/PBC_PSCV_2/PBC_PSCV_2.aspx
50. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología, Directrices para los Registros Hospitalarios en Establecimientos de Salud como fuente de los Registros Poblacionales de Cáncer. http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/DirectricesRH_RPCancer.pdf
51. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/PBC_PAP_2/PBC_PAP_2.aspx
52. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/PBC_CANCER_UTERINO_2/PBC_CANCER_UTERINO_2.aspx
53. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/PBC_EXFISICO_MAMOGRAFIA_2/PBC_EXFISICO_MAMOGRAFIA_2.aspx
54. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-ENS-2009-2010.-CAP-5_FINALv1juliocepi.pdf
55. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/PBC_ESTADO_NUTRICIONAL_2/PBC_ESTADO_NUTRICIONAL_2.aspx
56. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. (2011)
http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2011/PBC_6MESPOSTPARTO_2/PBC_6MESPOSTPARTO_2.aspx
57. Gobierno de Chile ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020,
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>

58. Ministerio de Salud. Departamento de Salud Bucal. (2010). Diagnostico Salud Bucal <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
59. Gobierno de Chile Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010 Evaluación final del período <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94c89f56c4e270b0e04001011e011c9c.pdf>
60. Ministerio del Interior y Seguridad Publica, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2010) http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/2010_noveno_estudio_nacional.pdf
61. Instituto Nacional del Deporte (IND). Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad física 2009 http://www.ind.cl/estudios-e-investigacion/investigaciones/Documents/encuesta_nacional_habitos.pdf
62. Ribotta B., “Diagnóstico Sociodemográfico de los Pueblos Indígenas de Chile” Documento del proyecto “Desigualdades territoriales y exclusión social de pueblos indígenas y afrodescendientes en países seleccionados de América Latina”, 2010 CEPAL 2010.

Organización y Estructura del Sistema de Salud

Desarrollo histórico del sistema de salud

El desarrollo del sistema de salud en Chile data desde tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI); desde entonces, se ha expandido y consolidado paulatinamente, hasta llegar a configurar una compleja estructura actual, constituida por múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial. (1-6) En este desarrollo, se puede identificar cinco períodos principales:

Período de servicios locales de salud (1552 a 1917)

La creación y crecimiento de ciudades y poblados a través del país, se acompañó del desarrollo de hospitales y otros servicios de la medicina que inicialmente estaban bajo responsabilidad local, especialmente con instituciones de tipo filantrópico, caritativo o de beneficencia. Como hitos del período, destaca la creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886), que ordena las organizaciones y hospitales locales; la Junta Nacional de Salubridad (1887) para asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema; y el Consejo de Higiene Pública (1892) que asume funciones de gestión nacional del incipiente sistema.

Período de maduración social y del sistema de salud (1917 a 1952)

En la primera mitad del siglo XX, se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria de la población. En este período surge una serie de leyes de protección social y laboral, con diversos beneficios sociales a la población y que incluyen aspectos de salud; ello fue favorecido por la formación del Estado de Bienestar y la influencia de las organizaciones de trabajadores. La orientación del progreso social proviene de los avances logrados en Europa, tanto en la protección y seguridad social como en la organización nacional de servicios de salud. Entre los hitos del período destaca que en 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales, que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054); esta última fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes relacionadas con salud y trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1973)

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 (basado en el modelo británico) y utilizó la integración de los diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud. Durante su existencia, llegó a ser la principal institución nacional de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con bastante menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, algunas

empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. Este período termina abruptamente en 1973 luego de una crisis política y económica global en la cual el Estado estaba excedido en su capacidad de respuesta a las demandas sociales de la población, a los cambios radicales realizados en propiedad y producción, y a la diversidad de intereses contrapuestos y conflictos secundarios en la población.

Período de reformas neoliberales (1973 a 1990)

La reforma radical del sistema de salud que se llevó a cabo en este período fue coherente con la reforma política y económica global adoptada bajo el régimen militar. Sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago (donde se educaron los economistas gubernamentales más influyentes del período) y el Banco Mundial. La reforma cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, que se enfoca en un rol subsidiario. Al igual que en otros sectores, ello llevó a una reducción de financiamiento y personal del sistema público de salud, descentralización con atención primaria delegada a la administración municipal y una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones. El hito principal ocurrió en 1979, cuando en virtud del Decreto Ley 2.763/1979 se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades. El modelo estructurado bajo esta base normativa ha recibido reformas específicas posteriores; sin embargo aún mantiene una vigencia y organización global que es bastante similar a su concepción y estructura original, para todo el sistema previsional y asistencial (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios).

Período de gobiernos de la Concertación (1990 a 2010)

Desde 1990, los gobiernos consecutivos de una Concertación de centro izquierda (opositora al régimen militar) se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, recuperar parcialmente la crisis financiera, de otros recursos y de gestión del SNSS. En ese período, se logró realizar inversiones y establecer o fortalecer programas basados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como la parte de salud de Chile crece Contigo y la ley de Garantías Explícitas en Salud. Desde 1990 se han realizado una serie de reformas específicas en el sistema de salud. (7,8)

Desde marzo de 2010, el manejo sectorial de salud ha estado bajo la responsabilidad de un gobierno de coalición de centroderecha. El sistema de salud ha sido administrado bajo las mismas condiciones originales de estructura y funcionamiento establecidas en la década de 1980, con énfasis del rol subsidiario del Estado y en la privatización directa o indirecta, lo que incluye los convenios de inversión y la gestión de centros asistenciales más complejos. El marco normativo y político imperante desde la década de 1980 no permite que se produzcan cambios o reformas sustanciales que le permitan mejorar financiamiento, distribución del recurso, fortalecer el desempeño, o adaptarse de modo más dinámico a responder en forma

adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población (desde 1980, se ha producido un gran cambio demográfico y epidemiológico en la población).

Estructura organizacional

El sector salud – como parte de la estructura y quehacer nacional – forma parte de la sociedad organizada y está integrado por un gran conjunto de entidades públicas y privadas (gubernamentales, no gubernamentales e informales), que directa o indirectamente se relacionan con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo de la población. El sistema de salud, término frecuentemente utilizado en forma sinónima al del sector salud, se refiere más específicamente al conjunto formal de personas y entidades públicas y privadas que se relacionan con la organización, financiamiento, aseguramiento, recursos o provisión de bienes y servicios en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud. En este ámbito, los términos sector y sistema de salud tienden a ser usados indistintamente (aunque uno sea subsistema del otro). (7,8)

El sistema de salud tiene una naturaleza mixta (con mezcla público/privada en la previsión y provisión de servicios), y su rol rector y regulador es ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud. El financiamiento proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas. La previsión de salud se logra con diversas entidades de seguros de salud y hay múltiples profesionales y centros prestadores de atención de salud, tanto públicos como privados distribuidos en la mayoría de centros poblados del país, (**cuadro 6.1**). Gracias a esa amplia cobertura de previsión y prestadores de servicios asistenciales, la atención de salud alcanza una cobertura legal (vía aseguramiento o protección social) y geográfica prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo de todo el territorio poblado nacional. (1)

El sistema de salud, en su aspecto formal, incluye un doble nivel organizacional sobrepuesto (que tiende a ser confundido): (a) El sistema chileno (nacional o global) de salud, que como descrito, incluye a todas las personas y entidades, ya sean estatales, públicas o privadas, que cumplen funciones relativas a la estructura, financiamiento, aseguramiento y funcionamiento del sistema en su conjunto; (b) El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que es una entidad pública con un claro marco normativo, que está centrada en la provisión de servicios asistenciales a la población, para lo cual cuenta en forma descentralizada con Servicios de Salud de ámbito regional o subregional, que disponen de una red asistencial; también participan del SNSS, aquellas instituciones que se adscriben a través de convenios, destacando los municipios y los servicios delegados. (7,8)

El sector previsional y asistencial que no forma parte del SNSS está conformado por un conjunto de entidades previsionales, de seguros o de prestadores de bienes y servicio. En general corresponde a instituciones privadas (o que siendo estatales, no forman parte del SNSS) que tienen objetivos de oferta al mercado o cobertura específica, ya sea de bienes y servicios o de tipo de afiliado y beneficiarios (**cuadro 6.1**)

Cuadro 6.1 Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según función y sector

Función	Sector estatal o público	Sector privado
Rol rector	- Estado (Ministerio de salud)	
Rol regulador	- Estado (Ministerio de salud) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios	- Empresas privadas - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios - Pago de bolsillo
Aseguramiento	- FONASA - Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden - Otros seguros públicos	- ISAPRE - Mutuales de Empleadores - Seguros específicos (escolares, transporte)
Centros de provisión de servicios asistenciales	- Hospitales del SNSS - Hospitales de Fuerzas Armadas y otros estatales - Centros de atención ambulatoria del SNSS (incluye administración municipal)	- Hospitales y clínicas - Centros ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología - Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

Fuente: (OPS Chile, 2010) Adaptado de MINSAL, 2008 (1)

Marco normativo, políticas y planes

El marco legal y normativo que sustenta al sistema de salud es complejo y aporta los elementos específicos para la organización y funcionamiento del sistema, determinando los lineamientos, responsabilidades y funciones asignadas para el adecuado desempeño del sector, incluyendo el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud. El rol de la autoridad sanitaria – ejercido por el Ministerio de Salud - incluye la rectoría del sistema, con la conducción, regulación, fijación de políticas y planes generales de salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios y supervisión de funcionamiento del sistema. En el cumplimiento de su rol rector, el Ministerio de Salud se apoya en la normativa vigente e interactúa de modo intersectorial con otros ministerios y organismos públicos, organismos no gubernamentales y la sociedad organizada. (1,7,8)

El Ministerio está representado en regiones por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. En su función, el Ministerio es apoyado por sus organismos dependientes: el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud (Anexo 2). El rol regulador está además a cargo de la Superintendencia de Salud (de creación reciente), que controla a las entidades aseguradoras (ISAPRES y al FONASA), y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud. (1,7,8)

En la última década, destacan la Ley 19.966, de Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y calidad en un conjunto de patologías priorizados de la salud común, en un plan universal de Salud. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión transfiere a la autoridad sanitaria a nivel regional a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), además determina la autogestión hospitalaria y el enfoque de gestión de salud en Red. (8) La Ley de Isapres 19.895 referente a las normas de solvencia de las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE- aseguramiento privado) y la modificación de la Ley de Isapres 18.933, así mismo se separa la función de fiscalización del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se crea la Superintendencia de Salud con la función de Garantizar la fiscalización y regulación. (7,8,9) El énfasis principal del gobierno entre 2006 y 2010 fue la protección social, que en salud fue reflejada por el Programa “Chile Crece Contigo”. (10-12)

También en la última década, destacan los Objetivos Sanitarios 2000-2010 que orientaron el desarrollo del sector, junto a una serie de reformas específicas para consolidar las funciones del sistema. En el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2000 a 2010 destaca la priorización dada al trabajo intersectorial (otros sectores y entidades sociales) a nivel nacional, regional y local, especialmente en las acciones de promoción y prevención y la protección social de la población vulnerable. (13)

Las decisiones y acciones asumidas en políticas y planificación de la última década fueron orientadas por los objetivos sanitarios para el país durante el periodo 2000-2010 (anexo 1), así como la concreción de una serie de reformas específicas para consolidar las funciones del sistema. La evaluación del cumplimiento de esos objetivos en 2010 es la base para un nuevo Plan Decenal de Salud 2011-2020. Estos objetivos sanitarios fueron evaluados, la situación sanitaria analizada, y se elaboró la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Como agenda principal de salud, se busca mantener los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos del envejecimiento, los cambios de vida y los cambios de la sociedad, disminuir la inequidad en salud y mejorar la calidad de los servicios.

La Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020 fue originalmente concebida y discutida como una propuesta gubernamental de plan decenal, pero su promulgación definitiva resultó en términos de estrategia. Quedó pendiente su aplicación concreta para orientar la planificación anual y presupuestaria de las diferentes entidades del sector. Se dejó planteada una segunda etapa, denominada Planificación Operacional, que permita alinear la planificación de resultados específicos de corto plazo, en sintonía con los resultados esperados de la Estrategia nacional de la década. A su vez, la metodología también contempla la replicación del proceso de planificación estratégica al interior de las SEREMI, ajustando los objetivos y resultados esperados en la década a la realidad de cada región. (13)

En el año 2010, una Comisión Presidencial de Salud planteó propuestas al ejecutivo respecto a modernizar las actuales políticas de salud, configurar un nuevo plan garantizado de salud que incluya como mínimo lo avanzado para el GES, alternativas de mejor financiamiento del sector y de políticas relacionadas a los mecanismo de acceso y financiamiento del subsidio de incapacidad laboral y licencias medicas. (10)

La Estrategia Nacional de salud incluye cuatro objetivos sanitarios: (1) Mejorar la salud de la población; (2) Disminuir las desigualdades en salud; (3) Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud; y (4) Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Para su cumplimiento, se dispone de 9 objetivos estratégicos. A partir de los cuales se definieron 50 Metas Sanitarias para 2020, con sus respectivos 64 indicadores de impacto.

Para la consecución de las metas se seleccionaron estrategias, denominadas resultados esperados, medidas a través de 513 indicadores. (13)

La política nacional de medicamentos aborda aspectos reglamentarios y normativos de las políticas farmacéuticas, de competencias profesionales y de establecimientos relacionados con la salud de las personas. Aporta normas específicas y modificaciones reglamentarias armonizándolas con la reglamentación existente en otras áreas y teniendo en consideración los lineamientos entregados a través de documentos técnicos de grupos de trabajo multinacional, y abordar el problema relacionado con el acceso, calidad y el uso racional de medicamentos. (14)

En la última década, las reformas específicas en materias de salud ambiental incluyen políticas y legislación relacionadas con saneamiento básico, contaminación atmosférica, sustancias químicas peligrosas, residuos peligrosos y residuos industriales líquidos, higiene de los alimentos, vectores de importancia sanitaria, zoonosis, enfermedades de origen microbiano y parasitario, evaluación de impacto ambiental, salud ocupacional, locales de uso público y emergencias ambientales. Se ha implementando el Ministerio del Medio Ambiente que asume, entre otras, las funciones de la Comisión Nacional de Ambiente (CONAMA). (15)

Respecto a los problemas y desafíos que cabe actualmente enfrentar en el quehacer de salud y la respuesta a las necesidades de la población, es importante la participación intersectorial, de la ciudadanía y las diversas autoridades que directa o indirectamente relacionadas están con el sector salud. En la medida que se genere una red efectiva en torno a la agenda de salud, se podrá difundir y utilizar esta agenda sanitaria como un referente ordenador de prioridades de acción de la salud y del sistema de salud (en la medida que éste efectivamente responda en forma coherente o pertinente a las necesidades sanitarias de la población).

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 plantea un análisis de situación, proyecciones y resultados esperados para temas sanitarios entre los cuales destacan:

- Enfermedades transmisibles: emergentes e inmunoprevenibles, VIH/SIDA, TBC, infecciones respiratorias
- Enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, diabetes, enfermedad renal crónica, trastornos mentales, afecciones músculo-esqueléticas órganos de los sentidos, salud bucal, accidentes de tránsito, violencia doméstica, intrafamiliar o de género
- Factores de riesgo: salud óptima, tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo, sexo seguro, drogas ilícitas. Ciclo vital: mortalidad perinatal, rezago infantil, mortalidad adolescente, embarazo en adolescentes, calidad de vida en climaterio, adulto mayor
- Determinantes sociales: inequidades en salud
- Ambiente, alimentos y trabajo: contaminación ambiental, manejo de residuos, agua segura rural, agua servida rural accidentes de trabajo vigilancia laboral, enfermedades transmitidas por alimentos
- Emergencias y desastres: planes de gestión integral del riesgo, hospital seguro. (13)

Entre los aspectos relativos al fortalecimiento del sistema de salud, destacan:

- Fortalecimiento de la estructura y desempeño del sistema en general, y del sector público en particular, incluyendo sistemas de información, investigación en salud, recursos humanos, financiamiento, infraestructura, gobernanza y participación, gestión, acceso y calidad de la atención: acceso y oportunidad, seguridad y efectividad medicamentos, tecnologías sanitarias, satisfacción usuaria.
- Fortalecimiento de la protección social en salud, de la equidad y acceso a servicios de salud según necesidad y la respuesta a los derechos explícitos de salud de la ciudadanía.
- Mejora de la gestión del sistema público de salud, las garantías y derechos de la ciudadanía respecto al acceso a la salud, revisión del sistema ISAPRE en cuanto sistema colectivo de aseguramiento, de las licencias por enfermedad, y las políticas y normas en materias de medicamentos.
- Reparación y reconstrucción de la infraestructura pública de salud dañada en el terremoto de 2010 es un factor que estará influyendo en las políticas, planes e inversiones del sector salud, al menos en el mediano plazo. (13)

La promoción de salud es enfatizada, pues constituye una tarea permanente y de gran necesidad a todos los niveles, dado el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, sedentarismo, el crecimiento de ciudades con industrialización no planificada en términos de resguardo de salud de la población. En el ámbito de la promoción de salud, destaca:

- Apoyo a los programas de promoción en salud y educación sanitaria
- Uso de estrategias comunicacionales efectivas para llegar a grupos objetivos específicos y asegurar mejor impacto de las actividades de promoción
- Capacitar agentes de promoción en la misma comunidad, que puedan ser agentes locales de cambio (estudiantes, profesores, líderes) y favorecer las comunidades y escuelas saludables o promotoras de salud
- Continuar con la promoción educativa y legal de espacios libre de cigarro
- Enfatizar la promoción y prevención específica de hábitos no saludables en aspectos como alcoholismo, drogadicción, sexo inseguro, en grupos de mayor riesgo

Estructura organizacional del SNSS

La organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se basa esencialmente en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud que le dio origen en 1979 (Decreto Ley 2.763 de 1979). En 1985 se creó el Régimen de prestaciones de salud, con el modelo de financiamiento, previsión y atención de salud (ley 15.469 de 1985). En 2004 se promulgó la ley 19.937 que modifica el DL nº 2.763, de 1979, para establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. En 2005, hubo una adecuación con el Decreto Ley 140 del Ministerio de Salud.

El SNSS está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados. El Decreto 38 de 2005 establece el Reglamento Orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. (7,8,16)

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 29 Servicios con asignación geográfica definida. A la Dirección de Servicio de Salud le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales y Postas Rurales de Salud. (7,8)

La provisión de servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo de 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. En forma directa, tienen a cargo los hospitales y en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario. La atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial.

El nivel primario tiene mínima complejidad y amplia cobertura realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Allí se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan. El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.

El nivel secundario, principalmente basado en especialidades básicas, cuenta con una complejidad intermedia y de cobertura media. Este nivel actúa por referencia desde el nivel primario, y sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como hospitalización en establecimientos hospitalarios que también cuentan con atención ambulatoria provista de un consultorio adosado en ese tipo de establecimientos.

El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en referencia de pacientes desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica. Puede actuar como un centro de referencia no sólo para recibir pacientes desde de su propia área de red asistencial, sino que puede tener carácter regional, supra-regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como institutos de especialidades). Aunque estos establecimientos hospitalarios realizan actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario (ya que cubren problemas de demanda a nivel secundario de la población cubierta por la red asistencial correspondiente).

Al igual que en el nivel secundario, en este nivel corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

La red asistencial de cada Servicio de Salud se organiza en niveles de diversa complejidad de acuerdo a la normativa vigente. La estructura de la red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio de Salud, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con dicho Servicio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (Ley 19.937 de 2004). (7,8)

Conclusión y perspectivas de progreso

El país cuenta con un moderno y complejo sistema de salud que en las últimas décadas ha sido sometido a una serie de reformas estructurales importantes. En 1979, en el contexto de una reforma neoliberal radical que abarcó a todo el Estado, los servicios públicos y las condiciones de mercado abierto competitivo, se creó el Sistema Nacional de Sistemas de Salud, organismo público constituido por alrededor de 400 entidades, que incluye 29 servicios de salud territoriales con sus hospitales y la mayoría de 350 municipios que administran redes de múltiples establecimientos de atención primaria de salud, junto a entidades privadas sin fines de lucro y que por concesión tienen establecimientos operando bajo la modalidad institucional del SNSS.

En la actualidad, el sistema es segmentado y conformado por una mezcla pública y privada de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, bajo la rectoría estatal a través del Ministerio de Salud. El sistema prestado privado de servicios de salud es bastante amplio y distribuido a través de todo el país (clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y otros). El aspecto previsional y de aseguramiento público es manejado por el Fondo Nacional de Salud, mientras que el sistema privado de aseguramiento es asumido por un mercado de una docena de Instituciones de Salud Previsional.

El sistema de salud ha logrado un alto grado de cobertura legal y geográfica en la población, lo que a su vez ha contribuido al logro del nivel exhibido en de salud de su población. Sin embargo, existen importantes temas en que cabe evaluar y perfeccionar paulatinamente la estructura y desempeño de los sistemas de salud, respecto al financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, equidad en acceso, provisión e impacto y su pertinencia para responder a las necesidades prioritarias de salud de la población.

El fortalecimiento del financiamiento, aseguramiento, estructura y desempeño del sistema de salud, en el conjunto de entidades participantes, ha sido una preocupación permanente de la agenda de salud, con periódicas reformas, desarrollo de nueva legislación y políticas, y búsqueda de mecanismos para lograr una mayor consolidación y efectividad del sistema. Sin embargo, se mantiene una agenda inconclusa respecto al fortalecimiento y consolidación pendiente del sistema de salud, especialmente del sistema público (SNSS). Se combinan logros importantes en la implementación y funcionamiento del sistema, pero también carencias y desafíos en la organización, recursos y desempeño del sistema, lo que es bastante crítico en el sector público (de cobertura asistencial mayoritaria en la población, incluyendo lugares más apartados y población más vulnerable).

El marco legal y reglamentario actual es bastante complejo, con una gran interacción financiera entre sectores, sistemas de previsión y prestadores. Esa interacción incluye concesiones (tercerización) y de funciones asistenciales entre beneficiarios previsionales públicos y privados, impiden una mayor identificación o separación analítica entre sectores público y privado. No configuran sistemas cerrados excluyentes, sino que comparten muchas funciones interrelacionadas. El parámetro de progreso del sistema de salud en Chile está dado por la posibilidad de fortalecer y consolidar la normativa vigente, en torno a mejorar el financiamiento, eficiencia, y capacidad efectiva frente a las necesidades y demanda de la población, y a una recuperación más efectiva y oportuna de las falencias y limitaciones del sector asistencial público.

Ello también implica revisar y redefinir aspectos de financiamiento y gestión relevantes, que es más crítico en los hospitales más complejos y en la administración municipal del nivel primario de atención; ello incluye la revisión del rol y beneficios esperados de la administración municipal, así como de la modalidad de tercerización (compra de servicios externos) y de la concesión del funcionamiento y gestión del sistema público.

Conforme a la Ley de Autoridad Sanitaria, es preciso definir e implementar planes concretos de acción global (que incluya plazos, financiamiento, recursos y acciones definidas) a partir de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, tanto a nivel nacional como regional.

Con el fin de orientar un fortalecimiento del sistema de salud en términos de equidad, es importante mantener un efectivo monitoreo sobre el financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, equidad en acceso, provisión e impacto y su pertinencia para responder a las necesidades prioritarias de salud de la población. La Estrategia Nacional de salud esboza que entre los objetivos prioritarios de la década actual, se pretende mejorar la calidad y seguridad de la atención, satisfacción de usuarios, el modelo de atención, incorporación de tecnologías de comunicación y la información en la gestión y la atención, y mejor acceso a medicamentos. Ello incluye desarrollar y consolidar el sistema de salud con base en la Atención Primaria (APS) y redes integradas de atención. Sin embargo, aún es necesario fortalecer el enfoque en APS, la promoción y prevención, y el trabajo con la comunidad, así como la integración de las redes asistenciales.

Entre los mecanismos orientados a mejorar la calidad de la atención, la Superintendencia de Salud realiza acreditación a establecimientos y el Ministerio de Salud desarrolla programas como el de reducción de listas de espera. Estos esfuerzos son importantes y se requiere conocer su concreción, expansión y utilidad para mejorar la gestión y el desempeño eficiente y efectivo de los servicios de salud, tanto públicos como privados. El rol global de la Superintendencia de Salud es muy importante para monitorear y orientar el debido fortalecimiento del sistema global de salud y resguardo de los derechos de los pacientes.

Referencias

1. **Gattini C. et al (2010)** Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de OPS/OMS en Chile, Santiago: 2011
2. **Loyola V., Vergara M. (1994)** Perspectiva histórica y reformas del gobierno militar, en Miranda E. (Ed.) La Salud en Chile. Evolución y perspectivas, CEP. Santiago: Chile, p.29-51
3. **Miranda E. (1994)** Descentralización y privatización en el sistema de salud chileno, en Miranda E. (Ed.) La Salud en Chile. Evolución y perspectivas, CEP. Santiago: Chile, p. 53-109
4. **Larrañaga O. (2010)** El Estado Bienestar en Chile: 1910 – 2010. Documento de Trabajo, PNUD PNUD y Universidad de Chile; PNUD. Santiago, Marzo de 2010
5. **Giaconi J. (1994)** Proyecciones de las reformas introducidas en el sector salud durante el Gobierno de las Fuerzas Armadas, en Miranda E. (Ed.) La Salud en Chile. Evolución y perspectivas, CEP. Santiago: Chile, p.257-273
6. **Infante A. y Guillermo Paraje G., (2010)** La Reforma de Salud en Chile Documento de Trabajo PNUS 2010 – 4. Disponible en www.pnud.cl
7. **Biblioteca del Congreso Nacional (1980)**, DL No. 2.763 sobre Reglamento Orgánico del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
8. **Biblioteca del Congreso Nacional (2004)**, Ley 19.937 sobre autoridad sanitaria
9. **Biblioteca del Congreso Nacional (2010)**, Guía legal sobre el Plan GES. Disponible en www.bcn.cl
10. **Ministerio de salud (2011)** Informe de la Comisión Presidencial de Salud Diciembre 2010. Disponible en www.minsal.cl
11. **Robles C. (2011)** El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad CEPAL LC/W.428 Santiago: 2011
12. **Red de Protección Social (2010)**, PROTEGE, Ministerio de Secretaría General de Gobierno. Disponible en www.redprotege.gov.cl
13. **Ministerio de Salud (2011)**, Estrategia Nacional De Salud 2011-2020, Disponible en www.minsal.cl, Acceso agosto de 2012
14. **Ministerio de Salud (2004)**. Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud.
15. **Ministerio del Medio Ambiente (2011)**, Ley No 19.300. Bases Generales del Medio Ambiente. Ley Orgánica de la Superintendencia del Medio Ambiente. Disponible en www.sinia.cl
16. **Gattini C, y Barrera R. (1996)**, La salud y el Sistema de Salud en Chile. Documento de Trabajo No.1/96 UNEDI, Colegio médico de Chile

Protección Social y Aseguramiento de Salud

El sistema de de protección y aseguramiento en salud es complejo en su marco normativo y financiero, los múltiples temas cubiertos y la diversidad de entidades participantes. En este capítulo se destaca el sistema de previsión pública (FONASA), privada (ISAPRE) y otros sistemas, tanto públicos como privados, que son más específicos tanto en el grupo beneficiario como en los temas que cubren específicamente (como accidentes y enfermedades laborales, de tránsito, enfermedades catastróficas, y problemas prioritarios que son legalmente cubiertos por garantía explícita de salud).

Protección social en salud

El sistema de protección social en salud de Chile forma parte del sistema de protección social global, el cual busca establecer condiciones de seguridad a las persona, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en temas como empleo, salud, educación y previsión. Entre sus objetivos planea la búsqueda de condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso”. La autoridad sanitaria, representada por el Ministerio de Salud, participa del Área de Protección Social del gabinete, que involucra además a los Ministerios de Cultura, Educación, Planificación, Servicio Nacional de la Mujer, Trabajo y Vivienda, y que se encarga de articular y complementar los organismos públicos e impulsar servicios de mayor calidad para la atención de la población que se encuentre en situación de riesgo social. (1,2)

Este sistema se ha hecho bastante complejo, con gran diversidad de de programas y beneficios, y de distintos modos y fuentes específicas de financiamiento.

Su paulatino desarrollo histórico ha estado enmarcado en el desarrollo global de las políticas sociales y de protección y aseguramiento social, lo que a su vez ha sido influido por el énfasis y estrategias políticas y económicas predominantes y el rol que se ha otorgado al Estado en diversos períodos. La gran diversidad de programas refleja además la convivencia y sincretismo de diversos enfoques (incluyendo el de “Estado de bienestar residual”), destacando por un lado la acción estatal para asegurar la respuesta a los derechos universales de la ciudadanía, garantizados por ley (como el caso de del programa universal de vacunas o el sistema GES), y en otro extremo, el aseguramiento específico y privado de riesgos en caso de temas y grupos de población específicos (enfermedad común por ISAPRE, trabajadores por mutuales de seguridad, riesgos de tránsito adicionales cubiertos por aseguradoras). (3-6)

Entre 2001 y 2010, destaca el fortalecimiento y extensión del sistema de protección social en salud (especialmente los grupos más vulnerables y necesitados), mayor aseguramiento al derecho a la salud mediante garantías explícitas exigibles para los ciudadanos (en una serie de patologías priorizadas), y mejoría en la atención y gestión en salud, mejorando la satisfacción usuaria, y con el apoyo de la regulación efectiva para el adecuado aseguramiento y provisión de servicios, hacia una mayor participación, solidaridad y equidad. (1-4)

- La protección social en salud se apoya preferentemente en el aseguramiento de aspectos cruciales como prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares, destacando:
- Asistencia Médica: incluye la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria en la prevención, promoción y recuperación de la salud (tratamiento y rehabilitación).

- Prestaciones económicas de enfermedad: corresponde a bienes y servicios aportados en especies y dinero que se aplican a casos como ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.
- Prestaciones por accidente en el trabajo y enfermedad profesional: su objetivo es la protección al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto por sus condiciones de trabajo, incluyendo la atención médica necesaria y la protección mediante el pago de una pensión o subsidio mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.
- Prestaciones de maternidad: incluye al conjunto de prestaciones de orden médico y económico que se otorgan por causa de la maternidad.

El aseguramiento global de salud se basa en los regímenes contributivos de Enfermedad Común y de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se organizan principalmente en tres sistemas específicos:

- El seguro público, en el Fondo Nacional de Salud, con características de un seguro de reparto. En 2011, cubría a dos tercios de la población (76,2%).
- El sistema ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), que agrupa a 13 entidades privadas que, en su mayoría, operan bajo un régimen de seguro individual. Tiene una cobertura de alrededor del 16,9% de la población (2011).
- El Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, que da cobertura de aseguramiento en salud a los funcionarios de todas las ramas de las fuerzas armadas y de orden, así como a sus familiares, bajo un esquema de seguro de reparto. Su cobertura representa alrededor del 2,4% de la población. (3-6)

Adicionalmente, el sistema de protección social en salud contempla prestaciones universales de prevención y promoción de salud bajo un régimen no contributivo, que incluye una serie de programas y prestaciones de salud pública, entre las cuales destacan:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (niños, gestantes y adultos mayores).
- Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
- Programas Básicos de Salud de las Personas.
- Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa.
- Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño.
- Programa de Salud del Niño, de la Mujer, del Adolescente, Salud Cardiovascular y del Adulto Mayor.
- Programa de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (GES).
- Programa Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera.
- Programa Prestaciones Complejas.
- Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas.
- Programa Salud Mental.
- Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Programas de Prevención del SIDA.
- Programas de Participación y Prevención de Salud.
- Programa Nacional de Cáncer Cérvico-uterino y de mamas.
- Salud Odontológica.
- Salud de los pueblos indígenas.
- Seguro Catastrófico (SC).
- Seguro Escolar de Accidentes.

- Programa Control de Emisión de Fuentes Fijas.
- Salud Ambiental.
- Inocuidad alimentaria. (4)

También hay prestaciones no contributivas de asistencia médica enfocadas en población vulnerable que son objeto prioritario de algunas políticas de protección social gubernamentales: beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF), pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS) y subsidios de cesantía; víctimas de la represión política (PRAIS); discapacitados mentales; migrantes; y población en extrema pobreza. La administración del financiamiento de su aseguramiento recae en el Fondo Nacional de Salud.

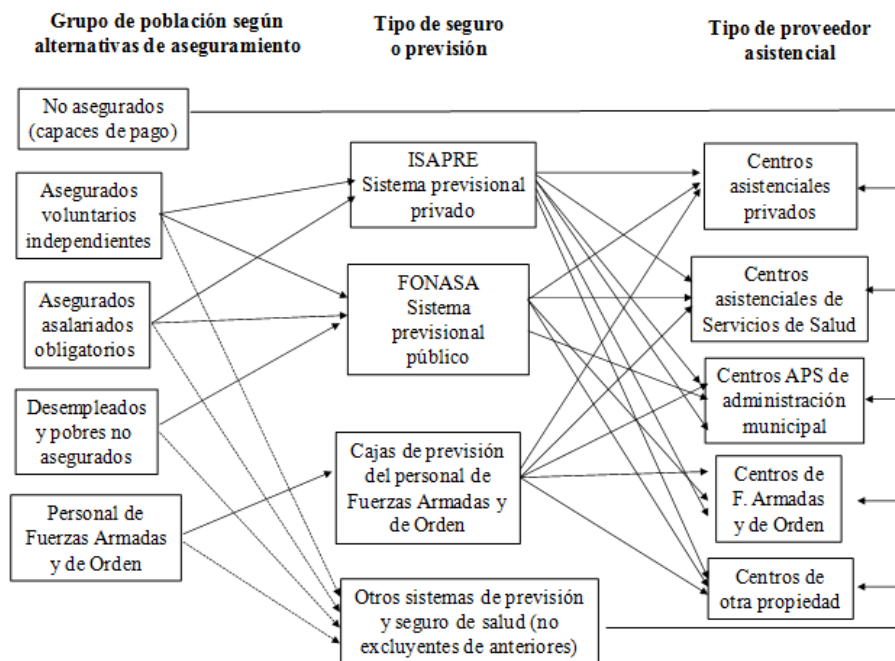
De manera complementaria, las contingencias y necesidades en salud derivadas de los accidentes de tránsito están sujetas a un sistema de aseguramiento obligatorio a todos los propietarios de vehículos motorizados del país. Además se cuenta hay una oferta variada adicional de seguros de salud, complementarios y voluntarios, de administración privada. (3-6)

También destaca el desarrollo de la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explícitas de Salud (AUGE-GES), que persigue asegurar acceso oportuno a servicios de calidad en una serie de patologías que cubren más del 70% de carga de enfermedad. (7,8)

Seguro social obligatorio de salud

Todo trabajador activo o pasivo está obligado a cotizar el 7% de sus ingresos imponible para el financiamiento de su seguro de salud, pero con libertad en la elección entre opciones públicas y privadas. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el seguro público de salud mientras que las aseguradoras privadas son las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), o bien otras entidades aseguradoras de grupos específicos de afiliados, como en el caso de las Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden. En consistencia con los principios y marco normativo del sistema chileno de salud, existe gran amplitud de opciones para que los asegurados públicos y privados puedan optar a diversos tipos de centros asistenciales de salud, sean estos públicos o privados (**figura 7.1**). (1,4)

Figura 7.1. Grupos de población, previsión y proveedores asistenciales en el sistema de salud chileno.



Fuente: OPS Chile, 2010 (1)

En 2011, el 76,2% de la población eran beneficiarias de FONASA (13,2 millones de personas), de los cuales sólo el 41,4% eran cotizantes. Por su parte el sistema ISAPRE concentra en sus beneficiarios el 16,9% de la Población de las cuales el 50,3% son cotizantes, el resto de la población el 6,9% corresponde a particulares y FF.AA. El 27,4% de cotizantes de FONASA son mayores de 60 años (grupo de edad donde se acumula paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidad de atención de salud), pero sólo 3,3% de los cotizantes de ISAPRE tiene ese rango de edad. (2,9)

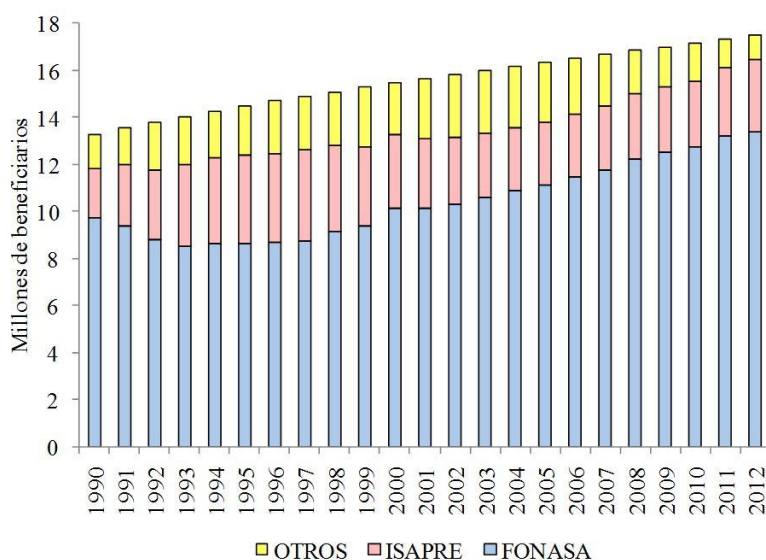
Las cotizaciones representan alrededor de un tercio del gasto en salud y el gasto de bolsillo otro tercio (el restante proviene de aporte fiscal directo). El gasto de bolsillo puede significar una gran desprotección en personas de bajos recursos y contribuir a la inequidad, especialmente cuando hay gran desigualdad de ingreso, como en el caso chileno (6)

El aseguramiento privado de ISAPRE, y la mantención de sus beneficiario adscritos como tales a ese sistema, está relacionado con la mantención del empleo formal, la posibilidad de aportar

cotizaciones oportunamente, y las alzas periódicas de planes. FONASA por otro lado, cumple con el rol de fondo de seguridad pública y además debe prestar beneficios a quienes no tienen empleo o capacidad suficiente para cotizar. Ambos sistemas enfrentan un permanente desafío que es distinto: en el caso de ISAPRE, se busca retener o aumentar su número de cotizantes, lo que depende de que dicho cotizante tenga capacidad de pago de prima (por lo tanto empleado), y en el caso de FONASA debe responder a sus beneficiarios por un lado, pero a su vez aportar beneficios a quienes no trabajan, lo hacen muy esporádicamente (como temporeros(o tienen empleos informales) y por lo tanto no contribuyen con cotizaciones que permitan asegurar el financiamiento adecuado de ese Fondo público.(5,6)

La población adscrita al sistema ISAPRE ha disminuido en los últimos años, en que han influido factores como la selección de cotizantes en que se ofrecen más altos planes de seguro a quienes tienen enfermedades preexistentes o mayor edad o riesgo de enfermar. En contraste, FONASA ha incrementado su población relacionada con una migración del sector privado al público y un aumento de la población chilena (**figura 7.2**). FONASA es menor en el grupo de 20 a 44 años y aumenta progresivamente a grupos de mayor edad; en circunstancias que en grupo de mayor edad se concentran jubilados – a los cuales se les eliminó en 2011 el descuentos de 7% en sus pensiones – y mayor carga de enfermedad y mayor necesidad de atención de salud. (9)

Figura 7.2. Población cubierta según sistema previsional de salud en Chile, 1990 a 2012

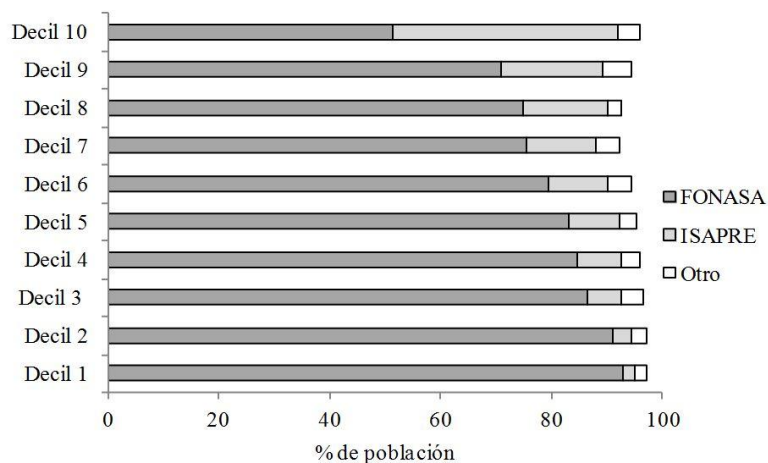


Fuente: Boletín Estadístico FONASA 2013

La expectativa inicial sobre la cobertura de FONASA, en el modelo establecido en la década de 1980, asumía que bajo ámbito de crecimiento económico y privatización, este sistema previsional público sólo se enfocaría en las personas consideradas pobres y el resto optaría por adscribir la previsión privada de ISAPRE. Sin embargo ello no ha ocurrido, por cuanto el nivel de aporte financiero requerido para acceder al mercado de la salud (gastos previsionales, al momento de uso y en medicamentos) es bastante mayor al gasto necesario para acceder al consumo de otros bienes básicos (menos onerosos). Después de cuatro décadas, más de tres

cuartos de la población continúa a adscrito a FONASA (**figura 8.2**). La cobertura de FONASA tiende a ser mayor en los grupos con menor nivel socioeconómico, superando el 90% en el decil de comunas con la población de menor nivel (decil 1); sin embargo, la cobertura de FONASA incluso supera el 50% en el decil de mayor nivel socioeconómico (**figura 7.3**).

Figura 7.3. Población cubierta por sistema previsional según decil socioeconómico en Chile, 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos Boletín Estadístico FONASA 2013

El Fondo Nacional de Salud es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Es un servicio público, funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Es el ente financiero público encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio de Salud, organismo del cual depende, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en los aspectos normativos y de política sanitaria en tanto que en lo relacionado a los derechos de los beneficiarios especialmente al Régimen de Garantías Explícitas en Salud es regulado por la Superintendencia de Salud.

Las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud. Corresponde igualmente a FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección. (11,12)

FONASA funciona con un sistema de reparto, donde todos los beneficiarios cotizantes aportan el 7% de sus ingresos imponibles y acceden a un Plan Único de Salud, independiente del aporte y condiciones de salud de cotizantes. Este sistema de seguro solidario está organizado sobre la base de un aporte obligatorio proporcional a los ingresos realizado por los trabajadores en actividad, con el que se forma un fondo, donde prima la solidaridad en la distribución, de acuerdo a las necesidades.

Los afiliados son catalogados en tramos (A-B-C-D) según su nivel de ingreso y les corresponde un copago diferencial al momento de uso, además permite determinar dos tipo de modalidad de atención al que pueden acceder los afiliados a FONASA: el modo institucional, que sólo puede acceder a los prestadores públicos, considerándose excepciones según la gestión de red

asistencial o el modelo de libre elección para los tramos B-C-D que previo un copago –bono, puede acceder al sistema privado de prestaciones.

El Fondo Nacional de Salud, en su rol de protección social y de aseguramiento del acceso a la atención de salud, concede subsidios en proporción inversa a la capacidad de pago del resto de los afiliados, de acuerdo con cuatro grupos de ingreso (también hay diferencia según el número de familiares a cargo que tenga el cotizante):

- A Población pobre, que no paga cotización y sólo tiene acceso al sistema público (SNSS) en forma gratuita.
- B Población con ingresos inferiores a 1 salario mínimo, que paga la cotización y cuya atención pública es gratuita en el SNSS.
- C Población con ingresos comprendidos entre 1 y 1,45 salarios mínimos, que debe abonar la cotización más un copago del 10 por ciento por recibir atención pública.
- D Población con ingresos superiores a 1,45 salarios mínimos, que ha de abonar la cotización más un copago del 20 por ciento por recibir atención pública.

En la modalidad institucional de atención (uso de centros asistenciales del SNSS con copago según categoría FONASA), los afiliados tienen derecho a recibir el mismo tipo de prestaciones, independiente de condición de ingreso, cotización o riesgo. La contribución (copago) respecto del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen depende del tipo de beneficiario. Aquellos sin ingresos o con menos de uno y medio sueldo vital mensual, no están sujetos a copago; los que tengan ingresos entre uno y medio y dos sueldos vital mensual, deben realizar un copago equivalente al 10%; y los con ingresos superiores, un copago del 20%. No obstante, el monto máximo a pagar anual, independiente del número de eventos que tenga la persona y de su ingreso, es de hasta 3,5 remuneraciones anuales. Eso significa que los grupos de menor categoría e ingreso imponible (especialmente A y B) reciben prestaciones de mayor costo que las primas y pagos que realizan, por lo que hay una redistribución de recursos financieros (primas y pagos al momento de uso) de los afiliados de mayor ingreso a los de menos ingreso, y de los sanos a los enfermos, lo que contribuye a disminuir inequidad en acceso al sistema de salud (**Cuadro 7.1**) (13).

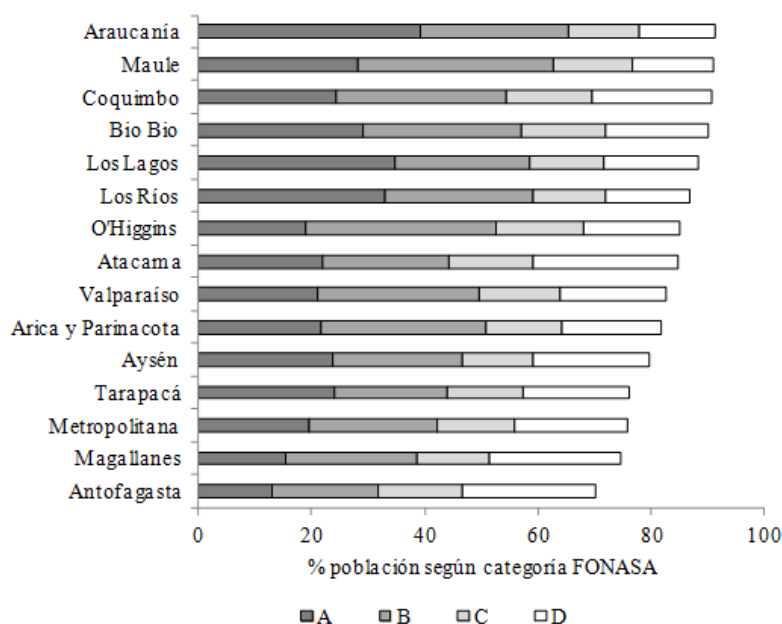
Cuadro 7.1. Cobertura de sistemas previsionales de salud en Regiones de Chile, 2012

Región	Beneficiarios según categoría				Total %
	FONASA %	ISAPRE %	Otro %	Sin Prev. %	
Arica y Parinacota	81.8	8.5	5.3	4.4	100.0
Tarapacá	76.1	16.2	3.3	4.4	100.0
Antofagasta	70.3	25.6	1.5	2.6	100.0
Atacama	84.9	9.6	2.4	3.1	100.0
Coquimbo	90.7	4.6	1.2	3.5	100.0
Valparaíso	82.5	10.3	4.0	3.1	99.9
Metropolitana	75.7	18.9	2.6	2.8	100.0
O'Higgins	85.0	11.2	1.1	2.7	100.0
Maule	90.9	4.7	2.1	2.3	100.0
Bio Bio	90.0	7.0	1.9	1.1	100.0
Araucanía	91.2	5.0	1.8	2.0	100.0
Los Ríos	86.9	8.2	2.3	2.5	99.9
Los Lagos	88.2	7.5	1.9	2.4	100.0
Aysén	79.7	8.8	5.7	5.8	100.0
Magallanes	74.5	14.1	8.7	2.7	100.0
Chile	81.9	13.0	2.6	2.8	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en MDS (IPOS) 2012 (16)

La proporción de población que se estima adscrita a FONASA es diversa entre las regiones del país, fluctuando entre 95% en Arica y Parinacota y 63% en Antofagasta, aunque no tiene perfil consistente con la distribución de pobreza, sino que probablemente influyen otros factores sobre la opción de la población por FONASA (**figura 7.3**). Lo mismo ocurre con las categorías de FONASA, pues mientras en Arica y Parinacota se estima 24% de categoría A y 18% de categoría B, en Antofagasta solo habría 10% y 18% respectivamente (**figura 7.4**). (16)

Figura 7.4. Cobertura de categorías de FONASA en Regiones de Chile, 2012



Fuente: Elaboración propia basada en MDS (IPOS) 2012 (16)

En su origen, las ISAPRE se generaron como empresas de seguros de salud con fines de lucro en un contexto de economía competitiva de mercado, que no sólo ofrecían planes de seguro

sino también contaban con redes de prestadores privados propias, llegando a alcanzar a mediados de los años 90 a cubrir casi el 25% de la población del país. No obstante, las características del mercado han forzado algunas modificaciones.

En general, las ISAPRE desarrollan planes de salud para ofrecerlos al mercado abierto, es decir, su mercado potencial son todas las personas o grupos familiares que puedan contratar un plan de salud. Por esas características, se las denomina ISAPRE abiertas. Todas ellas tienen fines de lucro, con la excepción de una relacionada con la Cámara Chilena de la Construcción, que reinvierte los excedentes. También existen las ISAPRE cerradas, ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas que, por lo general, se originan en los sistemas de bienestar y tienen como único mercado a la población de trabajadores y sus familias de la empresa que les da origen. En las ISAPRE cerradas la posibilidad de inscripción está limitada, en general, a personas que trabajan en una empresa o un sector económico determinado. Normalmente, el financiamiento de estas ISAPRES contempla no sólo la cotización de los trabajadores, sino también, aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices.

En enero de 2011, existían 13 ISAPRE en operación, 7 abiertas y 6 cerradas. Las ISAPRE abiertas poseen el 98,2% de los planes y cubren a un 96,9% del mercado de cotizantes. Las ISAPRE cerradas poseen el 1,8% de los planes restantes y cubren a un 3,1% de los cotizantes. (37,38) Cinco de las ISAPRES cubrían el 95% de los cotizantes y beneficiarios del sistema ISAPRE: Consalud (24%), Banmedica (21%), Cruz Blanca (20%), Colmena Golden Cross (16%) y Más Vida (14%). (11,12)

La cobertura de cotizantes ISAPRE es mayor en poblaciones jóvenes, en especial de 20 a 44 años de edad, mientras que FONASA tiene mayor cobertura en los grupos de edad mayor. Otras categorías de cobertura la constituyen principalmente el grupo de Fuerzas Armadas y de Orden.

Para los beneficiarios del sistema ISAPRE, la contribución (copago al momento de uso) es variable, y en general es de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen y el monto máximo a pagar anual, independiente del número de eventos que tenga la persona, también es de 3,5 remuneraciones anuales.

El sistema de aseguramiento en salud dependiente del Ministerio de Defensa se refiere a La Caja de Previsión de la Defensa Nacional, de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA) y de Carabineros (DIPRECA) que dan cobertura a un 2,4% de la población. En base a los sistemas específicos de salud de las diversas entidades de fuerzas armadas y policía, el Ministerio de Defensa estableció en 1996 el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA.), que contempla un Fondo de Medicina Curativa y Preventiva para atender las necesidades de salud del personal de las FF.AA. y sus cargas. Los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden son considerados públicos pero en general cubren sus beneficiarios específicos y además están abiertas al mercado de la atención de salud.

La protección y aseguramiento en salud laboral se basa en cotizaciones obligatorias de cargo de los empleadores, con recaudación efectuada por los administradores del seguro obligatorio contra accidentes del trabajo, que son las Mutuales de Seguridad (entidades privadas sin fines de lucro creadas en 1958) y el Instituto de Seguridad Laboral ISL (ex INP) (Ley Nº 16.744). Los trabajadores cuyos empleadores estén afiliados a ISL pueden acceder a la atención de salud

principalmente en los Servicios de Salud, sin perjuicio que puedan atenderse en centros privados en convenio con ISL, y los trabajadores cuyos empleadores estén afiliados a las Mutuales, acceden principalmente a la atención en sus propios centros médicos, sin perjuicio de que puedan atenderse en los Servicios de Salud. (1,4)

En lo que refiere a seguridad laboral, las empresas están obligadas a cotizar el 6,5% del ingreso imponible de sus trabajadores para un seguro por accidente y enfermedad laboral; éste tiene dos modalidades de administración: una dependiente del Estado, correspondiente al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) en conjunto con los Servicios de Salud del país, y la administración privada de las Mutualidades de Empleadores, organismos sin fines de lucro, y otras administraciones delegadas.

Son funciones del ISL las prestaciones, pago de indemnizaciones y pensiones por invalidez, pero el pago de subsidios y las prestaciones médicas son otorgadas por los Servicios del SNSS. En la actualidad existen tres mutualidades autorizadas para administrar el seguro laboral: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS); Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (MSCCHC); y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST).

Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)

Como parte de una reforma iniciada en el año 2000, se creó el Régimen de Garantías en Salud, en base a la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) (18). Este Régimen permite el acceso a cualquier centro público o privado que esté abierto al mercado, según lo que respalde la garantía explícita, para cada una de las enfermedades cubiertas por ese sistema. Se sustenta en un Plan Universal de Salud, cuyos beneficios se aplican a toda la población chilena y extranjera residente en el territorio nacional, a todas las enfermedades o condiciones de salud, considerando además sus distintas fases de evolución clínica, y a todas las acciones o prestaciones asociadas al ciclo de salud – enfermedad). (5,8)

Desde 2005, esta ley establece las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas. En su cobertura, se ha definido una serie de problemas de salud priorizados, se han incorporado gradualmente desde 2005 y que representan más de 70% de la carga de enfermedad del país. (8)

La Garantía Explícita de Acceso se refiere a la garantía de recibir las actividades de salud, de acuerdo a las directrices que fije la Autoridad Sanitaria. Dichas directrices estarán vinculadas a grupos poblacionales y a la forma de entrar a una red de servicios de salud, condicionada por la capacidad de resolución y derivación de cada nivel. Cada Administrador de Plan deberá garantizar este acceso, intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los proveedores de Salud. La Garantía Explícita de Calidad se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, por un prestador registrado o acreditado, bajo estándares y guías clínicas establecido por la Autoridad Sanitaria.

La Garantía Explícita de Oportunidad implica un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto ley correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución

de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

La Garantía de Protección Financiera implica garantizar el financiamiento del plan de salud, con el fin de que todas las personas puedan acceder a las acciones y prestaciones del mismo, bajo condiciones explícitas de entrega y conocidas por todos. (8)

Con esta protección en términos del financiamiento, se pretende que la restricción para contribuir total o parcialmente a financiar las prestaciones necesarias no sea un obstáculo al acceso a los servicios, para que ni el trabajador ni su familia caiga en la pobreza o se mantenga en ésta como resultado de afrontar el gasto de mantener, recuperar o rehabilitar su salud.

El Plan AUGE también tiene un componente de Salud Pública, que corresponde al conjunto sistemático de acciones de salud, consideradas "bienes de salud pública", destinadas a proteger la salud de las personas de los riesgos del ambiente y a promover comportamientos que mantengan sana a la población. Algunas de las acciones son de carácter ambiental, colectivo o poblacional y otras son aplicadas a los individuos, por ejemplo, vacunas. Este componente del plan se financia mediante aporte fiscal y es administrado por la autoridad sanitaria. Su ejecución está a cargo, en un ámbito sectorial o intersectorial, de instituciones Públicas y Privadas. (15)

Todas las patologías y problemas de salud no contemplados entre aquellos priorizados en el Plan AUGE se rigen por las condiciones de aseguramiento vigentes, que para el caso de los beneficiarios de FONASA forman parte del Régimen General de Garantías en Salud y para los beneficiarios de ISAPRE, constituyen el Plan Complementario (mínimo respecto de lo cubierto por el seguro público) y las prestaciones complementarias cubiertas por el plan individual de acuerdo a lo que la prima individual permita financiar.

La aplicación progresiva del Plan AUGE ha significado un importante cambio cultural no sólo en los beneficiarios y aseguradores, obligados a velar por el cumplimiento de las garantías explicitadas, sino que también por parte de los prestadores, apremiados a adecuar su oferta a los términos establecidos por los protocolos y guías clínicas definidos para cada uno de los problemas de salud garantizados. Se ha continuado aumentando la lista de las garantías explícitas, alcanzando 69 en 2010 y 80 en 2013. Desde 2010 se hacen esfuerzos adicionales para reducir al máximo las listas de espera de ese sistema.

Reaseguros para enfermedades catastróficas

FONASA e ISAPRE han establecido subsistemas de reaseguro para cubrir las enfermedades catastróficas de sus beneficiarios. Previo a la entrada en vigencia del AUGE o GES, FONASA disponía de un Programa de Enfermedades Catastróficas y las ISAPRES otorgaban y entregaban Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC). Actualmente es complementaria al GES, ya sea en forma directa y excluyente. La CAEC es un beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas ISAPRES que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta en un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias,

realizadas en el país. La CAEC cubre todas las prestaciones de carácter hospitalario que no se encuentren afectas por las Garantías Explícitas en Salud (GES), y excepcionalmente cubre también, algunas prestaciones ambulatorias. Para efectos de este beneficio, una enfermedad es considerada catastrófica cuando la suma de los copagos que genere, es decir, los montos a pagar por el afiliado, es superior a un deducible determinado, que depende de la cotización mensual que paga cada beneficiario por su plan de salud y corresponde a 30 veces dicho monto.

Existe además un Fondo de Compensación Solidaria entre instituciones, que tiene por objeto solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las ISAPRES, con relación a los problemas de salud contenidos en el Decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud. El Fondo compensa entre sí a las ISAPRES por la diferencia neta que se produzca entre la capacidad y la necesidad financiera. En el subsistema de las Fuerzas Armadas y de Orden, no existe un sistema de reaseguro o de compensación de riesgos que apoye la cobertura de enfermedades catastróficas, pero, este sistema cuenta con servicios de bienestar que funcionan como fondos solidarios y su acción directa se facilita a través de su propia red asistencial.

Conclusión y perspectivas de progreso

El sistema de protección social en salud de Chile forma parte del sistema de protección social global, el cual busca establecer condiciones de seguridad a las persona, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en salud. Este sistema se ha hecho bastante complejo, con gran diversidad de programas y beneficios, y de distintos modos y fuentes específicas de financiamiento.

Su paulatino desarrollo histórico ha estado enmarcado en el desarrollo global de la protección y aseguramiento social, lo que a su vez ha sido influido por el énfasis político y económico predominante y el rol que se ha otorgado al Estado en diversos períodos. La gran diversidad de programas refleja además la convivencia de diversos enfoques, destacando desde la acción estatal para asegurar la respuesta a los derechos de la ciudadanía (como el caso de del programa universal de vacunas o el sistema GES) al aseguramiento privado de riesgos en caso de temas y grupos de población específicos (enfermedad común por ISAPRE, trabajadores por mutuales de seguridad, riesgos de tránsito adicionales cubiertos por aseguradoras).

El aseguramiento privado de ISAPRE, y la mantención de sus beneficiario adscritos como tales a ese sistema está muy relacionado con mantener un empleo formal y la posibilidad de aportar cotizaciones oportunamente. FONASA por otro lado, cumple con el rol de fondo de seguridad pública y además debe prestar beneficios a quienes no tienen empleo o capacidad suficiente para cotizar. Ambos sistemas enfrentan un permanente desafío que es distinto: en el caso de ISAPRE, se busca retener o aumentar su número de cotizantes, lo que depende de que dicho cotizante tenga capacidad de pago de prima (por lo tanto empleado), y en el caso de FONASA debe responder a sus beneficiarios por un lado, pero a su vez aportar beneficios a quienes no trabajan, lo hacen muy esporádicamente (como temporeros(o tienen empleos informales) y por lo tanto no contribuyen con cotizaciones que permitan asegurar el financiamiento adecuado de ese Fondo público.

La protección social en salud se apoya preferentemente en el aseguramiento de aspectos cruciales como prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares. También incluye un amplio rango

de programas y prestaciones de salud pública; muchos de ellos enfocados en población pobre y de mayor necesidad.

Los beneficiarios de los tres principales sistemas de previsión para enfermedades comunes (FONASA, ISAPRE y previsión de Fuerzas Armadas) específicos de salud continúan con una distribución histórica relativamente similar. A pesar del progreso económico del país y su población, más de tres cuartos de la población continúa adscrita a FONASA, mientras que el sistema ISAPRE alcanza a 17%. Incluso, la tendencia de FONASA ha sido a incrementar sus beneficiarios tanto por aumento de habitantes como por migración desde el sistema ISAPRE. La “pobreza” que limita el acceso al mercado lucrativo de salud es mucho mayor que la estimada tradicionalmente en base al ingreso equivalente al doble de dos canastas básicas mensuales.

El seguro obligatorio de salud se enmarca en los principios y marco normativo del sistema chileno de salud, con gran amplitud teórica de opciones para elegir previsión pública o privada y a través de uno u otro sistema, para que los asegurados públicos y privados puedan optar a diversos tipos de centros asistenciales de salud, sean estos públicos o privados. Ese modelo, basado en que la regulación y eficiencia principal proviene del mercado, no parece haberse consolidado conforme al plan y modelo original, lo que se refleja en la mayoritaria proporción de asegurados de FONASA y de usuarios del SNSS que se mantienen en el sistema público, el desfinanciamiento crónico y crítico del SNSS y el frecuente descontento ciudadano (de sectores públicos y privados). Este tema fue estudiado por la Comisión Presidencial de Salud en 2010, pero sus recomendaciones no fueron finalmente acogidas o puestas en práctica.

Las Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden tienen un sistema organizado de previsión que también incluye red asistencial propia, que por razones históricas recientes, tiene infraestructura moderna y adecuadamente equipada.

Los seguros de accidente y enfermedad laboral y los centros asistenciales que algunos de estos seguros funcionan en forma adecuada, aunque sólo están restringidos a aquella proporción de trabajadores que cuentan con empleos formales y empleadores involucrados en proteger y asegurar a sus trabajadores. Quedan fuera de esta opción una gran proporción de trabajadores informales o sin empleo estable.

En sus recomendaciones, destaca que la Comisión Presidencial de Salud de 2010 (conformada por expertos de distintos sectores políticos) respaldó en forma unánime la propuesta de un plan universal de salud; ello incluía un cambio en la forma de calcular los aportes fiscales a la salud, con una prima per cápita para cubrir dicho plan en el caso de los indigentes y parcialmente a quienes pueden contribuir con su cotización. También se propuso crear un fondo de compensación de riesgos que fuese financiado con las cotizaciones obligatorias de salud y los subsidios que el Estado destine a las primas per cápita.

Referencias

1. **Gattini C. et al (2010)** Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de OPS/OMS en Chile, Santiago: 2011
2. **Ministerio del Desarrollo Social (2011)**, Informe de Política Social 2011.
Disponible en: www.ministeriodesarrollosocial.cl

3. **Arenas A. y Benavides P. (2003)** Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2000. Oficina Internacional del Trabajo, Santiago: 2003
4. **Larrañaga O. (2010)** "Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica". Documento de Trabajo PNUD 2010-4. Larrañaga O. y Contreras D. (Ed.). "Las nuevas políticas de protección social". Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, PNUD, Santiago de Chile, 2010.
5. **FONASA (2007)**, Protección Social en Salud en Chile. FONASA, Santiago: 2007
6. **Urriola R. (2006)** "Chile: Protección social de la salud" Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health 20(4): 273-286, 2006
7. **SUPERSALUD (2012)**, Ley 19.936 sobre la Autoridad Sanitaria (Modifica el DL N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana).
8. **Biblioteca del Congreso Nacional (2010)**, Guía legal sobre el Plan GES
9. **FONASA (2013)** Boletín Estadístico de FONASA 2013. Disponible em www.fonasa.cl
10. **Ministerio de Planificación y Coordinación (2010)**, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009. www.mideplan.cl
11. **MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile (2008)**, Financiamiento del sistema de salud en Chile
12. **MINSAL, Superintendencia de Salud (2012)**, Archivo Maestro de Beneficiarios
13. **Mesa-Lago C. (2008)** "Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad", Revista Internacional del Trabajo, Vol. 127: 421-446 (2008), núm. 4
14. **Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2013)**, Compendio Estadístico 2013.
15. **Ministerio de Salud de Chile (2010)**. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período. Grado de cumplimiento de los Objetivos de Impacto.
16. **Ministerio del Desarrollo Social (2011)**, Informe de Política Social 2011. Disponible en: www.ministeriodesarrollosocial.cl

Infraestructura y Recursos Asistenciales de Salud

Este capítulo describe los principales aspectos de los recursos financieros, físicos y humanos de los diversos prestadores asistenciales, en especial del Sistema nacional de Salud.

Infraestructura asistencial

La mayor proporción de infraestructura se encuentra en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); que es el principal prestador de servicios asistenciales en el país; este organismo cuenta con una red asistencial que cubre toda la geografía poblada del país y más del 80% de la población, incluyendo a aquellos grupos que no tienen capacidad de acceso al mercado lucrativo de salud. La red asistencial del SNSS que está conformada por hospitales públicos (y otros adscritos bajo convenio) y la atención primaria de salud, que en su mayoría está delegada a la Administración Municipal. Los Servicios de Salud cumplen la función de articulación, gestión y desarrollo de la red, para desempeñar las funciones de fomento, protección y recuperación de la salud. (1)

La mayor parte de la prestación privada de servicios de la medicina formal es provista por personas y entidades con fines de lucro. El sector prestador privado con fines de lucro provee servicios asistenciales a través de diversos tipos de centros asistenciales (ambulatorios y cerrados), incluyendo a aquellos profesionales prestan atención de salud de manera individual. La regulación de los prestadores está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en términos de autorización sanitaria, y la Superintendencia de Salud, en los aspectos de acreditación y certificación de calidad. Los prestadores privados sin fines de lucro en general están vinculados a instituciones de carácter solidario, religioso, voluntariado, mutuales, sociedades de beneficencia u organizaciones no gubernamentales (ONG).

Los principales prestadores privados se agrupan en la asociación de Clínicas de Chile, la cual tiene como propósito declarado mantener una relación permanente de colaboración con las autoridades y los demás organismos públicos y privados presentes en el sector, para lo cual en términos operacionales a desarrollado un plan de trabajo, a fin de establecer una mayor complementariedad entre los prestadores públicos y privados. Se estima que actualmente Chile tiene 42.500 camas hospitalarias, de las cuales alrededor de 11.500 corresponden a las aproximadamente 150 clínicas privadas del país, concentradas principalmente en Santiago. La dotación de camas del sector privado incluye clínicas de diversa capacidad resolutive, maternidades, y establecimientos de atención psiquiátrica y geriátrica. También incluye la red asistencial del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, y las mutuales de seguridad laboral. Los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden funcionan como proveedores privados, que en general cubren la atención de sus beneficiarios específicos y además están abiertas al mercado abierto de la atención de salud. Hay entidades privadas (o que siendo estatales, no forman parte del SNSS) que tienen infraestructura sanitaria con prestación de servicios. (1)

El principal componente de la infraestructura asistencial, en cuanto a recursos involucrados y a complejidad tecnológica, se encuentra en los establecimientos hospitalarios y centros ambulatorios de alta complejidad asistencial. En 2010, se registró 415 centros hospitalarios en el país, de los cuales 208 correspondían al SNSS (**cuadro 8.1**). (2)

Cuadro 8.1. Establecimientos hospitalarios en Chile, 2006 a 2010

Tipo de hospital	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitales SNSS de alta complejidad	59	60	60	60	61	61	61	62
Hospitales SNSS de mediana complejidad	24	23	23	23	23	23	23	26
Hospitales SNSS de baja complejidad	99	99	99	99	99	99	99	99
Hospitales con convenios y similares	26	23	23	23	29	27	25	14
Total hospitales del SNSS	208	205	205	205	212	205	205	212
Otros hospitales públicos	15	14	14	14	14	16	23	12
Hospitales de Mutuales de Empleadores	45	43	42	42	40	40	37	17
Hospitales y clínicas privados	135	139	147	147	152	136	147	88
Total establecimientos del subsector privado	180	182	189	189	192	189	189	192
Total de hospitales del país	403	401	408	408	418	402	415	416

Fuente: Censo Estadístico INE 2011 y 2013

Infraestructura del SNSS

El recurso y actividades hospitalarios del SNSS se distribuyen en Regiones que tienen distinto tamaño de población y cobertura según población del área geográfica asignada y número de hospitales a cargo (**cuadro 8.2**) (3). Los hospitales tienen distinto grado de complejidad tecnológica y especialidades que ofrecen.

Cuadro 8.2. Población e indicadores hospitalarios en Regiones de Chile, 2009.

Región	Camas hospitalarias de establecimientos				
	SNSS	Otros públicos	Privados	Total	
	n	n	n	n (*1.000 h.)	
Arica y Parinacota	255	19	86	360	1,9
Tarapacá	368	0	76	444	1,4
Antofagasta	800	121	429	1.350	2,3
Atacama	502	0	66	568	2,0
Coquimbo	962	0	0	962	1,3
Valparaíso	3.232	377	630	4.239	2,4
Metropolitana	8.142	2.026	4.628	14.796	2,1
O'Higgins	827	83	135	1.045	1,2
Maule	1.469	0	102	1.571	1,6
Biobío	3.815	71	233	4.119	2,0
Araucanía	2.065	0	247	2.312	2,4
Ríos	1.406	11	95	1.512	4,0
Lagos	989	6	0	995	1,2
Aysén	262	0	0	262	2,5
Magallanes	179	75	40	294	1,9
País	25.273	2.789	6.767	34.829	2,1

Fuente: Ministerio de Salud, 2011 (3)

En 2009, había 60 hospitales de alta complejidad en el SNSS, que representan 29,2% de los hospitales de ese sistema y 14,7% de los hospitales del país. (3) Éstos tienen especialidades complejas y uso de tecnología más complejo. Por ocupar el máximo nivel de complejidad de las redes asistenciales de las cuales forman parte, tienen una función de referencia y contra-referencia de pacientes y se ubican en grandes centros urbanos o en cabeceras de ciudades de regiones. Un tipo especial de hospital de alta complejidad lo constituyen los institutos nacionales, en general concentrados en una especialidad predominante de alto nivel y pueden recibir referencias desde diversas regiones del país. En la actualidad existen el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Psiquiatría; el Instituto Nacional de Geriátrica, el Instituto Nacional de Neurocirugía; y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. (3)

En 2009, había 23 hospitales de mediana complejidad en el SNSS, fundamentalmente en cabeceras de provincia o sirviendo de centros de derivación de un área de influencia de un grupo de comunas o de hospitales de baja complejidad. Esos hospitales representan 10,9% de los hospitales del SNSS y 5,7% de los hospitales del país. (3)

En 2009, había 99 hospitales de baja complejidad (con coberturas directas entre 3.000 y 40.000 habitantes), lo que representa una proporción de 47,1% de los hospitales del SNSS y 24,6% de los hospitales del país. A pesar de que esos hospitales constituyen casi la mitad de los existentes en el SNSS, la cantidad de camas es minoritaria, por cuanto su tamaño fluctúa entre

30 y 100 camas, mientras que en los hospitales de mayor complejidad existen centenas de camas por establecimiento. (3)

El diseño y construcción de la mayoría de hospitales del SNSS corresponde al volumen y tipo de demanda de atención que existía o se proyectaba al momento en que dicho establecimiento fue construido. Sin embargo, la población y demanda cubrir ha aumentado ostensiblemente. Ello es más notorio en comunas o grupos de comunas metropolitanas que tienen cientos de miles de habitantes pero no cuentan con hospital (como lo fue la comuna de Maipú hasta hace algunos años atrás), o bien su estructura y oferta no responde al extenso volumen de población cubierta (Puente Alto, comunas del área Oriente).

Centros de nivel de atención primaria

Para la realizar la función de atención primaria de salud en el SNSS, los establecimientos ambulatorios de este nivel son administrados en base a convenios entre Servicios de Salud y Municipalidades y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud.

De los 2.062 establecimientos de atención ambulatoria registrados en el SNSS en 2009, 880 eran centros de salud de atención primaria (42,7%) y 1.166 postas de salud rural (56,5%). Los 16 centros restantes (0.8%) eran consultorios adosados de especialidades, que formaban parte de hospitales y con dependencia más directa del Servicio de Salud (**cuadro 8.3**). En 2009, existían diversas estrategias y centros de atención ambulatoria en el SNSS (3):

Cuadro 8.3. Centros de atención ambulatoria del SNSS, 2006 a 2011

Tipo de centro de atención ambulatoria	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Centros de Atención Ambulatoria de Especialidades	11	9	10	10	15	16	16	23
Centros de Salud de Atención Primaria	633	675	686	798	945	880	1012	1092
Postas de Salud Rural	1162	1171	1169	117	1165	1166	1164	1161
Total Centros de atención ambulatoria del SNSS	1806	1855	1865	1978	2125	2062	2192	2276

Fuente: Compendio Estadístico INE, 2011 y 2013

- Centro Diagnóstico Terapéutico. Existían 13 centros de alta complejidad, con atención de referencia a los establecimientos de menor complejidad, incluyendo actividades como tomografía axial computada o cirugía menor.
- Centro de Referencia de Salud. Había 9 centros de mediana complejidad, con atención de referencia en especialidades básicas a una red de 4 a 6 consultorios urbanos, en grandes ciudades.
- Centro de Salud Mental (COSAM). Se cuenta con 60 centros especializados en el área de salud mental, de baja complejidad
- Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Hay 172 centros de baja complejidad. Otorga prestaciones de urgencia, resolviendo patología de emergencia de baja complejidad en horario no hábil
- Servicio de Urgencia Rural (71). Se registraba 71 centros de baja complejidad enfocados en urgencia de sectores rurales (en que no hay hospital general)
- Centro de Salud Rural (CSR). Había 103 centros de baja complejidad, para localidades rurales con habitantes entre 2000 y 5000 hab.
- Centro de Salud Urbano (CSU). Había 178 establecimientos de baja complejidad. Busca cubrir poblaciones asignadas no superiores a 40.000 hab. Su existencia es previa al cambio de modelo de salud familiar.

- Centro de Salud Familiar (CESFAM). Se registraba 371 centros de baja complejidad. Cuenta con equipos multidisciplinarios que oferta un plan de salud familiar y realizan las acciones de salud pública y entrega de prestaciones curativas.
- Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF). Se registraba 139 centros de baja complejidad, dependientes de un centro de salud familiar base, con una base comunitaria insertos a nivel local para brindar en forma actividades asistenciales y promoción de salud.

Posta Rural. Había 1.166 establecimientos registrados, de baja complejidad. Centro asistencial primario para poblaciones dispersas y/o concentradas de 600-2000 habitantes, con un técnico paramédico residente. Se apoya en rondas del equipo multidisciplinario de APS, en forma periódica. (3) El 16% de los centros asistenciales corresponden al sector considerado privado (o no perteneciente al sistema público). De ellas el 45% son clínicas privadas, 25% son clínicas psiquiátricas, geriátricas y otras de larga estadía, 9% corresponden a entidades relacionadas con agrupaciones de trabajadores estatales u otras, como Fuerzas Armadas, Universidades, Trabajadores del Cobre. 7% corresponden a centros dependientes de CONIN, TELETON, centros de diálisis u otros similares. (5)

Financiamiento

El financiamiento proviene de diversas fuentes, principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y las empresas. Por su complejidad y heterogeneidad, no es posible estimar el financiamiento global de salud en su totalidad. Sin embargo, se conocen y divulgan aquellas fuentes y gastos afectos a registros gubernamentales y cuentas nacionales, que tienen gran implicancia en el presupuesto nacional. El financiamiento del sistema global de salud incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios. El aporte público proviene del presupuesto general del Estado, basado en impuestos generales y específicos de las personas. El aporte privado incluye aportes directos e indirectos, por gastos de bolsillo de las personas y cotizaciones de los afiliados al sistema previsional privado. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que los usuarios efectúan directamente al prestador de servicios. El gasto total en salud fue de 8,3% del PIB en 2009. De ello, el 47,4 % es público y representa el 16% del presupuesto del Gobierno. El 64,6% del gasto privado es gasto directo o de bolsillo (que es el más regresivo). Entre 2005 y 2009, el gasto en salud per cápita aumentó de US\$ 841 a US\$ 1.185. A pesar de ese aumento, la proporción del gasto privado es mayor que la del público, lo que dificulta alcanzar universalidad con equidad y eficiencia en el sistema de salud. (6,7)

El financiamiento comprende una combinación entre aportes públicos y privados, los que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y de provisión de servicios. El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado, el cual se genera a partir de la recaudación de impuestos generales y específicos de las personas. Este se compone del aporte público o fiscal directo que corresponde a las asignaciones presupuestarias desde el Gobierno Central hacia el Ministerio de Salud y al aporte municipal, y del aporte público indirecto que corresponde a las transferencias de otros Ministerios hacia el MINSAL y a las cotizaciones obligatorias de seguridad social en salud que efectúan los trabajadores asalariados y las empresas a partir de sus ingresos impositivos. Se consideran también las cotizaciones de los pensionados y del personal de las Fuerzas Armadas y de Orden .

Por su parte, el aporte privado también se compone de aportes directos e indirectos, correspondiendo los primeros a los gastos de bolsillo de las personas y los segundos a las cotizaciones adicionales que pueden enterar voluntariamente los afiliados a ISAPRE para mejorar la cobertura de su plan de salud y el pago de las primas de seguros privados de salud. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que efectúan directamente los usuarios al prestador de servicios, sin contemplar cobertura de ningún tipo de aseguramiento. (7,8,10)

Destacan las siguientes fuentes de financiamiento:

- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
- Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
- La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% de los ingresos impositivos), en virtud del régimen de seguro de salud.
- El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.

- Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
- El copago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
- Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
- Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
- Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
- El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.

Entre las diversas fuentes del financiamiento del sistema de salud, destaca que más de un tercio (35%) es aportado por la cotización de los trabajadores, un cuarto es aportado por el Gobierno Central (26%) un décimo por pagos particulares.

El financiamiento del sistema se basa en aportes públicos y privados (principalmente basado en fondos de impuestos generales y cotizaciones salariales obligatorias), que se asignan y transfieren a las diversas entidades del sistema de salud, principalmente al ministerio de salud y sus entidades dependientes, a FONASA y aseguradoras privadas, servicios de salud y municipios para la administración de atención primaria, y convenios.

El aporte público proviene principalmente de los impuestos y de las cotizaciones obligatorias (7% de salarios) que se realizan al Fondo Nacional de Salud (en menor proporción, de otros sistemas de previsión y seguros, como el de las Fuerzas Armadas y de Orden). En el año 2007, dos tercios del financiamiento provenía del aporte público total (40% directo y 27% indirecto) y un tercio correspondió al aporte privado total (24% directo y 9% indirecto).

A su vez, el 58% del financiamiento público correspondió a las cotizaciones a FONASA y 39% al aporte fiscal del Gobierno Central (el resto correspondía al aporte propio de los municipios y transferencias de otros Ministerios al de Salud). El 73% del financiamiento privado total correspondió a gasto de bolsillo, 17% a cotizaciones y 10% a primas de seguros de salud (MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile). (9)

Los ingresos y gastos del sector público de salud

Los ingresos del sector público de salud se estipulan en el presupuesto nacional y provienen principalmente del aporte fiscal y transferencias de aportes previsionales de salud. Los principales tipos de ingresos del sector público de salud en 2011 fueron: 2.382,9 miles de millones de pesos por el aporte fiscal, constituyendo la principal fuente del ingreso del sector salud (60,8%); 1.187,3 miles de millones de pesos por imposiciones previsionales (30,3%); 95,8 miles de millones de pesos por ingresos de operación (1,9%); y 6.8% proveniente de otros ingresos (como las transferencias de fondos al Sector).

El financiamiento global de la salud es gastado por diversos entes ejecutores y a través de varios mecanismos, principalmente en sus componentes de gasto público y gasto privado. El gasto público en salud se considera inserto en el llamado gasto social, efectuado por el gobierno, de los fondos fiscales asignados en el presupuesto nacional a los llamados sectores sociales: educación, salud, vivienda, bienestar social, seguridad social y desarrollo regional.

El gasto público es realizado por el sector público y puede descomponerse como sigue:

- El gasto fiscal, del Gobierno Central, financiado con fondos del presupuesto nacional, asignados al Sector Salud, cuyo ejecutor es el Ministerio de Salud.
- El gasto que realizan otros sectores e instituciones del Estado (como los Ministerios de Educación, Interior, Defensa), de fondos fiscales, para gasto específico de acciones de salud.
- El gasto en actividades de salud ejecutado por las municipalidades, de fondos provenientes de sus ingresos tributarios y de otras fuentes propias.
- El gasto realizado por las instituciones públicas, de fondos provenientes del aporte privado y que por ley deben ser administrados por el sector público: los aportes previsionales recaudados por FONASA; el pago directo de servicios otorgados por las unidades de atención del sector público; las donaciones y otros.

El 2010 el presupuesto fue de 3.320.408 MM de pesos. A nivel público el presupuesto general del estado se compone de un aporte directo e indirecto el primero corresponde al fiscal, a las asignaciones presupuestarias desde el gobierno central que corresponde el 52% del total del presupuesto, siendo el aporte indirecto las contribuciones obligatorias de seguridad social en salud por parte de asalariados y empresas, además de transferencias desde otros ministerios al MINSAL, incluyéndose además las cotizaciones de pensionados y personal de Fuerzas Armadas y Orden. En lo privado, el presupuesto se compone de un aporte directo relacionado a gastos de bolsillo de las personas que representan el 73% del presupuesto y los indirectos (27% del presupuesto) a las cotizaciones adicionales voluntarias de los afiliados a ISAPRE y al pago de primas de seguro de salud. El financiamiento total al sistema público de salud ha aumentado entre 2000 y 2001, en todos sus estratos (**cuadro 8.4**) (7,8)

Cuadro 8.4. Fuentes de financiamiento del sistema de salud en Chile, 2000 a 2012

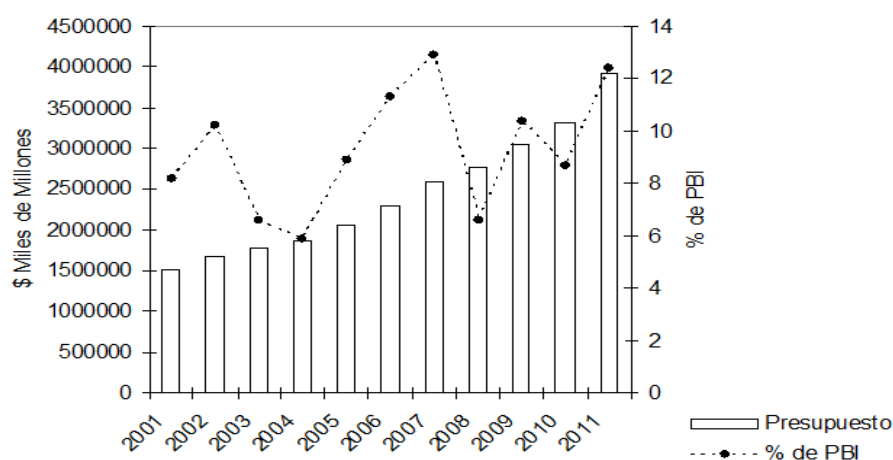
Año	Gasto público				Gasto privado				Gasto total	
	Directo		Indirecto		Gasto de Bolsillo		Cotización Voluntaria		MM\$ c/año	%
	MM\$ c/año	%	MM\$ c/año	%	MM\$ c/año	%	MM\$ c/año	%		
2000	656	19.2	908	26.6	1665	48.8	185	5.4	3413	100.0
2001	762	20.1	980	25.9	1830	48.3	214	5.6	3785	100.0
2002	753	18.8	1039	26.0	1977	49.4	231	5.8	3999	100.0
2003	821	21.2	1091	28.2	1693	43.7	269	6.9	3873	100.0
2004	954	22.4	1177	27.6	1828	42.9	302	7.1	4261	100.0
2005	1055	23.0	1294	28.2	1911	41.6	329	7.2	4588	100.0
2006	1272	25.1	1404	27.7	2035	40.2	353	7.0	5064	100.0
2007	1470	25.8	1569	27.6	2271	39.9	384	6.7	5695	100.0
2008	1729	26.5	1771	27.2	2579	39.5	443	6.8	6523	100.0
2009	2261	30.8	1798	24.5	2817	38.3	472	6.4	7347	100.0
2010	2588	30.9	2193	26.2	3075	36.7	519	6.2	8375	100.0
2011	2843	31.1	2291	25.0	3391	37.1	626	6.8	9151	100.0
2012	3126	31.0	2542	25.2	3746	37.1	684	6.8	10097	100.0

Nota: (MM\$) - Millones de millones de pesos de cada año

Fuente: FONASA, Boletín Estadístico 2013 (8)

El gasto en salud ha mantenido un aumento progresivo en los últimos años (**figura 8.1**), con un crecimiento promedio anual de 9.3%, representando a la fecha un 6,6% del PIB. Este aumento de gasto se ha relacionado con el envejecimiento de la población.

Figura 8.1. Presupuesto sectorial de salud, Chile 2001 a 2011

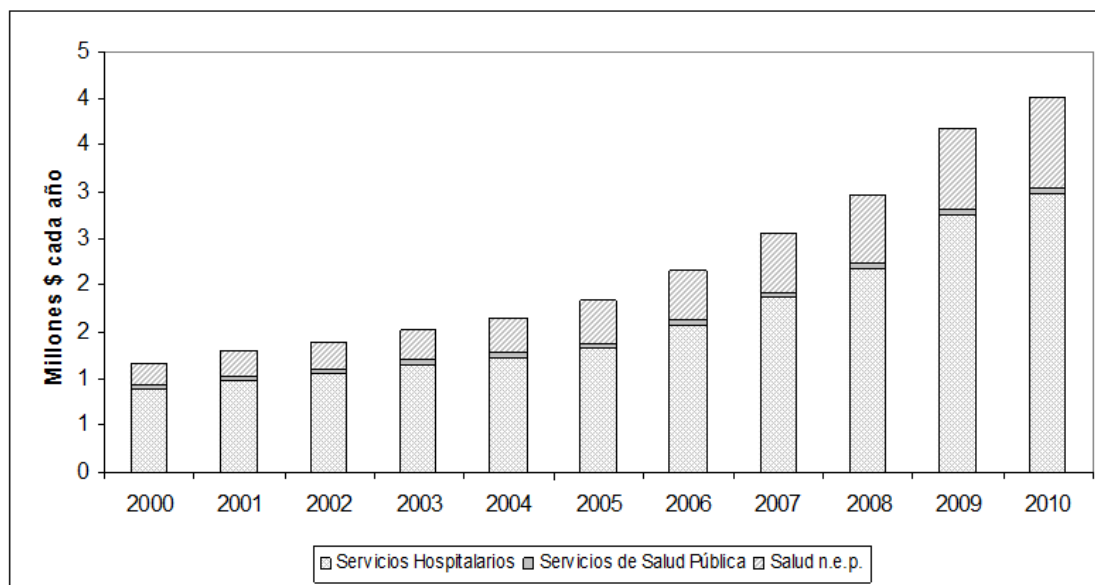


Nota: Presupuestos Iniciales de cada año + Reajustes y Leyes Especiales. 1.- Serie homogénea, en base a los cambios presupuestarios de la CENABAST y el FUPF. 2.- Incluye sólo gastos sobre la línea, no considera: Servicio de la Deuda, Inversión Financiera y Saldo Final de Caja

Fuente: FONASA, 2010 (11)

El gasto en Salud de gobierno central en el año 2000 fue de M\$1.153.447, el cual ha ido en aumento durante la última década alcanzando M\$4.021.593 - representando un gasto per cápita de \$235.260 - en el año 2010 (**figura 8.2**). (11)

Figura 8.2. Gasto en Salud Gobierno Central 2000-2010.

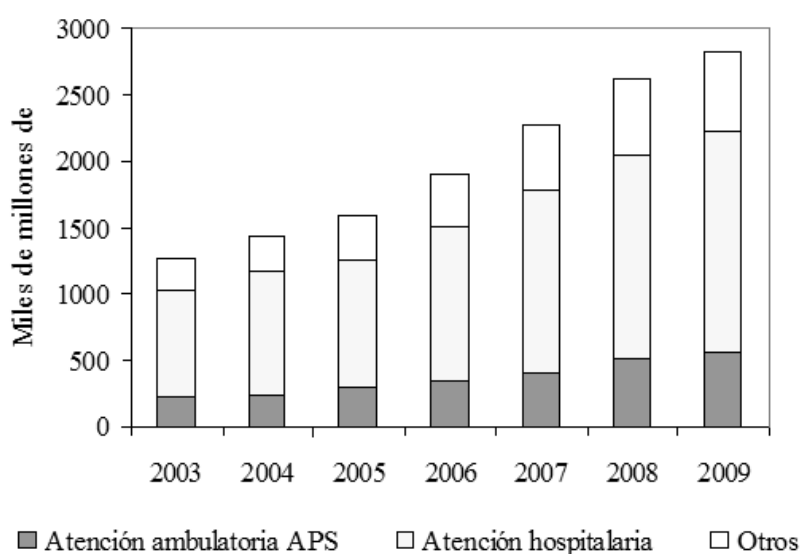


Fuente: Ministerio de Salud, DESAL, Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial. MINSAL en base a datos de "Estadísticas de Finanzas Públicas 1987-2003" y "Estadísticas de Finanzas Públicas 2001-2010" (12)

En 2010, ese gasto se destinó a:

- Servicios Hospitalarios (74,1%), incluyendo Organismos de Salud del Ejército, Dirección de Sanidad de la Armada, Organismos de Salud de la Fuerza Aérea de Chile, Hospital de Carabineros, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Inversión Sectorial en Salud, Servicios de Salud, (menos Centros de Prevención Alcoholismo y Drogadicción), Central de Abastecimiento Sistema Nacional de Servicios de Salud y Gobiernos Regionales
- Salud NET (24,4%), incluyendo Subsecretaría de Salud (excepto el Programa Nacional Alimentación Complementaria), Fondo Nacional de Salud, Venta Electrónica de Bonos FONASA y Superintendencia de Salud
- Servicios de Salud Pública (1,5%): incluyen Programa Nacional Alimentación Complementaria, Centros de Prevención Alcoholismo y Drogadicción e Instituto de Salud Pública
- En el período entre 2003 y 2009, el gasto de ser sector público aportado a apoyar las diversas actividades del sistema de salud aumentó paulatinamente (**figura 8.3**). Sobre el 90% del total de gasto se destina a los beneficiarios, quedando un menor porcentaje a las actividades de regulación y rectoría. (11,13)

Figura 8.3. Distribución del gasto de salud en centros asistenciales del SNSS, 2003 a 2009.



Fuente: FONASA, Informe Gasto en Salud 2009. (13)

Asimismo, la atención hospitalaria concentra el 58% del gasto en salud, mientras que la atención primaria gasta el 20% a pesar de resolver el 90% de la demanda asistencial del sistema. La tendencia general muestra un aumento sostenido al doble del gasto en todos sus componentes referente al quinquenio anterior. Destaca que las mayores actividades financiadas son la atención hospitalaria y la atención primaria de salud, en otros se encuentra principalmente el funcionamiento de CENABAST, FONASA, regulación y rectoría sanitaria (ISP, Servicios de Salud, Subsecretarías de Salud y Redes Asistenciales). La distribución de fondos de FONASA a la atención primaria bajo administración municipal se basa en una estimación per cápita de la población registrada, corregida por factores de pobreza, ruralidad y otros factores.

El Informe de la Comisión Presidencial de Salud (Diciembre 2010) (14), analizó una serie de problemas y desafíos, relacionados directa o indirectamente con el financiamiento global del sistema

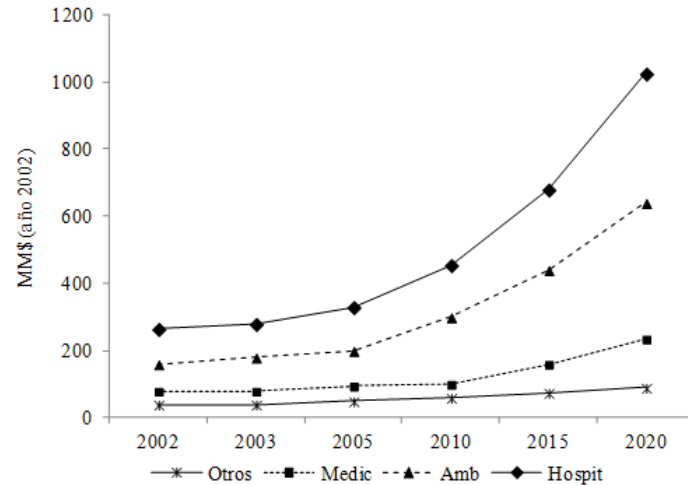
- FONASA ha experimentado un significativo aumento del componente fiscal de sus ingresos.
- Las ISAPRE enfrentan cada vez más conflictos con sus clientes, los que han judicializado sus reclamos principalmente por el incremento en los precios.
- La red pública de consultorios y hospitales sufre de muchas deficiencias en su organización, lo que le impide responder en forma dinámica a las cambiantes necesidades de sus beneficiarios generando en éstos altos grados de insatisfacción.
- Los centros privados, debido al modelo de compra por parte de los seguros, se orientan al pago por prestaciones, lo que presiona a un incremento de los costos e impide dar solución global a los problemas de salud de una población.

El citado informe reconoce que la tarea de proponer ulteriores reformas en salud es intrincada y laboriosa y posiblemente se van a requerir plazos prolongados para alcanzar un consenso nacional. (14)

El envejecimiento de la población tendrá un efecto importante en el gasto de la atención de salud, en que probablemente influirá el aumento de adultos mayores e incremento de

tecnologías de alto costo para tratar a ese grupo. Sólo considerando el aumento de habitantes de ese grupo (asumiendo en forma conservadora que se mantendría el patrón de atención específica en atención hospitalaria, ambulatoria y costo de medicamentos), estos van a aumentar exponencialmente durante la década, especialmente en lo que se refiere a hospitalización (**figura 8.4**). (15)

Figura 8.4. Proyección de gasto en salud de adultos mayores (60 años y más) en Chile. 2002 a 2020.



Fuente: Superintendencia de salud (2006), Departamento de Estudios, Olivares Tirado Salazar P. Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 - 2020

Equipamiento y tecnología

La mayor parte de las camas hospitalarias del país pertenecen al SNSS (70.9%), un décimo pertenece a otros hospitales públicos (9.6%) y una de cada cinco corresponde al sector privado (19.5%). En el período entre 2007 y 2011, hubo una tendencia al aumento de camas hospitalarias en el país, alrededor de 38 mil camas en el país, pero con el sismo de 2010 se produjo una disminución de 3.500 camas, y ya en 2011 se alcanzó a poco más de 36 mil camas (**cuadro 8.5**) Ello significa que con el sismo disminuyó la disponibilidad de camas de 2.3 por mil habitantes a sólo 2.0 en 2010, y al año siguiente se había recuperado a un nivel de 2.1 camas por mil habitantes. (2)

Cuadro 8.5. Camas hospitalarias del sector público y privado en Chile. 2007 a 2011.

Sector de ubicación camas	2007 n	2008 n	2009 n	2010 n	2011 n
Hospitales del SNSS	27,363	27,182	27,143	25,273	25,594
Otros hospitales públicos	2,805	3,064	3,102	2,789	3,463
Hospitales privados	7,629	7,765	8,069	6,767	7,053
Total camas hospitalarias	37,797	38,011	38,314	34,829	36,110
Disponibilidad de camas por 1.000 hab.	2.3	2.3	2.3	2.0	2.1

Fuente: Boletín Estadístico INE 2013 (2)

Entre 2010 y 2014, los principales proyectos de inversión y reposición están centrados tanto en los efectos del terremoto de febrero de 2010, y también los serios problemas hospitalarios relacionados, obsolescencia de la infraestructura y consecuencia del mantenimiento inadecuado de muy larga data (relacionado a su vez con el crónico desfinanciamiento de los hospitales, lo que es más notorio en los establecimientos de alta complejidad). (5) El equipamiento que requiere utilizar tecnología en importado en su mayoría, ya que no existe industria nacional que provea ese recurso. En las importaciones de equipamiento con tecnología del bienio 2010 y 2012, destacan los aparatos de imagenología, incluyendo ultrasonografía, radiología, resonancia magnética y tomografía. También destacan la importación de equipamiento de apoyo a kinesiterapia, anestesia, diálisis y atención de urgencia. (5)

Medicamentos

El fortalecimiento de la actividad regulatoria se ha fortalecido con la creación de la Agencia Nacional de Medicamentos (2011). La política de medicamentos busca asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y de uso racional, de manera de obtener los máximos beneficios, a la vez que controlando el costo. Hay importante proporción de medicamentos genéricos, con una importante producción de laboratorios nacionales, lo que incide en un relativo bajo precio de los medicamentos (en promedio USD 3,0). Tres cadenas farmacéuticas controlan el 90% de las ventas, mientras que hay ausencia de farmacias comunitarias o de barrio en 35 comunas del país.

El mercado farmacéutico chileno se caracteriza por la circulación de una importante proporción de medicamentos genéricos, así como una dilatada participación de laboratorios nacionales y la existencia de la Central de Abastecimiento (CENABAST) del MINSAL. No hay un control para la fijación del precio de los medicamentos. En 2011, los medicamentos genéricos representaron un 39,3% de las unidades de venta del mercado, los genéricos de marca un 38,5% y los productos de marca un 22,1%. En términos de valores monetario de las ventas, los genéricos sólo representan un 7,7%, los similares un 49% y los fármacos de marca un 43,3%. La participación de los medicamentos genéricos en el mercado farmacéutico incide en un menor precio promedio de los medicamentos (USD 3,03 por ítem de medicamento prescrito). (16,17)

El Laboratorio Chile cubre el 27% del mercado. Entre fines de 2011 y principios de 2012, el 19,2% de las patentes solicitadas en el Ministerio de Economía correspondieron a patentes farmacéuticas. De ellas, 43% son de Estados Unidos y 24% de Europa. El 37% de las farmacias son propiedad de tres cadenas (Salco-Brand, Ahumada y Cruz Verde), las que controlan el 90% de las ventas. Existen alrededor de 1500 farmacias comunitarias, con ausencia de farmacias comunitarias en 35 comunas con más de 10.000 habitantes. (16,17)

En inversiones asociadas a la implementación de AUGÉ se destinaron USD 24,6 millones en 2005, y USD 22,3 millones en 2006, además de USD 66,3 millones para la construcción de 31 nuevos consultorios.

El Ministerio de Salud ha impulsado la creación de la Agencia Nacional de Medicamentos al amparo del ISP, quienes han establecido las normas técnicas para la bioequivalencia terapéutica en productos farmacéuticos, mediante estudios de bioexención. (28)

Equipamiento y medicamentos en el SNSS

El programa gubernamental de inversión y arreglos en infraestructura hospitalaria para el período 2010-2014, que alcanza a casi 2 mil millones de dólares, se concentra en los hospitales de Antofagasta Pública (244 millones), Salvador Geriátrico Pública (268 millones), Santiago Occidente o Ex Félix Bulnes (219 millones), Sótero del Río y de Puente Alto (420 millones), Hospital Biprovincial Quillota-Petorca y Provincial Marga Marga (260 millones) y los hospitales de la Red Sur (Curicó, Linares y Chillán). El programa en estos últimos incluye la recuperación de la infraestructura dañada en el sismo de 2010. (5)

La Central de Abastecimientos (CENABAST) es la entidad del SNSS que gestiona los procesos de compra y abastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos, alimentos y otros insumos a las diversas entidades y centros del SNSS, especialmente a los establecimientos de la red asistencial. Cuenta con una lista de referencia de 2.400 productos, especialmente medicamentos del Ministerio de Salud y funciona con planes de compras anuales. El mercado farmacéutico y de insumos médicos dispone de una oferta de más de 7.500 productos. (5,19)

FONASA, el SNSS y las ISAPRE incluyen la provisión de medicamentos en la atención intrahospitalaria. El SNSS también incluye entrega de medicamentos en atención primaria según un Arsenal Farmacológico Básico (la mayoría con nombres genéricos). En el SNSS, también corresponde la entrega de medicamentos en atención ambulatoria más compleja (de cumplimiento sólo parcial). (1)

El financiamiento de medicamentos en los centros de salud se presupuesta en conjunto con otros ítems y su gasto se recupera vía facturación de actividades. Habitualmente el presupuesto y recuperación de gastos están bajo los requerimientos concretos, lo que lleva a los establecimientos a tener un limitado financiamiento, que contribuye a prolongado endeudamiento y una disponibilidad de medicamentos que es habitualmente crítica. (1)

Recursos humanos

La proporción de especialistas en 2006 y 2010, según especialidad declarada, en más frecuente en cirugía, psiquiatría, traumatología y anestesia. Entre esos años, la proporción de especialistas disminuyó en 5 de las especialidades (Psiquiatría, traumatología y ortopedia, Anestesiología y reanimación, y medicina interna) mientras que hubo un aumento en otras como cirugía general. Se estima que la cantidad de especialistas en el país en 2010 alcanzaba a 14.512 profesionales, de los cuales el 60% trabajaba en el sector público (y que mayoritariamente compartían jornada con el sector privado), mientras que el 40% se desempeñaba exclusivamente en el sector privado. La distribución por zonas geográficas es disímil. En el centro del país, se dispone de un especialista cada 878 habitantes, en tanto en la zona norte, la proporción es de uno cada 1836 habitantes. Egresan más de mil médicos por año y el ingreso registrado de médicos extranjeros al sistema público se estima en 1.800 profesionales de los cuales 600 son especialistas. (3)

En 2010, la disponibilidad de especialistas en 2010, equivalía a 305.317 horas contratadas, y la estimación de cargos requeridos fue de 837 cargos de 44 horas (574 cargos de 22 horas y 574 cargos de 28 horas). Ello representa una falencia o brecha de 1.338 profesionales (**cuadro 8.6**). (3)

Cuadro 8.6. Requerimiento de especialistas en Chile, según especialidad declarada, 2010

Especialidad	Requerimiento	Especialidad	Requerimiento
Medicina Interna	442	Urología	16
Anestesiología	150	Medicina Física y Rehabilitación	14
Cirugía General	131	Cirugía Pediátrica	14
Pediatría	125	Anatomía Patológica	14
Imagenología o Radiología	83	Psiquiatría pediátrica y adolescencia	13
Traumatología y Ortopedia	62	Medicina Familiar	11
Oftalmología	50	Neurología Pediátrica	4
Psiquiatría	44	Laboratorio Clínico	4
Obstetricia y Ginecología	35	Salud Pública	2
Otorrinolaringología	31	Medicina Nuclear	2
Neurología	29	Radioterapia	1
Neurocirugía	23	Inmunología	1
Dermatología	19		
Medicina Urgencia	18	Total	1338

Fuente: MINSAL Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Gestión y Desarrollo de las personas Dep. de Formación, Capacitación y Estudio. Plan de Capacitación y Formación 2012. (12)

En el informe de requerimiento de especialistas de MINSAL de 2012 se indica la prioridad por la formación de profesionales en las especialidades de anestesiología, medicina interna, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y ortopedia, dermatología, radiología y cirugía general y en base a criterios demográficos se agrega geriatría, medicina intensiva y medicina de urgencia. El año 2009 se dispuso de 557 cupos para formar especialistas y el año 2010 aumentaron a 656, para 1.100 egresados de la carrera de medicina. La principal falencia del sistema es la necesidad de autofinanciamiento por parte de los estudiantes, a pesar que estos profesionales efectúan labores asistenciales significativas en cuanto a productividad. (3)

Recursos humanos en el SNSS

La dotación de personal en el sistema público de salud en Chile se clasifican según Atención Primaria Municipal (Ley 19.378), Establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud (Leyes 15.076 y 19.664) y Demás funcionarios que trabajan en un hospital (Ley 18.834).

En 2010, se estimaba 49.195 funcionarios en la Atención Primaria de administración municipal. 13.432 funcionarios en establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud y 18.268 otros funcionarios que trabajaban en un hospital. El 32% del personal se desempeñaba en la atención Primaria Municipal y 68% en la Atención Secundaria y Terciaria.

En 2011, el SNSS registraba 15.432 médicos contratados, representando 8,6 médicos por 10.000 habitantes. A nivel regional, la disponibilidad fluctuaba entre 13,2 y 6,0 médicos por 10.000 habitantes en Aisén y Antofagasta respectivamente. Se contaba con 8.63830 enfermeras contratadas (4,9 por 10.000 habitantes) y 4.568 matronas (2,6 por 10.000 habitantes). El recurso dentista era aún más escaso: 4.086 profesionales (2,4 por 10.000 habitantes) (**cuadro 8.7**). (3)

Respecto a los otros tipos de profesionales asistenciales, el **cuadro 8.8** presenta la disponibilidad de farmacéuticos, tecnólogos médicos, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales, mientras que el **cuadro 8.9** muestra la disponibilidad de nutricionistas, asistentes sociales,

otros profesionales y técnicos paramédicos. Las 1.974 nutricionistas contratadas representan 1,1 por 10.000 habitantes, los 2.239 kinesiólogos representan 1,3 por 10.000 habitantes, mientras que los otros tipos de profesionales tienen una disponibilidad bastante escasa en el SNSS (alrededor de 1 por 10.000 habitantes). Los 29.775 técnicos paramédicos (razón de 17,0 por 10.000 habitantes) constituyen un valioso personal asistencial en el SNSS, tanto complementando la labor del equipo profesional de salud en hospitales y centros ambulatorios, como asumiendo un rol esencial en servicios de urgencia (fuera de horas funcionarias diarias) y en postas rurales, así como en su trabajo directo con la comunidad. (3)

Además del personal asistencial, la dotación de personal del SNSS incluye otro tipo importante de personal, como es el caso de administrativos (grupo más frecuente, casi 7.500 funcionarios, más profesionales administrativos), de servicios generales y directivos. (3)

Cuadro 8.7. Disponibilidad de médicos, dentistas, enfermeras y matronas en el SNSS, por Regiones en 2011

Región	Médicos		Dentistas		Enfermeras		Matronas	
	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.
Arica y Parinacota	182	10.1	36	2.0	132	7.3	41	2.3
Tarapacá	257	7.6	68	2.0	227	6.8	123	3.7
Antofagasta	358	6.0	77	1.3	313	5.3	147	2.5
Atacama	238	8.3	64	2.2	159	5.5	105	3.7
Coquimbo	571	7.6	151	2.0	402	5.4	141	1.9
Valparaíso	1629	9.0	444	2.4	107	0.6	461	2.5
Metropolitana	5948	8.4	1255	1.8	2806	4.0	918	1.3
O'Higgins	581	6.4	196	2.2	384	4.2	184	2.0
Maule	744	7.2	241	2.3	558	5.4	236	2.3
Biobío	2089	10.1	628	3.0	1759	8.5	691	3.3
Araucanía	873	8.8	242	2.4	696	7.0	318	3.2
Los Ríos	389	10.2	117	3.1	266	7.0	88	2.3
Los Lagos	861	9.9	258	3.0	527	6.1	992	11.4
Aysén	142	13.2	44	4.1	94	8.7	45	4.2
Magallanes	190	11.9	53	3.3	208	13.0	78	4.9
Total SNSS	15052	8.6	3874	2.2	8638	4.9	4568	2.6

Fuente: Censo Estadístico INE 2013 (2)

Cuadro 8.8. Disponibilidad de farmacéuticos, tecnólogos médicos, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales en el SNSS, por Regiones en 2011

Región	Farmacéuticos		Tecnólogos Médicos		Kinesiólogos		Terapeutas Ocup.	
	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.
Arica y Parinacota	7	0.4	36	2.0	12	0.7	1	0.1
Tarapacá	10	0.3	38	1.1	48	1.4	6	0.2
Antofagasta	32	0.5	85	1.4	53	0.9	1	0.0
Atacama	10	0.3	51	1.8	46	1.6	4	0.1
Coquimbo	18	0.2	99	1.3	67	0.9	8	0.1
Valparaíso	76	0.4	204	1.1	250	1.4	28	0.2
Metropolitana	210	0.3	659	0.9	463	0.7	112	0.2
O'Higgins	14	0.2	67	0.7	57	0.6	9	0.1
Maule	37	0.4	119	1.2	96	0.9	4	0.0
Biobío	137	0.7	249	1.2	321	1.5	16	0.1
Araucanía	38	0.4	138	1.4	156	1.6	8	0.1
Los Ríos	16	0.4	67	1.8	35	0.9	3	0.1
Los Lagos	26	0.3	101	1.2	576	6.6	7	0.1
Aysén	4	0.4	29	2.7	20	1.9	2	0.2
Magallanes	9	0.6	42	2.6	39	2.4	0	0.0
Total SNSS	644	0.4	1984	1.1	2239	1.3	209	0.1

Fuente: Censo Estadístico INE 2013 (2)

Cuadro 8.9. Disponibilidad de nutricionistas, asistentes sociales, otros profesionales y técnicos paramédicos en el SNS, por Regiones en 2011

Región	Nutricionistas		Asistentes Sociales		Otros Profes. y Téc.		Téc. Paramédicos	
	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.
Arica y Parinacota	38	2.1	25	1.4	646	36.0	36	2.0
Tarapacá	85	2.5	45	1.3	419	12.5	38	1.1
Antofagasta	19	0.3	53	0.9	561	9.4	85	1.4
Atacama	100	3.5	168	5.9	476	16.6	51	1.8
Coquimbo	64	0.9	58	0.8	1131	15.1	99	1.3
Valparaíso	110	0.6	272	1.5	2415	13.3	204	1.1
Metropolitana	228	0.3	715	1.0	9835	13.9	659	0.9
O'Higgins	158	1.7	113	1.2	1063	11.7	67	0.7
Maule	507	4.9	162	1.6	2774	26.9	119	1.2
Biobío	141	0.7	403	1.9	5061	24.4	249	1.2
Araucanía	80	0.8	168	1.7	2044	20.6	138	1.4
Los Ríos	77	2.0	60	1.6	934	24.4	67	1.8
Los Lagos	264	3.0	138	1.6	1618	18.7	101	1.2
Aysén	16	1.5	15	1.4	339	31.4	29	2.7
Magallanes	87	5.4	29	1.8	459	28.7	42	2.6
Total SNSS	1974	1.1	2424	1.4	29775	17.0	1984	1.1

Fuente: Censo Estadístico INE 2013 (2)

Conclusión y perspectivas de progreso

En los diversos períodos de implementación del sistema de salud, especialmente desde 1952, el crecimiento de la infraestructura y recursos asistenciales en el sistema asistencial público (red asistencial a través del país) ha pasado por diversas etapas en el grado de inversiones, aumento y renovación de los centros asistenciales; el período más crítico fue entre 1973 y 1990, en que hubo una reducción del gasto público en salud y un marcado énfasis en la privatización del sistema. Desde 1990, se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento (especialmente en el gasto en salud y aumento de recurso humano asistencial) pero ello aún es insuficiente para recuperar al sistema público con el fin de permitir un adecuado desempeño y responder al importante aumento en la demanda asistencial. Ello está siendo más crítico debido al importante aumento producido en los adultos mayores (y enfermedades crónicas) y el mayor gasto en salud que ese grupo está demandado, lo que se espera sea incluso mucho mayor a futuro.

El sistema prestador privado de servicios de salud ha logrado una gran emergencia, con distribución a través de las principales ciudades y pueblos del país (con clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y otros). Ese crecimiento ha sido favorecido por el establecimiento del sistema previsional privado de salud (especialmente ISAPRE), la migración de profesionales de salud del sector público al privado, la mayor demanda privada por parte de beneficiarios de ISAPRE, la falta de capacidad del sistema público para satisfacer la demanda de los beneficiarios de FONASA que quisieran recibir atención adecuada y oportuna bajo modalidad institucional, y el financiamiento proveniente del sistema GES para servicios provistos a una demanda de beneficiarios FONASA que no puede ser absorbida por el sistema público.

El nivel primario tiene amplia cobertura y realiza atenciones ambulatorias en diversos tipos de centros, con amplia cobertura de población de distintos tipos de nivel socioeconómico y ruralidad. Además, hay unidades de atención primaria de urgencia (SAPU) que cubren una cantidad importante de la demanda de este tipo de atención. La capacidad resolutoria del nivel primario (la proporción de consultas de morbilidad resueltas localmente) es casi del 90% de la población solicitante. Sin embargo, la falta de atención continua y la insuficiencia para responder a demanda en áreas urbanas que han crecido por sobre el aumento de la oferta

asistencial, s refleja en exceso de atenciones de servicios de urgencia prestadas a pacientes que sólo requerirían atención primaria rutinaria.

En el área hospitalaria, el énfasis está puesto en la autogestión de hospitales y el uso de concesiones en el caso de nuevos centros.

Las políticas en el desarrollo de recursos humanos para salud tienden a la tendencia histórica de formación hacia la especialización tradicional y se requiere adecuación orientada a las necesidades actuales, especialmente de la atención primaria. La disponibilidad del recurso humano es influida por la migración del sector público al privado y la concentración en áreas urbanas. Ello ha producido una inequidad en la distribución geográfica de los médicos, concentrados principalmente en el centro del país, con mayor disponibilidad de profesionales para afiliados a ISAPRE.

El país cuenta con médicos activos registrados como especialistas en 70 especialidades diferentes, pero sólo la mitad de ellos han recibido formación universitaria formal de postgrado. La mayoría de los médicos contratados en el sector público comparte su tiempo laboral con actividades privadas. Se estima que 60% de los especialistas trabaja exclusivamente en el sector privado. El 44% de los médicos trabaja en el sector público, de los cuales 9% se desempeña en la APS y el 35% en el resto de los Servicios de Salud. Entre 2004 y 2008, la cantidad de médicos trabajando en APS casi se duplicó, aunque aún se mantiene una falta de médicos, especialmente en especialistas formados para trabajar en APS. El Ministerio de Salud ha formulado estrategias para lograr especialistas necesarios en apoyo de la APS y de especialidades deficitarias.

Existen estrategias y medidas de formación tendientes a aumentar la disponibilidad de especialistas, especialmente en especialidades donde hay más brechas y en el sistema público de salud. Sin embargo, el tema es bastante complejo y se requieren proyecciones concretas que consideren el aumento futuro de la demanda y los mecanismos de retención del personal de salud en el sistema público.

Referencias

1. **Gattini C. y Alvarez J. (2010)** La Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de Salud en Chile, Representación de OPS/OMS en Chile. Disponible en <http://new.paho.org>
2. **Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2013)**, Compendio Estadístico 2013.
3. **Ministerio de Salud (2012)**. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl
4. **Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2011)**, Compendio Estadístico 2011.
5. **Blas Peña P., (2012)**. El mercado del Equipamiento médico hospitalario en Chile. Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Santiago de Chile. Septiembre 2012
6. **FONASA (2007)**, Protección Social en Salud en Chile
7. **FONASA (2011)** Boletín Estadístico de FONASA 2010-2011
8. **FONASA (2013)** Boletín Estadístico de FONASA 2013
9. **MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile (2008)**, Financiamiento del sistema de salud en Chile
10. **MINSAL, Superintendencia de Salud (2012)**, Archivo Maestro de Beneficiarios
11. **Ministerio de Salud de Chile (2010)**. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período. Grado de cumplimiento de los Objetivos de Impacto.
12. **Ministerio de Salud (2012)**, Área de Cuentas de Salud y Análisis, Dep. de Economía de la Salud, "Estadísticas de Finanzas Públicas 1987-2003" y "Estadísticas de Finanzas Públicas 2001-2010".
13. **FONASA**, Informe Gasto en Salud 2009. (42)
14. **Ministerio de Salud (2010)**, Informe de la Comisión Presidencial de Salud, Diciembre de 2010.
15. **Superintendencia de salud (2006)**, Departamento de Estudios, Olivares Tirado Salazar P. Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 – 2020
16. **Ministerio de Salud (2004)**. Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud.
17. **Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública (2012)**. <http://www.ispch.cl/bioequivalencia>
18. **Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública (2012)**. <http://www.ispch.cl/bioequivalencia>

Fuente: OCHISAP, Observatorio Chileno de Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina, U. de Chile. <http://www.ochisap.cl/index.php/>

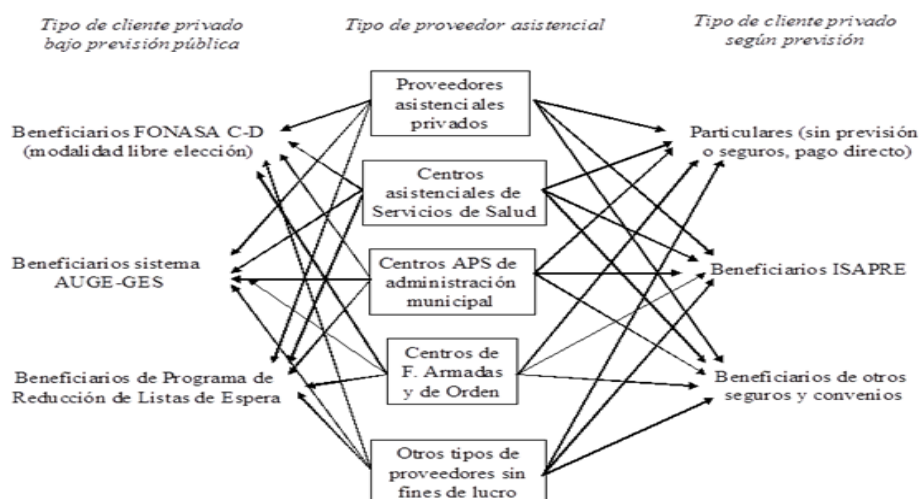
Provisión de servicios asistenciales de salud

Este capítulo se enfoca en la provisión de servicios asistenciales de los diversos prestadores, en que hay mayor información en la atención de salud prestada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

La provisión de servicios de salud incluye bienes y servicios orientados a brindar promoción de la salud, servicios de salud pública y servicios de atención a las personas (en el rango de promoción, prevención, curación, rehabilitación y servicios paliativos) No se cuenta con información rutinaria y oficial que permita distinguir entre provisión de servicios asistenciales públicos y privados, y frecuentemente se presentan mezclados, como es el caso de egresos hospitalarios, o bien se difunde las atenciones del SNSS pero no se indica simultáneamente las del sector privado, o bien estas tienen sub-registro.

La organización actual del sistema de salud permite que tanto los proveedores privados como públicos puedan ofrecer servicios asistenciales al mercado abierto. Los clientes pueden provenir de: el grupo no asegurado ni afecto a previsión que es capaz pagar los servicios recibidos al momento de uso; los usuarios de ISAPRE; los usuarios de otros seguros y convenios (como de accidente laboral o escolar); los beneficiarios de FONASA en categorías C y D en modalidad Libre Elección; los beneficiarios del sistema AUGE-GES (para las patologías y condiciones específicas establecidas); y los beneficiarios del sistema público que están afecto al programa de reducción de listas de espera. Estos grupos pueden acudir a todos los tipos de proveedores de proveedores públicos o privados que estén abiertos al mercado asistencial global (**figura 9.1**). (1)

Figura 9.1. Opciones de oferta de prestación privada de servicios al mercado, según previsión o beneficio de clientes



Fuente: Gattini C. y J Álvarez J. (OPS, Chile, 2010) (1)

Dada la apertura de los servicios públicos y de las Fuerzas Armadas al mercado abierto, los centros asistenciales de los servicios de salud y los que están bajo administración municipal pueden ofrecer servicios a todo tipo de asegurados y a no asegurados, para lo cual cuentan con aranceles diferenciados: en modalidad institucional (pago interno del SNSS por prestaciones); modalidad de libre elección en FONASA (copago del usuario FONASA) y aranceles

privados o particulares. Entre los tipos de proveedores que ofrecen servicios asistenciales al mercado abierto destacan:

Hospitales, clínicas, centros de atención ambulatoria, laboratorios, centros diagnósticos o terapéuticos especializados de propiedad privada

- Centros asistenciales de los Servicios de salud
- Centros de Atención Primaria bajo administración municipal
- Centros de Fuerzas Armadas y de Orden
- Otros proveedores privados sin fin primario de lucro.

Los clientes que acuden a servicios asistenciales privados pueden tener origen de previsión privada o pública, o no tener previsión formal. Destacan:

- Particulares (sin tener o hacer uso de algún sistema previsional, al momento de uso de la atención)
- Usuarios de ISAPRE
- Usuarios de otros seguros y convenios
- Beneficiarios FONASA
- Beneficiarios del sistema AUGÉ-GES
- Beneficiarios del sistema público asistencial en programas de reducción de listas de espera

En la atención ambulatoria, la oferta privada incluye consultas médicas y odontológicas en todas las especialidades y subespecialidades y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. Estas pueden estar instaladas como oficinas privadas individuales o en agrupaciones denominadas centros médicos. En estos últimos se ofrecen también prestaciones diagnósticas y terapéuticas de diversa complejidad. Asimismo, se cuenta con centros especializados en diagnóstico por imágenes, laboratorios clínicos y de terapia física, entre otros. (1)

Cabe hacer notar que las redes de prestadores privados que en su mayoría están articuladas desde el seguro (ISAPRE y sistema de cobertura adicional de enfermedades catastróficas o CAEC) y operan en modalidad cerrada y ambulatoria en forma progresiva. La red privada de prestadores incluye también las redes de farmacias, las ópticas y los proveedores de prótesis y otros productos médicos.

El 42% de las prestaciones otorgadas en el país corresponden al carácter de provisión privada. La participación de los prestadores privados se ha mantenido relativamente estable a través del tiempo por la demanda de prestaciones de beneficiarios del sistema público, que la cual ocupan 46% del total de las prestaciones realizadas por el sistema privado.

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

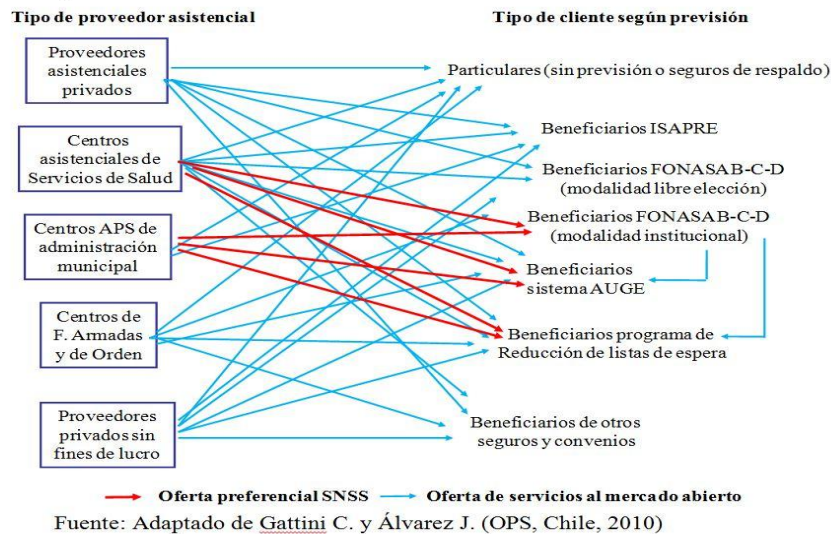
En relación a las Fuerzas Armadas y de Orden, cada rama posee una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. Entre éstos se encuentra la Dirección de sanidad de la Armada, la División de sanidad de las Fuerza Aérea, el Comando de Salud del Ejército, La Caja de previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile.

Estas gestionan y administran la red de prestadores propios y en convenio entregando una cobertura nacional a sus beneficiarios, integrando la medicina curativa y preventiva.

Además, se cuenta con la medicina tradicional, que dada su naturaleza informal y heterogénea, no tiene mayor registro de proveedores y acciones relacionadas con salud.

La provisión de servicios asistenciales puede sintetizarse por la cobertura alcanzada en atención profesional del parto y de algunas vacunas seleccionadas (**cuadro 9.1**)

Figura 9.1. Opciones de oferta de prestación privada de servicios al mercado, según previsión o beneficio de clientes



Como referencia para estimar morbilidad y demanda percibidas de atención de salud, la Encuesta de Hogares CASEN 2009 incluyó el reporte de las personas que refieren haber tenido alguna enfermedad o accidente y consecuente atención tres meses antes de entrevista (**cuadro 8.6**). Según esta fuente, 14,0% declaran haber tenido una enfermedad accidente, 11,4% recibió atención y 2,5% no tuvo atención. El grupo de 20 a 29 años declara haber tenido sólo 7,1% de enfermedad o accidente, pero esta proporción aumenta según la edad, alcanzando a 23,5% de los mayores de 70 años. En todas las edades, la mayoría de casos percibidos como enfermedad o accidente reciben atención. (3)

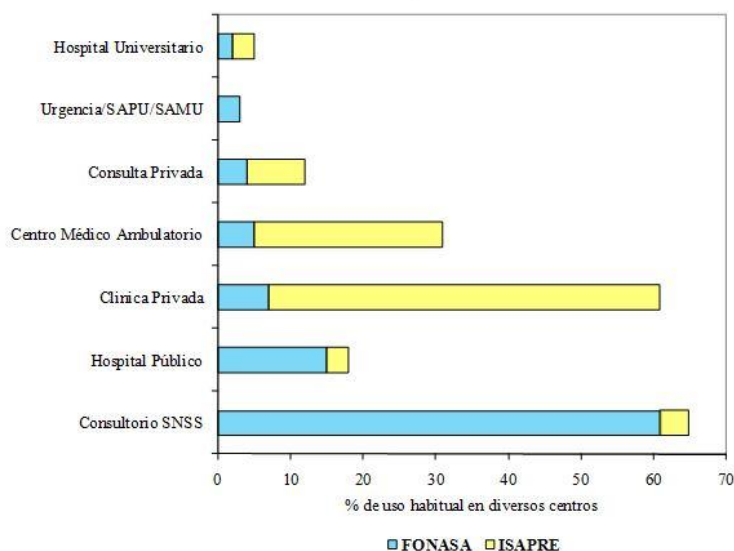
El 42% de las prestaciones otorgadas en el país corresponden al carácter de provisión privada. La participación de los prestadores privados se ha mantenido relativamente estable a través del tiempo por la demanda de prestaciones de beneficiarios del sistema público, que ocupan 46% del total de las prestaciones del sistema privado.

La gran interacción de provisión de servicios privados (desde centros privados y públicos) entregada a asegurados públicos tiene múltiples causas, entre las que destacan la opción legal de un beneficiario de seguro público de elegir al proveedor, la necesidad de los centros asistenciales públicos de sobrevivir económicamente abriendo la oferta de servicios al mercado abierto, la búsqueda de retención de personal calificado del sistema público (especialmente médicos especialistas) a través de permitir actividad privada en centros públicos con honorarios extras, programas de disminución de listas de espera en hospitales públicos que no cuentan con capacidad para responder a demanda asistencial, lo que se acrecienta con la garantía explícita de atención (GES) que incluye la atención oportuna de los casos de patologías incluidas en dicha garantía.

De acuerdo a una encuesta de opinión encargado por la Superintendencia de Salud en 2011 (**figura 9.2**), los centros de salud más usados habitualmente por los beneficiarios FONASA son los consultorios del SNSS (63%) y los hospitales públicos del SNSS (41%) mientras que 11% usa servicios de urgencia del SNSS (5). En proporción menor, usan servicios de prestadores privados: 14% usa consultas médicas privadas, 9% usa centros médicos y otros, 8% usa hospitales privados (clínicas) y 3% reporta usar hospitales universitarios (las categorías preguntadas no son excluyentes). Los usuarios de ISAPRES usan principalmente hospitales o clínicas privadas (50%) y consultas médicas privadas (37%), así como centros médicos,

radiológicos y otros (27%). En menor proporción, usan hospitales públicos (8%), consultorios del SNSS (4%) y servicios de urgencia del SNSS (3%). (5-7)

Figura 9.2. Centros de salud usados habitualmente por usuarios de FONASA e ISAPRE, 2011



Fuente: Superintendencia de Salud 2012. Estudio de opinión 2011 de la SS. Elaborado por Criteria Research (5)

Esta situación tiene implicancias para los planes de recuperación del sector asistencial público, que le permitan responder efectivamente y con calidad a las demandas de atención de la población beneficiaria, lo cual a su vez abarca mejoramiento de todos los aspectos relacionados con la red asistencial pública y monitoreo de del mercado global de provisión de servicios a los diversos grupos de la población.

Se registró un total de 52.566.645 prestaciones curativas prestadas a los beneficiarios de ISAPRE en el año 2009, de las cuales el 23% son atenciones médicas, el 40% son exámenes diagnósticos, 23% son procedimientos de apoyo clínico/terapéutico, 1% intervenciones quirúrgicas y el 3% a otras prestaciones. Dando una razón de 19 prestaciones por 1000 beneficiarios de ISAPRE, al comparar la distribución por sexo se observa mayor promedio de prestaciones en mujeres que en hombres (22.7 y 15.5 por 1000 beneficiarios respectivamente). Del total de prestaciones registradas por las Isapres el 4.7% fue otorgado en el sistema Público. (5-7)

Atención de salud en el SNSS

Los procedimientos técnico-administrativos que corresponde seguir a la gestión municipal, y la supervisión por parte del Servicio de Salud, norman respecto a las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnóstico y aspectos administrativos del funcionamiento.

El Municipio se compromete a cumplir la normativa técnica y ministerial, con autonomía para la gestión del recurso que administra, y someterse a la supervisión técnica de la autoridad de salud. Cada Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda. Igualmente se define las responsabilidades de los Servicios de Salud

Se otorgan las prestaciones de los programas de salud con la participación de profesionales y personal auxiliar de acuerdo a criterio técnico y normas vigentes al respecto. Estos centros atienden patología simple y derivan a los establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud aquellos problemas médicos que excedan su nivel de resolución. Tradicionalmente existen consultorios generales (principalmente en base a medicina general) tanto urbanos como rurales. Sin embargo, el gran cambio de la demografía con crecimiento de ciudades no se ha correspondido con la consiguiente red asistencial que sea pertinente a las nuevas demandas poblacionales de atención, y no se han construido hospitales de modo suficiente para compensar el aumento de población. Por ello, se ha desarrollado una serie de tipos distintos de centros asistenciales ambulatorios, que no sólo incluyen medicina general y familiar, sino que distintos grados de especialidad y complejidad tecnológica de la atención. El aspecto de salud en el enfoque programático del Gobierno de Chile 2014-2018 incluye la atención y prevención de salud como una de sus cinco prioridades, aunque focalizada en fortalecer la red pública de salud. Con el fin de mejorar dicha atención, se plantea contar con un Plan de Inversiones 2014-2018 (a definir en los primeros 100 días de gobierno); aumentar el financiamiento per cápita comunal; aumentar la cantidad de centros de salud, incluyendo 132 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), 20 nuevos hospitales y dejar otros 20 en construcción; lograr mayor disponibilidad médica (1.000 médicos en atención primaria y formación y contrato de especialistas) y odontológica. La búsqueda de retención de profesionales incluye incentivos y mejoras de salarios. También se programa lograr un mayor equipamiento, con tecnología apropiada. (8)

Con ello, dicho programa se propone fortalecer la atención de nivel primario, con mayores recursos y capacidad resolutoria (disminuyendo derivación a niveles más complejos), favorecer el acceso oportuno de la población a una atención de calidad, y aumentar la equidad de acceso a la atención, disminuyendo la brecha entre comunas de distinto nivel socioeconómico. (8)

Conclusión y perspectivas de progreso

Los indicadores trazas de cobertura de nivel primario y programas de las personas, entre los cuales destacan la atención materna infantil y las inmunizaciones, indica una alta cobertura nacional. Esa cobertura es aportada por el sistema de salud en su conjunto (sectores público y privado). Se espera que dicha cobertura se mantenga, lo cual requiere adecuado monitoreo e incluso sistemas de auditoría efectivos orientados a resguardar la cobertura y calidad de la atención de salud.

A pesar que la cobertura de atención profesional del parto es universal y la mortalidad materna es baja, se requiere un sistema de auditoría y vigilancia de las complicaciones graves que no mueren (casi pérdidas o muertes), ya que la mortalidad materna en Chile (entre 40 y 50 casos anuales) no resulta buen indicador de salud materna y de la calidad de la atención obstétrica.

La cobertura de vacunas, que es relativamente alta, también requiere de monitoreo y resguardo, en todos los niveles y comunas del país, pues es sensible a deteriorarse si hay factores de acceso que pueden obstaculizarlo. Es posible que la discusión y aprobación de proyecto de ley prohibiendo el timerosal en vacunas pueda ser un riesgo para la mantención de cobertura, pues desprestigia la seguridad del sistema de vacunas.

La atención especializada, tanto pública como privada, ha sido impulsada a enfrentar nuevas e importantes demandas adicionales que surgen de la aplicación del sistema GES. La ley que sustenta dicho sistema se concentra en la demanda de atención de salud, desde la perspectiva de la población. Sin embargo, no hay antecedentes claros que haya preparado a la capacidad de oferta, especialmente en el SNSS, para responder a dicha demanda, especialmente para tener capacidad de atender a los beneficiarios de FONASA que corresponden a más de tres cuartos de la población. El foco ha estado en protocolos, guías y exigencias de calidad a los centros de prestación de servicios, y no en el recurso y capacidad que se requiere para responder a dicha demanda. Esa limitación de centros del SNSS ha favorecido al mercado asistencial privado, que amplía sus servicios a beneficiarios públicos que no pueden acceder a centros públicos resolutivos, en desmedro del debido financiamiento, personal y otros recursos que el SNSS requería con urgencia para ser capaz de responder a los requerimientos de la demanda en virtud de la Ley GES.

Limitaciones de acceso y cobertura de servicios asistenciales se relacionan tanto con aspectos o barreras de la demanda como con aspectos de recurso y capacidad de respuesta del sistema de salud. Sin embargo, no se cuenta con estudios de brechas y necesidades de fortalecer la oferta, en términos de suficiencia y equidad, en los distintos tipos de centros y niveles de la red asistencial, para que constituyan un sistema efectivo y coherente con las necesidades de salud de la población

Los registros e información son relativamente más completos y precisos sobre la provisión de servicios del SNSS, especialmente en lo que respecta a la atención primaria de salud y las actividades correspondientes a los programas básicos de salud. En contraste, la información de la atención privada de salud no cuenta con registros completos o reportes globales muy

precisos a nivel nacional, dada la gran diversidad de centros y actividades, y dificultades de registro rutinario, completo y homogéneo. En general se registran las acciones otorgadas a beneficiarios de sistemas o previsionales, y no enfocadas en el prestador específico de salud.

Dado que la información más detallada proviene especialmente del sistema asistencial público, no es posible conocer y monitorear con mayor precisión y utilidad, la atención de salud más compleja que es provista a los distintos grupos de población y a beneficiarios tanto bajo cobertura previsional pública como privada. Para asegurar progreso en la acción y cobertura de niveles complejos, se requiere de adecuada información, monitoreo y evaluación, con un plan de salud nacional (pendiente) que pueda aplicarse y adaptarse a los diversos niveles administrativos y asistenciales del sistema global de salud.

Referencias

1. Gattini C. y Álvarez J. (2010) Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de OPS/OMS en Chile, Santiago: 2011
2. Ministerio de Salud (2012). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl
3. Ministerio de Planificación y Coordinación (2010), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009. www.mideplan.cl
4. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2013), Compendio Estadístico 2013.
5. Superintendencia de Salud 2012. Estudio de opinión 2011 de la SS. Elaborado por Criteria Research (49) http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7632_recurso_1.pdf
6. Superintendencia de Salud (2010), Prestaciones de salud curativas en el sistema ISAPRE, Julio 2010
7. Superintendencia de Salud (2008), Análisis del Sistema de Isapres a diciembre del 2007.
8. Bachelet M. (2010) Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018. Disponible en <http://michellebachelet.cl/programa/>

Relación entre Cantidad de Farmacias y Pobreza

1. Introducción

El presente estudio describe la relación entre el número de farmacias y la tasa de pobreza regional, utilizando los datos de la encuesta CASEN, las estadísticas demográficas del INE y los registros administrativos del Ministerio de Salud.

En el análisis se encuentra una relación negativa entre el nivel de ingreso de los hogares y el número de habitantes por farmacia, como también una relación positiva entre el número de habitantes por farmacia y las tasas de pobreza regional. A esto, se suma la inexistencia de farmacias en 96 comunas pobres, alejadas y con baja población.

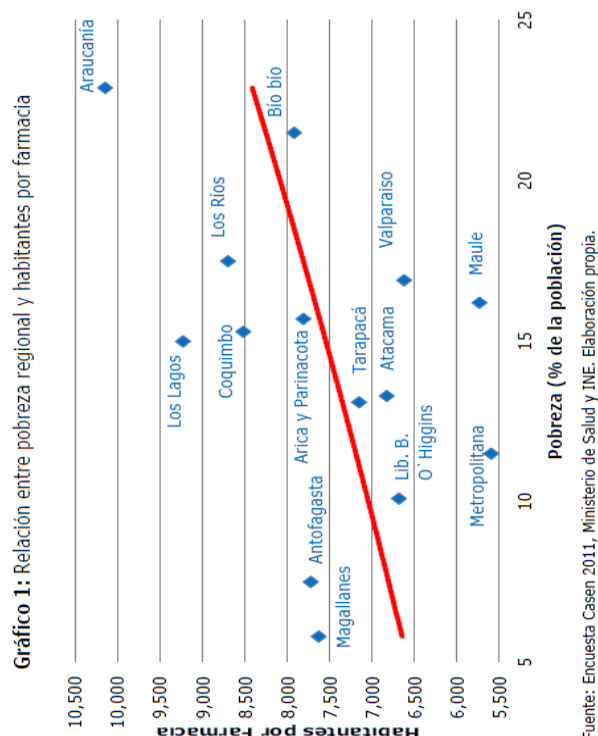
Adicionalmente, Chile presenta una cifra deficiente sobre el número de habitantes por farmacia en una comparación internacional, destacando como uno de los países con la mayor cifra dentro de Latinoamérica.

Finalmente, se presenta la indicación del Poder Ejecutivo al Proyecto de Ley que Reforma el Código Sanitario, la cual autoriza la venta de medicamentos sin receta en establecimientos comerciales.

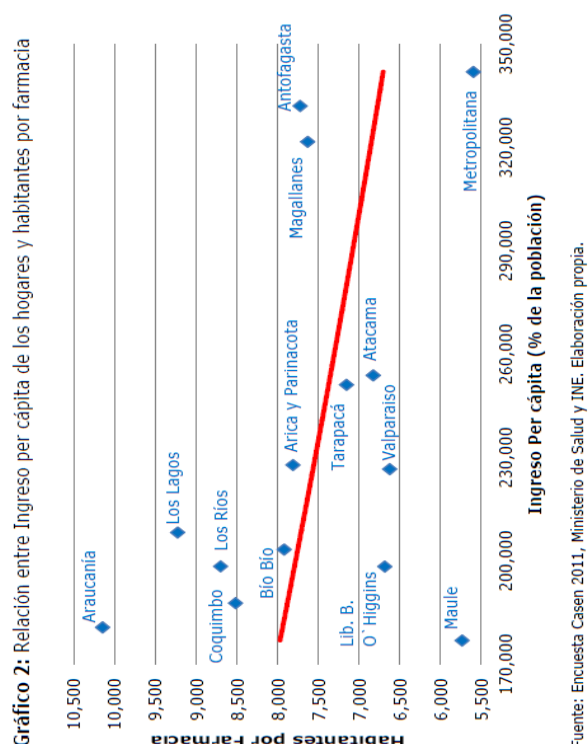
En el análisis sobre la relación entre pobreza regional y el número de farmacias se utiliza información obtenida de la encuesta Casen 2011 y las estadísticas administrativas del Ministerio de Salud referente al número de farmacias por región en enero 2013. La comparación se realiza a nivel de habitantes por farmacia en cada región, utilizando los datos demográficos del INE para el año 2013.

En el análisis se ha excluido la región de Aysén donde la menor cantidad de farmacias se explica principalmente por la baja densidad territorial y la baja población de los centros urbanos. Si bien esto ocurre en todas las regiones extremas del país, el caso de Aysén es particularmente significativo, ya que aun teniendo una menor pobreza, existe sólo una localidad con más de 10.000 habitantes que es la ciudad de Coyhaique.

Utilizando catorce regiones del país se encuentra una correlación de 0,4 entre la tasa de pobreza y el número de habitantes por farmacia en cada región. Es decir, a medida que hay mayor pobreza en una región, la cantidad de personas que deben residir en ella debe ser mayor para la existencia de nuevas farmacias. El gráfico 1 presenta la relación entre pobreza y habitantes por farmacia.



Por otro lado, la correlación entre el número de habitantes y el ingreso per cápita de los hogares es de -0,4, lo cual muestra que a medida que hay un mayor poder adquisitivo, disminuye el número de habitantes que se requieren para colocar una farmacia.



Se puede observar que la cantidad de habitantes por farmacia varía desde 5.593 en la Región Metropolitana hasta más de 10.000 en la Araucanía, siendo ésta la región más pobre del país.

En Chile existen 2.659 farmacias en los registros del Ministerio de Salud a enero de 2013, lo que corresponde a una relación de 6.603 habitantes por farmacia.

No obstante, se debe considerar que 1.264 farmacias, que corresponden a un 48% del total, se ubican en la Región

Metropolitana y cerca de 1.100 se encuentran en la ciudad de Santiago. Cabe destacar, que dentro de la ciudad existe un alto nivel de desplazamiento de los habitantes, por lo cual el alcance de las farmacias es mayor en horario hábil, situación que no sucede en horario inhábil debido a la escasa existencia de farmacias de turno, urgencia y con horario nocturno.

La información presentada es respecto a las farmacias alopáticas o tradicionales. En la tabla 1 se muestra el número de farmacias por región, la población regional proyectada para el año 2013 y la cantidad de habitantes por farmacia.

Adicionalmente, se muestra la cantidad de almacenes farmacéuticos que son establecimientos que pueden comercializar algunos medicamentos en comunas sin farmacias o en localidades alejadas bajo la supervisión de un práctico en farmacia, existiendo 54 almacenes de este tipo en el país.

Tabla 1: Habitantes por farmacia, enero 2013

Región	Población	Farmacias alopáticas	Habitantes por farmacia	Almacenes Farmacéuticos
Arica	179.623	23	7.810	0
Tarapacá	336.115	47	7.151	1
Antofagasta	594.553	77	7.721	4
Atacama	286.643	42	6.825	0
Coquimbo	749.376	88	8.516	5
Valparaíso	1.814.072	274	6.621	1
L.B. O`Higgins	908.559	136	6.681	4
Maule	1.031.618	180	5.731	5
Bío-Bío	2.074.086	262	7.916	5
Araucanía	994.374	98	10.147	14
Los Lagos	867.344	94	9.227	5
Los Ríos	382.713	44	8.698	3
Aysén	107.919	9	11.991	3
Magallanes	160.169	21	7.627	2
Metropolitana	7.069.647	1.264	5.593	2
Total País	17.556.811	2.659	6.603	54

Fuente: Ministerio de Salud y INE. Elaboración propia.

En el país existen 96 municipios que no cuentan con farmacia, los cuales se encuentran principalmente en zonas alejadas y con baja población. De estas comunas, 27 cuentan con un almacén farmacéutico², por lo que son 69 las comunas sin ningún tipo de establecimiento que disponga de medicamentos para la población.

Las farmacias suelen ubicarse en los grandes centros urbanos y comercializan no sólo medicamentos, sino que también otros productos. Destaca el caso de la región de Arica y Parinacota que posee 23 farmacias ubicadas en la ciudad de Arica, mientras que las otras tres comunas de la región no tienen farmacias ni almacenes farmacéuticos. En el caso de las regiones australes, donde existen diversas localidades alejadas y poco pobladas, la cantidad de comunas sin farmacias es alta. Por ejemplo, en Aysén y

Magallanes un 70% y 73% de las comunas no tiene farmacia, respectivamente.

En algunos casos, los almacenes farmacéuticos abastecen a la toda la población de la comuna tales como las comunas de El Carmen, San Ignacio, Galvarino o Primavera entre otras. No obstante, es común la existencia de almacenes en lugares turísticos que tiene población estacional con mayor poder adquisitivo tales como Coquimbo con un almacén en Tongoy, Los Vilos con un almacén en Pichidanguí y Torres del Paine entre otras.

La coexistencia de farmacias y almacenes en una comuna se debe a que los almacenes se ubican comúnmente en localidades alejadas dentro de la comuna o se instalaron antes que apareciera una farmacia en la localidad.

Por ejemplo, cuatro de los cinco almacenes farmacéuticos en la región del Maule se encuentran en comunas donde existen farmacias y en la región de los Ríos las tres comunas que tienen almacenes cuentan a la vez con farmacias.

La evidencia muestra que la actual normativa de establecimientos que pueden comercializar medicamentos no ha permitido llegar a los sectores más pobres, alejados y de menor población, sino que responde a una estructura del mercado farmacéutico de mediados de los años 80, cuando se elaboró la normativa, la que no se relaciona con las actuales condiciones y necesidades de la población.

Un 19% de las comunas del país no cuenta con un local que venda algún tipo de medicamento, aunque en éstas exista una baja densidad poblacional, no es razón para estar excluidos del acceso a medicamentos debido a una regulación que implica mayores costos para los establecimientos.

La tabla 2 presenta la cantidad de comunas que no tienen farmacia por región y la tasa de pobreza regional. Se observa que en las regiones más pobres una mayor cantidad de comunas no tienen farmacia, tal es el caso de la regiones de la Araucanía donde un 44% de las comunas no cuenta con farmacia y el Bío-Bío donde un 33% no las tienen. Ambas son las regiones con mayor pobreza en el país. Además, se muestra la relación anterior considerando los almacenes farmacéuticos.

Tabla 2: Comunas sin farmacia por región

	Nº de comunas	Comunas sin farmacia	% sin farmacia	Comunas sin farmacia ni almacén	% sin farmacia ni almacén	Índice de Pobreza
Arica	4	3	75%	3	75%	15,7
Tarapacá	7	3	43%	3	43%	13,1
Antofagasta	9	3	33%	2	22%	7,5
Atacama	9	2	22%	2	22%	13,3
Coquimbo	15	6	40%	4	27%	15,3
Valparaíso	38	4	11%	4	11%	16,9
L.B. O`Higgins	33	9	27%	8	24%	10,1
Maule	30	3	10%	2	7%	16,2
Bío-Bío	54	18	33%	16	30%	21,5
Araucanía	32	14	44%	4	13%	22,9
Los Ríos	12	1	8%	1	8%	15
Los Lagos	30	12	40%	8	27%	17,5
Aysén	10	7	70%	4	40%	9,8
Magallanes	11	8	73%	5	45%	5,8
Metropolitana	52	3	6%	3	6%	11,5
Total	346	96	28%	69	20%	14,4

Fuente: Ministerio de Salud.

² El almacén farmacéutico es un establecimiento que puede comercializar una determinada cantidad de medicamentos de venta directa y algunos con receta, bajo la supervisión de un práctico en farmacia. Pueden otorgarse permisos solo en localidades alejadas y siempre que no exista una farmacia en el lugar

2. Comparación internacional

A nivel internacional, la cantidad de habitantes que hay en nuestro país por cada farmacia supera ampliamente a lo observado en otros países.

La comparación con países latinoamericanos al año 2008 muestran que Chile presenta un deficiente indicador con una razón de habitantes por farmacia de 9.438, seguido por la República Dominicana con 5.449 habitantes por farmacia.

Si bien es cierto, hoy existe un mayor número de farmacias contabilizadas en el país a enero 2013, la relación continua siendo deficiente con 6.603 habitantes por farmacia, lo que sigue mostrando una cantidad de establecimientos muy menor a los que se encuentran en otros países de la región.

Tabla 3: Comparación en Latinoamérica año 2008

País	Nº de Farmacias	Población (miles)	Farmacias por habitante
Chile	1.798	16.970	9.438
Venezuela	5.246	28.583	5.449
República Dominicana	1.980	10.090	5.096
Centro América	8.686	39.500	4.548
Perú	8.287	29.165	3.519
México	31.398	109.610	3.491
Bolivia	2.867	9.863	3.440
Paraguay	1.861	6.349	3.412
Brasil	58.232	193.734	3.327
Argentina	12.979	40.276	3.103
Uruguay	1.250	3.361	2.689
Colombia	19.068	45.660	2.395
Ecuador	5.915	13.625	2.303
Total Latinoamérica	159.567	546.786	3.427

Fuente: Ministerio de Salud.

En base al número de habitantes por farmacia en Latinoamérica que es de 3.427, se constata que Chile se encuentra lejos de un nivel que podría ser considerado como adecuado. Adicionalmente, en los países desarrollados el número de habitantes por farmacia es aún menor, lo que muestra una amplia brecha en este indicador para el caso chileno. Particularmente, en España existen 2.400 habitantes por farmacia y en Estados Unidos son 1.100.

3. Uso racional y medicación responsable

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los gobiernos deben procurar un uso racional de los medicamentos, lo que es definido como que:

“Los pacientes reciban los fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, con dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad”.

En relación con los lineamientos de la OMS, Chile tiene una Política Nacional de Medicamentos que incluye el uso racional de estos y la medicación responsable, en ella se menciona que se debe:

“Asegurar la disponibilidad y acceso a toda la población a los medicamentos indispensables contenidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo accesible y cuyo uso racional lleva a conseguir los máximos beneficios tanto en la salud de las

personas como en el control del gasto que ellos representan”.

No obstante, la situación actual del mercado de los medicamentos no logra cumplir con las premisas señaladas anteriormente, razón por la cual se requiere un perfeccionamiento de la Ley.

Actualmente, la ciudadanía percibe que el mercado de farmacias es poco competitivo y que debiera ser más transparente y cercano por su vital importancia para la población. Además, la disponibilidad de medicamentos en las condiciones actuales va en contra de algunos objetivos de salud pública, ya que la provisión de medicamentos es limitada o escasa en varias comunas.

El presente informe muestra que la incorporación de cambios regulatorios podrían ampliar los lugares de compra de medicamentos, respetando las medidas sanitarias.

Según la Encuesta Nacional de Uso Racional de Medicamentos realizada por el Ministerio de Salud el año 2011, un 71% de la población compra medicamentos en farmacias y almacenes farmacéuticos, lugares que cuentan con el permiso de la autoridad sanitaria. El 29% restante de la población lo hace en lugares no autorizados como quioscos, ferias y comercio ambulante, los que no cumplen con las medidas sanitarias y abastecen a la población más pobre del país. Por lo tanto, tres de cada diez chilenos compra medicamentos en lugares que no se encuentran especialmente habilitados para ello. En general adquieren medicamento que son de uso común sin receta médica y a veces compran aquellos que sí la requieren. Además, la venta de medicamentos se realiza en lugares precarios y con deficientes condiciones sanitarias, visitados por la población más vulnerable.

4. Iniciativa legislativa de venta directa de medicamentos en el comercio

El Ministerio de Economía presentó una indicación al Proyecto de Ley que modifica el Código Sanitario en lo referente a la regulación de las farmacias y los medicamentos³ a fines de enero del año 2013. La indicación establece la autorización de venta de medicamentos sin receta -venta directa- en el comercio establecido, toda vez que se cumplan las condiciones sanitarias que establezca el Ministerio de Salud.

El objetivo de la medida es acercar la disponibilidad de medicamentos de bajo riesgo a la población y promover el cuidado responsable de la ciudadanía.

Los comercios autorizados para la venta de medicamentos serían: almacenes, mini-markets, tiendas de conveniencia en estaciones de servicio y supermercados, que pueden tener horarios extendidos de funcionamiento y se encuentran distribuidos ampliamente en todo el país.

En la indicación del Ejecutivo se considera que los medicamentos de venta directa deberán presentarse en envases que contengan en su exterior la indicación terapéutica necesaria para adoptar la decisión de compra y asegurar una adecuada administración, en conformidad a lo que señale el reglamento. Además, los envases deberán contar con sellos que permitan verificar si el contenido ha sido manipulado.

³ Boletines N°. 6.523-11, 6.037-11, 6.331-11 y 6.851-11, refundidos

Si la presentación de los medicamentos es acorde con las medidas propuestas, los medicamentos de venta directa podrán estar disponibles en repisas, estanterías o góndolas que permitan el acceso directo sin necesidad de recurrir a un dependiente del local para la compra de los productos. Para ello, se debe considerar también medidas de resguardo para evitar su alcance y manipulación por niños. Al efecto, la puesta a disposición al público deberá efectuarse en un área especial y exclusivamente destinada para ello, para así permitir su adecuada conservación y almacenamiento. Dicha área deberá contar con:

- I. Infografías en espacios visibles al público que permitan la lectura de una advertencia sobre el adecuado uso y dosificación de medicamentos con condición de venta directa.
- II. Mantener en un lugar visible al público, números telefónicos de líneas existentes que provean gratuitamente información toxicológica, ya sea de servicios públicos o privados.

La información que se entregue a los usuarios por medio de las infografías y líneas telefónicas será aprobada por resolución del Ministro de Salud. Asimismo, el establecimiento comercial que desee vender medicamentos deberá contar con la autorización expresa del Ministerio de Salud. Finalmente, la fiscalización y sanción de los referidos establecimientos se realizará por el Instituto de Salud Pública (ISP).

Los medicamentos de venta directa autorizados en el país corresponden a 2.431, los que representan un 15,8% de los productos registrados en el ISP. Asimismo, un 23,3% del valor y un 36,9% de las unidades corresponden a medicamentos que se comercializan sin receta médica, mientras que un 76,7% de los ingresos y un 63,1% de las unidades son medicamentos de venta con receta médica.

Tabla 4: Tipos de medicamentos registrados en el ISP, enero 2013 y participación de mercado por ventas y unidades, año 2012

Productos Registrados en el ISP	Número	%	Participación en ventas	Participación en unidades
Venta Directa (sin receta médica)	2.431	15,8%	23,3%	36,9%
Venta con receta médica	12.837	83,3%	76,7%	63,1%
Uso Exclusivo Establecimientos Asistenciales	143	0,9%	---	---
Total general	15.411	100%	100%	100%

Fuente: ISP, Ministerio de Salud e IMS Health.

Según un estudio de Jorge Alé Chilet⁴, la elasticidad precio de los medicamentos de venta directa en Chile se encuentra entre -0,32 y -5,11. Considerando un efecto de aumento en la competencia gracias al Proyecto de Ley, se generaría una reducción de precios entre un 5% a un 16% en dichos medicamentos, por lo cual la reducción promedio sería de 8,2%.

La mayor competencia en el mercado de medicamentos llevaría a una disminución en los precios y a un aumento en la disponibilidad física en el comercio establecido, en especial en comunas pobres, alejadas y con baja población del país.

5. Conclusiones

En el informe se muestra la existencia de una relación positiva entre pobreza y número de habitantes por farmacias, la que es una fuente de desigualdad en el país. A mayor tasa de pobreza, aumenta el número de habitantes por farmacia; y a mayor ingreso promedio de los hogares, disminuye el número de habitantes por farmacia. Esto muestra que las farmacias se ubican preferentemente en zonas de baja pobreza y mayor poder adquisitivo.

Además, se presenta la distribución de las farmacias a nivel comunal en el país. Se observa, que en las regiones extremas y en las de mayor pobreza existe una menor cantidad de farmacias, lo que se explica por un menor poder adquisitivo y por una baja densidad poblacional. Destacar, que en la Región Metropolitana se concentra un 48% de las farmacias del país, mientras que no cuentan con farmacia un 75% de las comunas en la región de Arica y Parinacota, un 70% en Aysén, un 73% en Magallanes y un 44% en la Araucanía.

Finalmente, como una forma de corregir estas distorsiones en el mercado de medicamentos y aumentar la disponibilidad al público, surge la iniciativa legal que autoriza la venta de medicamentos que tengan la condición de venta directa en establecimientos comerciales. La indicación del Ejecutivo en discusión parlamentaria permitirá la venta de medicamentos de uso común y de bajo riesgo toxicológico en el comercio establecido, lo cual mejorará el acceso a los más vulnerables, contribuirá a aumentar la competencia y disminuirá los precios de los medicamentos.

Fuente: "Relación entre Cantidad de Farmacias y Pobreza" División de Estudios, Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. Marzo 2013

⁴ Efecto en los precios por la venta de medicamentos no éticos en supermercados, Febrero 2012

I. ANTECEDENTES

1.1. ANTECEDENTES DEL MERCADO FARMACÉUTICO MUNDIAL

Las estimaciones más recientes del mercado de medicamentos provenientes del último reporte “The global use of medicines” (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2012), indican que el gasto global alcanzó los USD\$965 billones el año 2012. De este total, un 61% es explicado por gasto en medicamentos de marca, un 27% por genéricos y un 12% por otros. Estos cálculos consideran medicamentos genéricos como todo aquel producto farmacéutico distinto al de referencia cuya bioequivalencia ha sido demostrada. Esta definición incluye genéricos con marca propia y aquellos sin marca, es decir, denominados por su nombre original. Los productos incluidos en la categoría otros, incluyen los fármacos que no requieren prescripción médica, también llamados *over the counter* (OTC), productos diagnósticos y productos sin acción terapéutica.

Las estimaciones indican que el año 2012 el 64,4% del gasto fue realizado por un conjunto de países de ingresos altos, los que incluyen Estados Unidos, Canadá, Japón, Corea del Sur y Europa Occidental. Por su parte, un 23,2% del gasto es explicado por un conjunto de países cuyo crecimiento en el gasto absoluto entre 2013-2017 es proyectado ser mayor a USD\$1 billón y que además presentan un Producto Interno Bruto (PIB) de menos de USD\$25.000 per cápita ajustado por paridad de poder adquisitivo (PPA)¹. Este grupo, también denominado *Pharmerging*, incluye China, Brasil, India, Rusia, México, Turquía, Polonia, Venezuela, Argentina, Indonesia, Sudáfrica, Tailandia, Rumania, Egipto, Ucrania, Pakistán, Vietnam, Arabia Saudita, Algeria, Nigeria y Colombia. Los últimos cuatro países se agregaron a la lista en el reporte del 2013. El resto del mundo explica el restante 12,4% del gasto global. Una visión alternativa del mercado describe que el 69% del mercado mundial está explicado por el consumo de Estados Unidos, Japón, China y 5 Países de la Unión Europea (Alemania, Francia, Italia, Reino Unido y España).

Durante el periodo comprendido entre 2006 y 2010 se lanzaron 140 nuevas moléculas, la cuales estuvieron disponibles fundamentalmente en mercados de países desarrollados (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2012). Estados Unidos y Alemania fueron los mercados con más presencia de nuevas moléculas superando el 60% en 2011, mientras que países como Corea del Sur y Canadá no superaron el 40%. En el grupo de países emergentes (*Pharmerging*), Polonia, México y Brasil presentaron las mayores proporciones de incorporación de nuevas moléculas al mercado, sin embargo, ninguno de ellos superó el 40%. Por su parte, países como Venezuela, China y Vietnam incorporaron menos del 10% del total de nuevas moléculas. Adicionalmente, el estudio de la distribución de la entrada de nuevas moléculas según área terapéutica al año 2011 muestra que existen algunos productos donde esta

distribución es bastante uniforme. Este es el caso de hipoglucemiantes inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4, antiretrovirales contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y vacunas contra el Virus Papiloma Humano (VPH). Sin embargo, en otras áreas como el de nuevos medicamentos oncológicos, del sistema nervioso central y cardiovascular, la entrada es mucho mayor en mercados desarrollados.

Las proyecciones reportadas en el informe del 2013 indican que entre el 2013 y el 2017, el mercado de medicamentos crecerá entre USD\$205 y USD\$235 billones alcanzando entre USD\$1.170 y USD\$1.200 billones. Adicionalmente al importante crecimiento del mercado global, las estimaciones indican un cambio del mercado actual. Primero, se espera que el gasto en genéricos aumente más allá de su proporción actual, llegando a ocupar un 36% del gasto total de medicamentos. Las proyecciones incluso indican que en los mercados *Pharmerging* esta proporción puede llegar hasta el 63%. Este cambio va acompañado con una disminución en el gasto en medicamentos de marca el cual se reduciría a un 52% del total, principalmente debido al gasto de países desarrollados. Este cambio estaría explicado por el vencimiento de varias patentes, la expansión del mercado de moléculas no sujetas a patentes, el efecto de la crisis económica global y la implementación de políticas destinadas a controlar el gasto en medicamentos en los países. Sólo el vencimiento de patentes explicará un ahorro de USD\$113 billones. Por otro lado, las proyecciones indican que entre el 2012 y el 2017 entrarán al mercado 175 nuevos fármacos, a razón de 35 moléculas por año. Las áreas de mayor innovación, al igual que en los pasados 6 años, siguen siendo cáncer, enfermedades autoinmunes, VIH y vacunas. Adicionalmente, se espera la entrada de antivirales (no específicos para VIH), anticonceptivos y anti-epilépticos. En la distribución esperada para el año 2017, los medicamentos biológicos esperan representar un 20% del valor total del mercado, sólo un 2% más que lo observado el 2012. Su crecimiento es fundamentalmente explicado por el desarrollo de anticuerpos monoclonales. La entrada de biosimilares como parte del mercado de biológicos, espera un aumento en los próximos años, desde el 0.4% actual hasta el 5%.

En términos del consumo de medicamentos, la OCDE ha presentado el aumento del consumo de éstos en todas las categorías estudiadas (OECD, 2011). Por ejemplo, en el caso de antidepresivos el consumo aumentó 1,74 veces; en el caso de hipoglucemiantes 1,75 veces y en el caso de hipolipemiantes 3,03 veces. En todos estos casos el aumento promedio observado es explicado por un incremento de consumo en todos los países, sin excepción. El reporte indica además que este aumento de consumo no estaría sólo explicado por el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas sino que a otros elementos tal como cambio en el patrón de prescripción médica entre otros.

¹ Definición reportada en el reporte de IMS 2012 (periodo 2012-2016). Se asume que la misma definición ha sido considerada para las proyecciones 2013-2017

1.2. ANTECEDENTES DEL MERCADO FARMACÉUTICO CHILENO

La morfología del mercado farmacéutico en Chile puede describirse en tres niveles: el de producción, el de distribución y el de dispensación de los productos farmacéuticos. En términos de la producción de medicamentos, y según los datos del Departamento Agencia Nacional de Medicamentos del ISP, a la fecha existen 29 laboratorios de producción de medicamentos, 5 laboratorios farmacéuticos acondicionadores y 219 empresas o personas con registro para importador medicamentos en Chile.

En términos de la distribución de medicamentos, ésta puede llevarse a cabo por distribuidores públicos o privados. El distribuidor público es la Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST), el cual tiene la capacidad de comprar medicamentos (e insumos médicos) para los establecimientos de la red pública de atención de salud. En el sector privado existen 169 droguerías al año 2012 según información obtenida desde el Departamento de Política Farmacéutica del MINSAL. Finalmente, la dispensación de medicamentos se divide en la dispensación otorgada en hospitales y consultorios del sistema público, y la comercialización por parte de farmacias privadas. Respecto de estas últimas, más del 90% del valor de ventas de este mercado lo ocupan 3 cadenas farmacéuticas. Según datos oficiales (Departamento de Política Farmacéutica, MINSAL), en Chile existen 2.719 farmacias establecidas al mes de Octubre del 2013. De éstas, 1.303 están en la Región Metropolitana, 283 en la Región de Valparaíso y 267 en la Región del Biobío (Tabla 5.1).

Tabla 5.1.

Distribución geográfica de farmacias en Chile al mes de Octubre 2013

REGION	NÚMERO ABSOLUTO DE FARMACIAS
Arica y Parinacota	27
Tarapacá	50
Antofagasta	79
Atacama	45
Coquimbo	92
Valparaíso	283
Metropolitana	1303
O'Higgins	134
Maule	164
Bío-Bío	267
Araucanía	99
Los Ríos	44
Los Lagos	102
Aysén	9
Magallanes	21
TOTAL NACIONAL	2719

(Fuente: Departamento de Política Farmacéutica y Profesiones Médicas, Ministerio de Salud)

De acuerdo a datos reportados en el último estudio del mercado farmacéutico del Ministerio de Salud realizado por

el consultor Carlos Vasallo en el año 2010 (Vasallo, 2010), Chile es un mercado relativamente pequeño en el contexto latinoamericano, ocupando sólo un 2.6% del mismo, que está liderado por Brasil (36%), México (25%), Venezuela (12.5%) y Argentina (9.3%). Según un reciente reporte del Ministerio de Economía de Chile, las tres principales cadenas de farmacia presentaron ingresos el 2012 por US\$1.500 millones (\$731.425 millones), con un crecimiento desde el 2008 que va entre el 7% y 8% por año. Un 76,7% de este total es explicado por la venta de medicamentos que requieren receta médica y el restante 23.3% correspondió a medicamentos de venta directa.

En el mercado chileno coexisten cuatro tipos de productos farmacéuticos: primero, medicamentos de venta libre (OTC) los cuales pueden ser comprados libremente por el paciente; medicamentos éticos o de venta bajo receta que no requieren archivar receta; medicamentos éticos que requieren archivar receta (ej. fármacos psicotrópicos); y medicamentos de internación, habitualmente adquiridos directamente por centros asistenciales pues su uso se limita a hospitales y centros de salud. En términos de su comercialización en farmacias, en Chile se distinguen los medicamentos Genéricos, de Marca, Similares y de Marca propia. Los genéricos incluyen fármacos que se venden bajo el nombre de su principio activo independientemente de si ha probado su equivalencia terapéutica. Los medicamentos Similares corresponden a aquellos fármacos comercializados bajo un nombre distinto al principio activo. Los medicamentos "Marcas propias" son aquellos producidos por laboratorios de la misma farmacia. Finalmente, los medicamentos de marca son aquellos producidos por el laboratorio que es dueño de la patente.

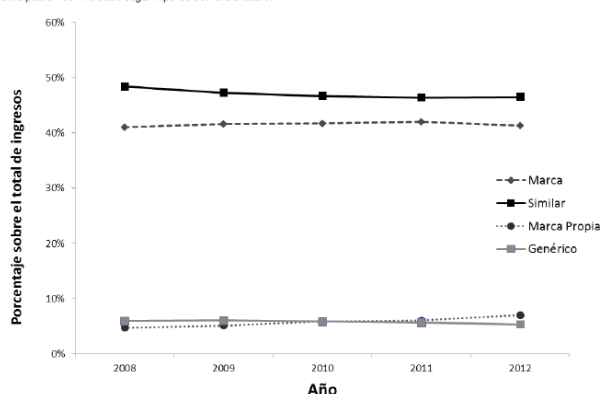
Según Vasallo (2010) el mercado farmacéutico en Chile ha sufrido grandes cambios en las últimas dos décadas. Una de las más relevantes es la conformación de tres cadenas de farmacias al final de los años 90, los que llegan a ocupar más del 90% del mercado de *retail* farmacéutico. Esta estructura les ha permitido a las cadenas ejercer gran poder de negociación y por lo tanto, capacidad de manejar precios. Asimismo, los convenios entre cadenas farmacéuticas y multitiendas permitieron a las personas acceder a crédito para la compra en farmacias. Al inicio de la década del 2000 la competencia entre cadenas determinó una importante baja en precios de la industria lo cual impacto también desfavorablemente en las utilidades de las mismas cadenas (Vasallo, 2010). Posteriormente, los precios de medicamentos aumentaron progresivamente. Una de las razones que ayudó a explicar este comportamiento de los precios fue la colusión entre cadenas de farmacias, lo cual ha sido recientemente corroborado por la justicia chilena.

Según el reporte el Ministerio de Economía antes referido, los medicamentos similares explicaron el 2012 un 46,5% de los ingresos de farmacias, seguido por los de marca (41%), los de marca propia (7%) y los genéricos (5.3%). El análisis temporal entre el 2008 y 2012 muestra que la proporción de venta por marcas se mantiene, los similares bajan entre 1 y 2%, los de marca propia aumentan un 2,3% y los genéricos disminuyen un 0,6% (Figura 5.1). La misma distribución observada por unidades vendidas el 2012 da cuenta del alto consumo de medicamentos

similares (38,6%) versus un 28,5% de genéricos, un 20,6% de marcas y un 12,3% de marcas propias (Figura 5.2).

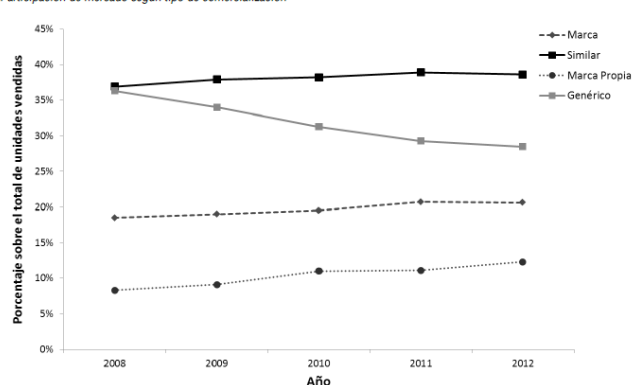
En términos de precios de medicamentos, Chile no posee una política de regulación de precios del sector privado o retail. En el sistema público, la CENABAST intenta agregar la demanda y ejercer un poder de negociación que permita obtener mejores precios, sin embargo, esta institución está lejos de administrar la totalidad de la compra pública de medicamentos. En efecto, la compra puede ser efectuada directamente desde los hospitales y/o centros de salud utilizando licitaciones públicas (por ejemplo, utilizando el portal de chilecompra aunque no exclusivamente) o a través de trato directo con el proveedor. Aunque CENABAST ofrece una lista pública de precios de los productos licitados, existe falta de información respecto de los precios pagados por otros compradores del sistema público.

Figura 5.1.
Participación del mercado según tipo de comercialización



(Fuente: Informe "El Mercado de Medicamentos en Chile, Ministerio de Economía, 2013")

Figura 5.2.
Participación de mercado según tipo de comercialización



(Fuente: Informe "El Mercado de Medicamentos en Chile, Ministerio de Economía, 2013")

Finalmente, Chile observó la entrada de 21 nuevas moléculas el año 2013, de acuerdo a los registros del Instituto de Salud Pública. De ésta, la mayoría corresponden a terapias oncológicas, seguido por tratamientos antirretrovirales para VIH, tratamiento para diabetes y tratamientos para enfermedades del sistema nervioso central y metabólicas (Tabla 5.2).

Tabla 5.2.
Nuevas moléculas ingresadas al mercado farmacéutico de Chile en el año 2013.

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE MEDICAMENTO	AREA TERAPÉUTICA	ENFERMEDAD
BENDAMUSTINA CLORHIDRATO	RIBOMUSTIN	Oncología	Leucemia linfocítica crónica
REGORAFENIB	STIVARGA	Oncología	Cáncer colorrectal Tumores del estroma gastrointestinal
DEGARELIX ACETATO	FIRMAGON	Oncología	Cáncer de próstata
AXITINIB	INLYTA	Oncología	Carcinoma de células renales
VEMURAFENIB	ZELBORAF	Oncología	Melanoma
CRIZOTINIB	XALKORII	Oncología	Cáncer de Pulmón de células no pequeñas
AFATINIB	GIOTRIF	Oncología	Cáncer de Pulmón de células no pequeñas
PERTUZUMAB	PERJETA	Oncología	Cáncer de mama
TALIGLUCERASA ALFA	UPLYSO	Metabólica	Enfermedad de Gaucher tipo I
IDUSURFASA	ELAPRASE	Metabólica	Enfermedad de Hunter
PASIREORIDA	SIGNIFOR	Endocrino	Enfermedad de Cushing
INSULINA ASPARTA 30 %	RYZODIAG 70/30	Diabetes	Diabetes
LIXISENATIDA	LYXUMIA	Diabetes	Diabetes
DAPAGLIFLOZINA	FORXIGA	Diabetes	Diabetes
RILPIVIRINA CLORHIDRATO	EDURANT	Antivirales	Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
EMTRICITABINA + RILPIVIRINA CLORHIDRATO	COMPLERA	Antivirales	Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
GADOBTROL	GADOVIST	Diagnóstico radiológico	Resonancia magnética (realce de contraste)
PROMESTRIENO	COLPOTROPHINE	Genitourinario	Trastornos tróficos vaginales
TERIFLUNOMIDA	AUBAGIO	Sistema Nervioso Central	Esclerosis Múltiple
FAMPIDINA	FAMPYRA	Sistema Nervioso Central	Esclerosis Múltiple
APOXABAN	ELIQUIS	Cardiovascular	Enfermedad Tromboembólica

Fuente: Subdepartamento de Registro y Autorizaciones Sanitarias, Departamento ANAMED, ISP.

1.3. GASTO EN MEDICAMENTOS EN CHILE

El gasto de medicamentos en Chile tiene dos componentes generales: primero, el gasto de bolsillo, entendido como el dinero que las personas deben desembolsar directamente para pagar medicamentos; y segundo, el gasto explicado por planes de aseguramiento (público o privado) y programas gubernamentales que incluyen la dispensación gratuita de medicamentos.

El gasto de bolsillo en medicamentos (GBM) es un componente del gasto de bolsillo total en salud (GBT). Un reciente estudio encargado por el Departamento de Economía de la Salud del MINSAL a la Universidad Católica de Chile (Cid and Prieto, 2013), ha sistematizado las metodologías de medición del gasto de bolsillo en salud y los resultados existentes para Chile. El reporte resume quince reportes que estimaron GBT en Chile, siendo una buena parte de éstos realizados por profesionales adjuntos a departamentos del Ministerio de Salud, FONASA o Superintendencia de Salud. Los estudios reportan resultados variables. Por ejemplo, un estudio de la superintendencia estimó el GBT de la población adscrita al sistema privado de salud en 12,7%. El resto de los estudios estimaron GBT en toda la población chilena, con resultados variables entre 5% (Peticara, 2008) y el 41% (Urriola, 2010). Estos resultados dependen de las metodologías de estimación y de las fuentes primarias de datos utilizadas.

El GBM corresponde a la fracción más importante del GBT. Los resultados más actuales basados en la Encuesta de

Presupuestos Familiares (EPF) del 2007, indican que el GBM representa un 55% del GBT, mostrando una clara gradiente por nivel socioeconómico, llegando a ser un 67,6% en el quintil más bajo y un 46,7% en el quintil más rico (Cid and Prieto, 2012). Esta estimación responde al subgrupo de familias que gastan en salud. Este resultado contrasta con las estimaciones hechas por Peticara (2008) que indica un GBM de 36,8%. En efecto, las estimaciones en base a la EPF 2007 reportan que, del GBT, un 32,5% corresponde a medicamentos. Se ha argumentado que el objetivo de contar con una estimación de este tipo es relevante para las políticas públicas en la medida que informe el gasto que deban incurrir las familias que efectivamente estén obligadas a gastar en salud, es decir, la primera estimación descrita en este párrafo.

Un segundo estudio realizado por Correa-Burrows (Correa-Burrows, 2012), enfocado en el subgrupo de pacientes con enfermedades crónicas basado en las encuestas CASEN (2009) y EPF (2007), indica que el gasto en GBM corresponde al 31% del GBT. Otro estudio realizado por Bitrán y Muñoz (Bitrán and Muñoz, 2012) ha estimado que un 6,4% de la población se encuentra en gasto catastrófico en salud, correspondiendo un 36% de este gasto al ítem medicamentos.

Finalmente, el estudio realizado por la Universidad Católica (Cid and Prieto, 2013) reporta estimaciones del GBM como total país, basado en tres fuentes distintas. Según la EPF del 2007 este monto asciende a \$711.775.116.377 (\$42.883 per cápita), y \$736.581.120.250 (\$44.378 per cápita) según estimaciones realizadas por Cid (2011) utilizando la misma fuente. Una tercera estimación corresponde a la imputación de precios en el módulo de medicamentos de la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) con los datos de IMS. Esta suma asciende a los \$651.485.479.600 (\$38.111 per cápita).

2. CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN CHILE

El consumo de medicamentos está determinado fundamentalmente por las necesidades de salud de los pacientes y la elección del profesional de la salud que prescribe el fármaco. Sin embargo, la imperfección del mercado farmacéutico permite que otros factores tengan una importancia relativa en este consumo. Estos factores incluyen el grado de información de los prescriptores respecto de la oferta de medicamentos en el mercado, su equivalencia terapéutica y sus precios relativos; el efecto del farmacéutico y dependiente de farmacia en la elección final del medicamento; el marketing ejercido por la industria farmacéutica sobre los médicos y los propios pacientes y la lealtad sobre marcas establecidas. Desafortunadamente en Chile no se dispone de información

En la presente sección se revisa la información disponible en Chile sobre consumo de medicamentos. En primer lugar se presentan los resultados observados en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010. Estos datos son un diagnóstico de consumo de medicamentos basados en el autorreporte de los encuestados. En segundo lugar, se presenta un estudio complementario a la ENS 2009-2010 en base al análisis de la encuesta CASEN aplicada en el mismo periodo (año 2009).

2.1. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

2.1.1. Antecedentes del estudio

En esta sección se presentan los resultados de caracterización de la demanda de medicamentos de la población en base al análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (Margozzini et al., 2012).

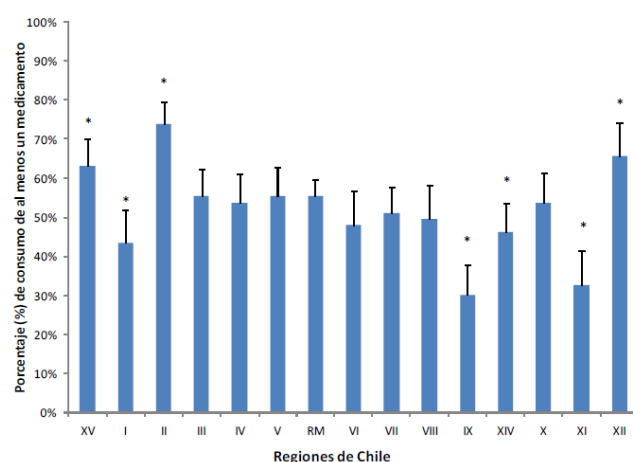
La ENS 2009-2010 corresponde a un estudio transversal de una muestra de 5.412 individuos mayores de 15 años representativos de la población chilena. El módulo de medicamentos la ENS 2009-2010 fue contestado por un subgrupo de 5.337 encuestados en base al que se realiza este análisis. La metodología de codificación y validación de los datos disponibles está disponible en el reporte técnico correspondiente (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

2.1.2. Síntesis de Resultados

El reporte señala que las mujeres tienen una prevalencia de uso de al menos un medicamento significativamente mayor que los hombres, ajustado por edad (64% versus 40,7%, $p < 0.001$). El número de fármacos promedio consumido es de 1,4 con una distribución asimétrica que muestra valores de hasta 16 fármacos. La prevalencia de consumo aumenta significativamente con edad y la prevalencia de polifarmacia (consumo de 5 o más medicamentos) fue estimada en 8,2%.

La prevalencia de uso de medicamentos es significativamente mayor en el grupo de menor nivel educacional que ha sido usualmente empleado como proxy del nivel socioeconómico (62,4% versus 48,4 y 55,5% en los niveles medio y alto respectivamente). Algo similar ocurre con el número de fármacos consumidos donde el grupo con menor nivel educacional consume un número significativamente superior (2,1 versus 1,3 y 1,1 en los niveles medio y alto respectivamente). El número promedio de medicamentos consumidos no mostró diferencias por zona rural o urbana. Respecto de la distribución geográfica el estudio muestra que la Región de Antofagasta es la que reporta el mayor consumo de “al menos un medicamento” (73,8%), un resultado significativamente distinto al de la Región Metropolitana (55,3%) (Figura 6.1).

Figura 6.1.
Prevalencia del consumo de al menos un medicamento.



* p -value < 0.05 en comparación con la prevalencia observada de la Región Metropolitana.

(Fuente: Informe Diferido N°2 ENS 2009-2010, Margozzini P. y cols., P. Universidad Católica de Chile)

El estudio también presenta la prevalencia de consumo según tipo de medicamento. Los resultados indican que un 22,7% de la población reportó consumir analgésicos, seguido por un 13,3% de agentes antihipertensivos (del eje renina-angiotensina-aldosterona) y un 8,3% correspondientes a agentes antiinflamatorios y antiirreumáticos. La lista se reproduce en la Tabla 6.1.

Tabla 6.1.
Prevalencia (e Intervalos de Confianza de 95%) de los 20 tipos de medicamentos más usados por la población. (Fuente: Margozzini P, Olea R, Passi A, Informe diferido N°2 ENS 2009-2010)

TIPO	PREVALENCIA (%)	IC (%)
Analgésicos	22,7	20,8-24,7
Agentes que actúan sobre el eje renina-angiotensina-aldosterona	13,3	11,9-14,9
Antiinflamatorios y antiirreumáticos	8,3	7,2-9,5
Hormonas sexuales y moduladores del sistema genital	8,0	6,8-9,4
Psicoanalépticos	7,8	6,7-9,2
Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos	6,5	5,6-7,6
Diuréticos	6,1	5,2-7,1
Drogas usadas en diabetes	5,9	5,0-7,0
Agentes que reducen los lípidos séricos	5,3	4,3-6,4
Agentes beta-bloqueadores	5,1	4,2-6,1
Psicolépticos	4,6	3,7-5,8
Antihistamínicos para uso sistémico	3,9	3,2-4,8
Vitaminas	3,7	3,0-4,6
Bloqueantes de canales de calcio	3,6	2,9-4,4
Antiepilépticos	3,2	2,4-4,3
Suplementos minerales	3,1	2,4-3,9
Terapia tiroidea	2,9	2,3-3,6
Antibióticos de uso sistémico	2,1	1,5-2,9
Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	1,9	1,3-2,7
Agentes contra enfermedades funcionales del estómago e intestino	1,7	1,1-2,4

El reporte también describe la prevalencia de consumo según tipo químico en la población general. Respecto del uso de fármacos tanto por consumo agudo como crónico, el más consumido es el ácido acetil salicílico, seguido por el paracetamol y en tercer lugar enalapril. Dentro de los fármacos de uso crónico (1 mes o más) la lista bastante similar, encabezada por el ácido acetil salicílico, seguido por enalapril y en tercer lugar paracetamol. La Tabla 6.2 muestra un resumen de los 20 principios activos más consumidos.

Tabla 6.2.
Prevalencia (e intervalo de confianza 95%) de consumo de los 20 principios activos más consumidos por la población chilena de acuerdo al autorreporte de la ENS 2009-2010, para uso global y uso exclusivamente crónico (1 mes o más)

USO AGUDO Y CRÓNICO			USO CRÓNICO	
	Principio Activo	Prevalencia (%) (IC 95%)	Principio Activo	Prevalencia (%) (IC 95%)
1	Ácido acetil salicílico	12,0 (10,5-13,6)	Ácido acetil salicílico	10,4 (9,2-11,7)
2	Paracetamol	10,2 (8,9-11,8)	Enalapril	8,6 (7,5-9,9)
3	Enalapril	9,1 (7,9-10,4)	Paracetamol	7,5 (6,4-8,7)
4	Etinilestradiol	6,5 (5,4-7,8)	Etinilestradiol	6,4 (5,3-7,6)
5	Metformina	5,0 (4,1-6,0)	Metformina	4,8 (3,9-5,8)
6	Hidroclorotiazida	4,8 (4,0-5,7)	Hidroclorotiazida	4,6 (3,8-5,5)
7	Omeprazol	3,8 (3,1-4,7)	Omeprazol	3,6 (2,9-4,4)
8	Ibuprofeno	3,8 (3,1-4,7)	Losartán	3,5 (2,8-4,4)
9	Losartán	3,6 (2,9-4,5)	Levonorgestrel	3,4 (2,6-4,5)
10	Levonorgestrel	3,5 (2,7-4,5)	Atorvastatina	2,8 (2,1-3,7)
11	Atorvastatina	2,9 (2,2-3,8)	Atenolol	2,7 (2,0-3,5)
12	Atenolol	2,8 (2,2-3,7)	Levotiroxina de Sodio	2,6 (2,0-3,4)
13	Levotiroxina de Sodio	2,8 (2,2-3,5)	Ibuprofeno	2,5 (1,9-3,2)
14	Cafeína	2,8 (2,1-3,7)	Cafeína	2,3 (1,7-3,1)
15	Calcio Carbonato	2,3 (1,7-3,0)	Nifedipino	2,2 (1,7-2,8)
16	Metamizol Sódico	2,2 (1,7-3,0)	Glibenclamida	2,0 (1,5-2,7)
17	Nifedipino	2,2 (1,7-2,8)	Clonazepam	2,0 (1,3-2,9)
18	Glibenclamida	2,1 (1,6-2,7)	Calcio Carbonato	1,8 (1,3-2,5)
19	Clonazepam	2,1 (1,5-3,1)	Metamizol Sódico	1,8 (1,3-2,5)
20	Clorfenamina Maleato	2,0 (1,5-2,7)	Clorfenamina Maleato	1,7 (1,2-2,3)

(Fuente: Margozzini P, Olea R, Passi A, Informe diferido N°2 ENS 2009-2010)

2.2. ANALISIS DE LA ENCUESTA CASEN

2.2.1. INTRODUCCION

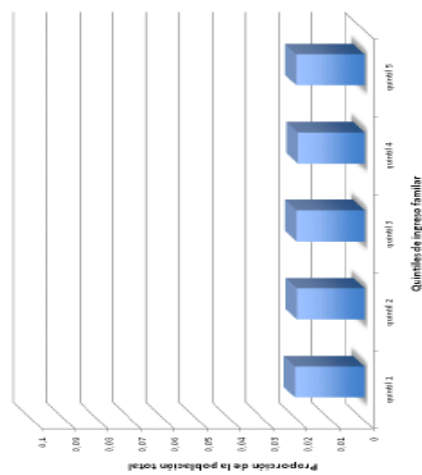
La encuesta de caracterización socio económica nacional (CASEN) se realiza en Chile cada 2 años con el objeto de describir la realidad socioeconómica de la población chilena. La encuesta incluye módulos sobre residentes, trabajo, educación, ingresos, temas emergentes (ej. discapacidad, etnia, migración), vivienda y salud.

En su versión 2009 incluyó una serie de preguntas relativas a la prescripción y utilización de medicamentos. Los resultados de este análisis son descritos en el presente reporte. Los resultados son obtenidos previa expansión de la muestra.

2.2.2. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

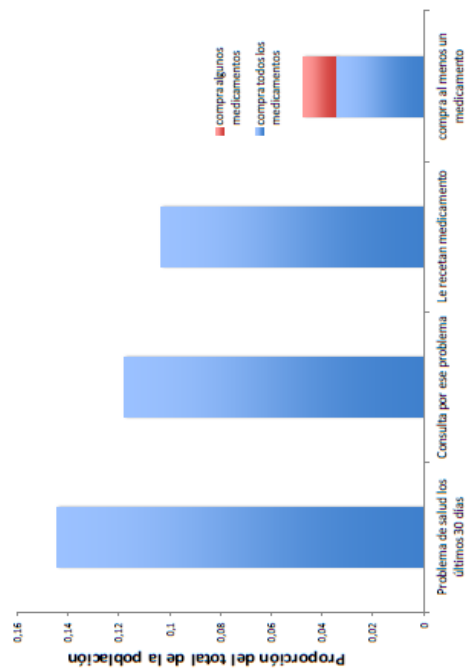
La encuesta reporta que un 14.4% de la población ha tenido un problema de salud en los últimos 30 días, incluyendo enfermedades o accidentes. De ellos, un 81.7% (11.7% del total) consultó a un profesional de la salud por dicho problema. Se prescribió medicamentos a un 87.7% de este grupo (10.3% del total). Finalmente, un 4.7% de la población total compra al menos un medicamento (más de 650.000 habitantes), siendo la mayor parte de ésta quienes compran todos sus medicamentos de su bolsillo (3.4% del total) (Figura 6.2).

Figura 6.3.
Distribución de la prescripción de medicamentos según quintil de ingreso familiar



Fuente: Datos CASEN 2009

Figura 6.2.
Problemas de salud en los últimos 30 días y prescripción de medicamentos



Fuente: Datos CASEN 2009

La distribución de prescripciones según nivel socio-económico se estudió por quintil de ingreso económico familiar ajustado por el número de individuos del núcleo familiar (Figura 6.3). Los resultados muestran que la distribución de la prescripción por quintil es uniforme.

2.2.3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Del total de pacientes que recibieron una prescripción por medicamentos un 51.9% los recibió gratuitamente y un 33.4% los compró todos de su bolsillo. La Figura 6.4 muestra estos resultados por quintil de ingreso familiar en base a los datos presentados en la Tabla 6.3. Se observa que hay una tendencia a que los sujetos de menor nivel socioeconómico reciben más medicamentos gratis que los de mayores ingresos. Por ejemplo, del total de sujetos que

recibieron todos sus medicamentos gratis un 27% correspondió al quintil más pobre, y un 24%, 20%, 17% y 10% a los quintiles 2, 3, 4 y 5 respectivamente. Por otro lado, del total de sujetos que compraron todos los medicamentos la proporción por quintil de ingreso, desde el más pobre al más rico fue de 10%, 14%, 18%, 23% y 34% respectivamente. Estos porcentajes relativos son presentados en la Tabla 6.4.

Figura 6.4.
Consumo de medicamentos en respuesta a prescripción médica según quintil de ingreso familiar

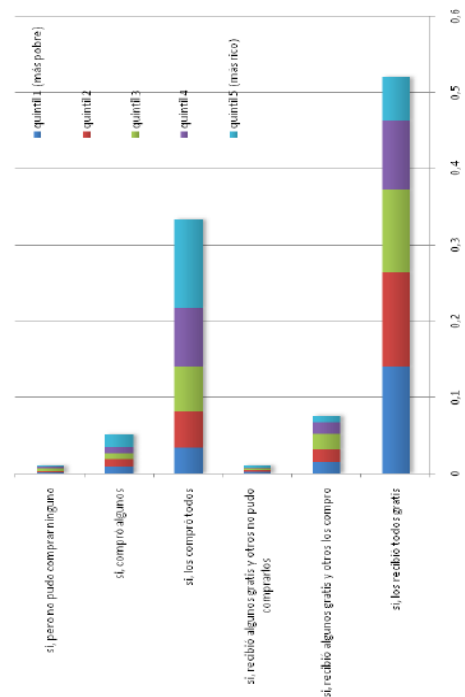


Tabla 6.3.
Consumo de medicamentos según quintil de ingreso familiar. Distribución como porcentaje del total de prescripciones.

PREGUNTA	QUINTIL 1	QUINTIL 2	QUINTIL 3	QUINTIL 4	QUINTIL 5	TOTAL
SI, los recibí todos gratis	0.1406	0.1238	0.1073	0.091	0.067	0.5197
SI, recibí algunos gratis y otros los compré	0.0156	0.0163	0.0202	0.0154	0.0085	0.0761
SI, recibí algunos gratis y otros no pude comprarlos	0.0026	0.0024	0.0015	0.0017	0.0015	0.0087
SI, los compré todos	0.0341	0.0465	0.0595	0.0773	0.1161	0.3335
SI, compré algunos	0.0089	0.0092	0.0075	0.0083	0.0158	0.0507
SI, pero no pude comprar ninguno	0.0018	0.0015	0.0039	0.0018	0.0011	0.0102

Tabla 6.4.
Porcentaje relativo del quintil socioeconómico sobre el porcentaje total de la categoría de consumo.

PREGUNTA	QUINTIL 1	QUINTIL 2	QUINTIL 3	QUINTIL 4	QUINTIL 5	TOTAL*
SI, los recibí todos gratis	0,2705	0,2382	0,2065	0,1751	0,1097	0,5197
SI, recibí algunos gratis y otros los compré	0,2050	0,2142	0,2654	0,2024	0,1117	0,0761
SI, recibí algunos gratis y otros no pudo comprarlos	0,2680	0,2474	0,1546	0,1753	0,1546	0,0097
SI, los compré todos	0,1022	0,1394	0,1784	0,2318	0,3481	0,3335
SI, compré algunos	0,1755	0,1815	0,1479	0,1834	0,3116	0,0507
SI, pero no pudo comprar ninguno	0,1765	0,1471	0,3824	0,1765	0,1078	0,0102

* Corresponde al porcentaje de cada categoría en el total de respuestas.
Cada porcentaje total es el 100% de los porcentajes relativos por quintil.

3. PRECIOS DE MEDICAMENTOS EN CHILE

3.1. ANTECEDENTES

El estudio de Vasallo (2010) muestra que Chile es uno de los países con los precios de medicamentos más bajos en la región. En base a información de IMS se estimó que el promedio de precios en Chile al año 2008 fue de USD\$4,73, sólo superado por Uruguay (USD\$4,05), pero claramente más bajo que Brasil (USD\$8,97), Argentina (USD\$7,3) y Perú (USD\$7,22). El reporte enfatiza la necesidad de que el análisis comparativo sea con cautela, destacando que los mayores precios pueden ser consecuencia de costos asociados a una mayor regulación destinada a asegurar el uso racional.

Otro elemento que ha sido estudiado en Chile es la dispersión de precios. El año 2003 Debrott publica los resultados de un estudio realizado en Ministerio de Salud, donde identifica un conjunto de principios activos en que la dispersión es más del 1000%. Destacan entre éstos Atenolol, Alprazolam, Prednisona, Fluoxetina, Clorfenamina e Ibuprofeno (Debrott, 2003).

Con posterioridad a estos estudios mencionados la información respecto de precios de medicamentos ha sido levantada fundamentalmente por el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC), los cuales están disponibles en su página web. En este documento se revisan los últimos estudios de precios producidos el año 2013, el primero por el SERNAC y el segundo por la ONG de protección de derechos al consumidor ANADEUS.

3.2. ESTUDIO SERNAC

El Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) motivado por su rol en la protección de los derechos del consumidor, ha venido dando seguimiento mensual a los precios de un conjunto de fármacos comercializados en farmacias desde el año 2009. En base a este registro, SERNAC publica un reporte del monitoreo mensual de medicamentos estableciendo en cuál medicamento y en qué farmacias se observan las mayores diferencias de precios, tanto en términos absolutos como relativos. Asimismo, se reportan un ranking entre establecimientos farmacéuticos en base a la comparación de una canasta de 67 productos que se comercializan en todas las cadenas incluidas en la comparación (Carmen, Salco-Brand, Cruz Verde, Ahumada, Belén y Mendoza). Los reportes están a libre disposición en la

página web de SERNAC (www.sernac.cl) y pueden ser consultados por el lector en caso de requerir mayores detalles.

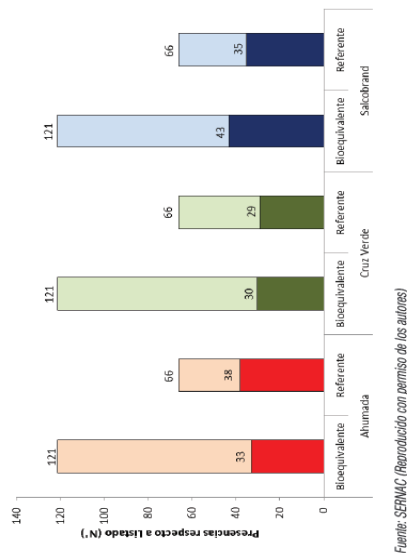
Adicionalmente a los reportes del seguimiento mensual. SERNAC realizó un estudio comparativo de precios de productos bioequivalentes versus preciso de referencia. Este será analizado con mayor detalle en este documento. A continuación se describen los principales elementos del reporte de SERNAC, los cuales son extraídos del reporte original que está disponible en la página web de dicho organismo. Cabe hacer notar que este estudio se realizó entre enero y marzo del 2013 en el marco de colaboración entre ISP y SERNAC. Esto permitió el intercambio de información entre profesionales de ambas instituciones, lo cual aportó a la realización del estudio.

Los objetivos del estudio fueron: (i) determinar la presencia en el mercado farmacéutico de los nuevos productos equivalentes terapéuticos y sus medicamentos de referencias entre marzo del 2012 y marzo del 2013; y (ii) Determinar las diferencias absolutas y porcentuales de los precios de los productos equivalentes terapéuticos respecto de los productos de referencia en la muestra levantada en marzo del 2013. A continuación se presenta una síntesis de los principales resultados del estudio.

3.2.1. PRESENCIA EN FARMACIAS

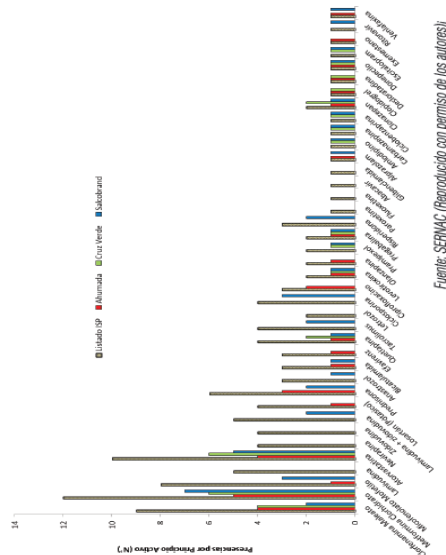
La publicación oficial del 5 de abril del 2013 del Instituto de Salud Pública presenta un listado de 131 productos bioequivalentes que debieran estar disponibles en el mercado. Sin embargo, en referencia al monitoreo mensual de SERNAC se establece que, si bien la presencia de estos medicamentos ha aumentado en farmacias en los últimos 6 meses ésta no llega a superar el 29% del total de fármacos de la lista referida anteriormente (dato referido al sondeo del mes de Marzo 2013). Aunque la mayor ausencia de productos bioequivalentes correspondió a medicamentos para el tratamiento de VIH/SIDA y trasplante de órganos (habitualmente no vendidos en farmacias), la exclusión de este tipo de fármacos del análisis elevó la presencia de bioequivalentes en farmacias sólo a un 38%. La presencia de productos bioequivalentes y sus referencias según farmacia se presentan en la Figura 7.1. Por otra parte, la presencia según principio activo se grafica en la Figura 7.2.

Figura 7.1.
Presencia de productos según farmacia en la muestra del mes de marzo de 2013, respecto al total de productos Bioequivalentes y de Referencia del listado ISP, del 21 de febrero de 2013.



Fuente: SERNAC (Reproducido con permiso de los autores)

Figura 7.2.
Presencia de Bioequivalentes por Principio Activo según cadena (Sources: SERNAC de Marzo) respecto al listado de Bioequivalentes publicado por ISP (21 de febrero de 2013).



Fuente: SERNAC (Reproducido con permiso de los autores)

3.2.2. COMPARACIÓN DE PRECIOS

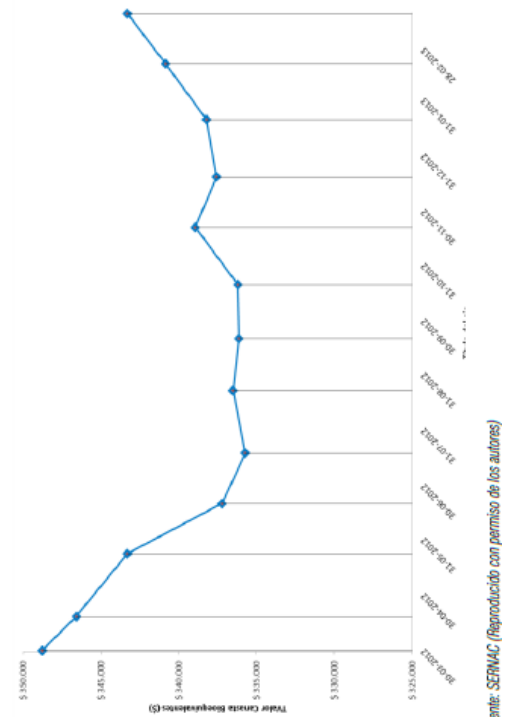
El análisis realizado con los datos levantados el mes de marzo permitió comparar 40 productos bioequivalentes con sus respectivos medicamentos referentes, aunque la comparación entre cadenas sólo pudo realizarse en 12 productos. La mayor diferencia de precios fue encontrada para el medicamento Lipitor 10mg 30 comprimidos (Pfizer), el cual mostró una diferencia de \$34.440 equivalente a un 3.344% en comparación con Atorvastatina 10mg 30 comprimidos (Lab. Chile, bioequivalente). El segundo lugar fue para el producto Clorprimetón 4mg 20 comprimidos (MSD), el cual presentó un valor \$4.080 más caro que su bioequivalente Clorfenamina Maleato 4mg 20 comprimidos (Lab. Chile), equivalente a 1.943%.

La comparación de precios entre las tres cadenas más grandes de farmacias (Ahumada, Cruz-Verde y Salco-Brand) mostró que en general las diferencias fueron menores alcanzando un máximo de 17,1%, excepto en el caso del medicamento Clorfenamina Maleato 4mg 20 comprimidos

(Lab. Chile) que presentó una diferencia del 85% entre farmacias Ahumada (\$210) y Salco-Brand (\$390).

El estudio agrega un análisis descriptivo longitudinal de los precios recogidos en el último año. El reporte presenta la evolución de precios entre marzo del 2012 y marzo del 2013 para el valor total de una canasta de 17 productos bioequivalentes (Figura 7.3). Según los datos, el precio de la canasta disminuyó inicialmente para luego estabilizarse y volver a subir hacia el final del periodo de análisis. Al observar los datos en detalle presentados en un anexo del reporte de SERNAC, éstos revelan que el comportamiento descrito por el valor total de la canasta no representa necesariamente el comportamiento de los precios de cada unidad de observación. Por ejemplo, si se toman las diferencias entre distintos puntos de la serie se observa que una proporción que alcanza hasta el 50% de las observaciones presentan tendencias de disminución de precios cuando la canasta total muestra un aumento.

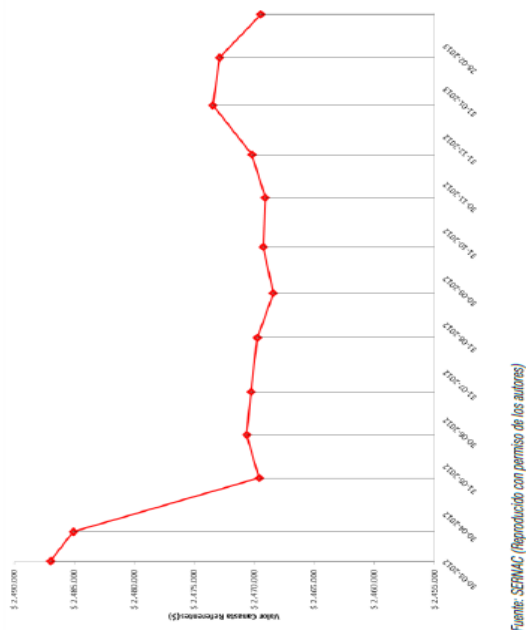
Figura 7.3.
Evolución histórica del valor de una canasta de 18 productos Bioequivalentes



Fuente: SERNAC (Reproducido con permiso de los autores)

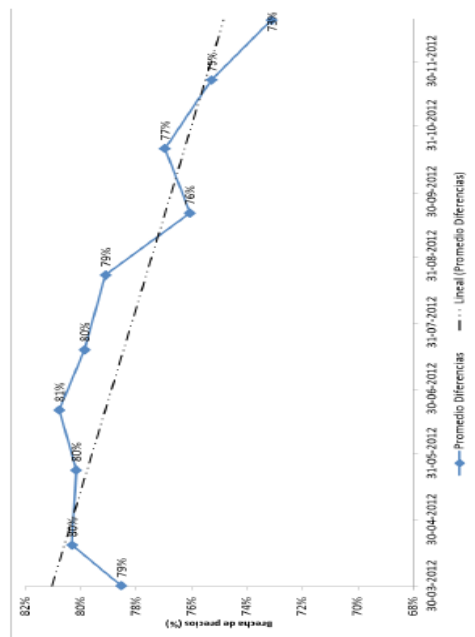
Algo similar fue hecho con una canasta de 13 productos de referencia (Figura 7.4). Los datos muestran que el precio total de dicha canasta mostró una disminución durante los primeros 3 meses de seguimiento y una tendencia a estabilizarse en el resto del periodo. Al igual que en el caso anterior, el análisis detallado de las unidades de observación mostró que el comportamiento de los precios varía entre medicamentos, de manera que la tendencia del precio total de la canasta no puede ser extrapolada a los medicamentos individuales. Cabe hacer notar que estos datos individuales no están disponibles en el reporte, sino que fueron obtenidos gracias a la colaboración entre ISP y

Figura 7.4.
Evolución histórica del valor de una canasta de 13 productos referenciales.



Finalmente, el estudio examinó las brechas de precios entre el producto bioequivalente y su respectivo medicamento de referencia. Este análisis fue realizado para 6 productos utilizando el promedio de precios obtenidos desde las 3 cadenas de farmacia para cada principio activo. El reporte argumenta que el uso del promedio resulta adecuado dado las mínimas variaciones entre farmacias. La evolución temporal en el periodo entre marzo del 2012 y marzo del 2013 se muestra en la Figura 7.5.

Figura 7.5.
Evolución histórica de la brecha porcentual promedio de precios entre 6 Bioequivalentes y sus respectivos Referenciales.



Nótese que el promedio de las diferencias muestra una tendencia a la disminución en el periodo estudiado, lo cual se aprecia más claramente en la línea segmentada que ilustra la tendencia lineal de los datos. El reporte de SERNAC sugiere que este patrón es consistente con el aumento del valor de la canasta de productos bioequivalentes. Sin embargo, del análisis detallado de los datos individuales se desprende que en 4 de los 6 casos el precio del bioequivalente ha disminuido en vez de aumentar, y en otro caso el aumento fue muy menor en el

periodo (ver anexo 3 del reporte). Por lo tanto, la brecha que en la mayoría de los casos efectivamente disminuye puede ser explicada por variaciones de los precios de los medicamentos de referencia más que a los precios en los bioequivalentes.

3.2.3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

El estudio realizado por SERNAC corresponde a un examen descriptivo de precios basado en datos longitudinales que se analizan de manera transversal y longitudinal. Del análisis transversal es claro que la presencia de medicamentos bioequivalentes en farmacias no supera el 38% cuando se excluyen aquellos medicamentos que usualmente no son adquiridos en estos establecimientos. Esto implica que existe un 62% de medicamentos bioequivalentes que no pueden ser encontrados en las farmacias incluidas en el sondeo de SERNAC en marzo del 2013. En respuesta a la pregunta si es esperable que las farmacias dispongan de todos los bioequivalentes, resulta razonable pensar que no sea así. Por ejemplo, en el caso de la clorfenamina maleato, principio activo que cuenta con 9 formulaciones que han demostrado equivalencia terapéutica, no sería esperable que una farmacia disponga de las 9 formulaciones. Sin embargo, en especial en el caso de fármacos en que se cuenta con 2 o 3 bioequivalentes solamente, lo cual es la gran mayoría de los casos, sería esperable que una farmacia contara con al menos una de ellas y que las 2 o 3 formulaciones estén presentes en las muestras que incluyen las tres cadenas farmacéuticas más grandes del país.

Otro resultado irrefutable del estudio es que en efecto existen diferencias de precios de hasta 34 veces entre el bioequivalente y su medicamento de referencia (Atorvastatina versus Lipitor). No obstante, de este análisis no se puede concluir que estas diferencias ocurran sistemáticamente en una cadena de farmacia en particular. El estudio sugiere que el precio de los bioequivalentes ha aumentado en los últimos meses del seguimiento.

Sin embargo, esa interpretación sólo puede hacerse respecto del precio total de la canasta estudiada y no puede ser extrapolada a medicamentos individuales. En efecto, se constató que para una proporción importante de las unidades de observación el comportamiento temporal fue completamente distinto. Esto también ocurre para la comparación temporal de productos referenciales.

Finalmente, respecto del estudio de brechas de precios, el estudio mostró una tendencia lineal decreciente en la diferencia de precios entre bioequivalentes y referenciales. Sin embargo, esta tendencia oculta el comportamiento individual de cada uno de los mercados de medicamentos específicos. Este análisis individual revela que la tendencia en algunos productos es hacia la disminución del precio de los bioequivalentes más que al aumento. En consecuencia, el análisis debe restringirse al efecto promedio y no incurrir en falacia ecológica aplicando este efecto a las unidades individuales de observación.

3.3. ESTUDIO ANADEUS

ANADEUS es una organización no gubernamental cuyo objetivo es proteger los intereses de los consumidores. El año 2012 desarrolló un estudio destinado a evaluar las diferencias en los precios de un subconjunto de medicamentos que se comercializan en Chile. A continuación se presenta un resumen y análisis crítico del estudio.

3.3.1. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL ESTUDIO

El informe destaca la desprotección financiera en Chile y otros países en vías de desarrollo respecto del consumo de medicamentos.

1. El informe destaca las fallas del mercado de medicamentos
 - a. Asimetría de información (pacientes menos informados que prescriptores, productores y dispensadores de fármacos)
 - b. Demanda inducida (refiere a incentivos de los productores a quienes prescriben y dispensan los fármacos)
 - c. Oligopolio del mercado (tendencia a concentrar los ofertantes en tres cadenas de farmacia)
 - d. Venta de genéricos corresponde al 36% del mercado, lo cual representa a un 5.96% del total de medicamentos vendidos. Los innovadores de marca corresponden al 19% representando un 40% del gasto total. Los similares (genéricos de marca), corresponden al 44.5% representando un 53% del gasto total.
 - e. La prescripción en el sector público está generalmente restringida a los medicamentos disponibles en el centro de atención primaria. La prescripción en el sector privado no está restringida y depende del médico tratante.

Describe el marco regulatorio en Chile (registro sanitario y bioequivalencia)

3.3.2. METODOLOGIA

El análisis está limitado a un grupo de medicamentos cuya indicación está restringida a un grupo limitado de enfermedades. A continuación se resumen los elementos fundamentales de la metodología, sus ventajas y limitaciones.

3.3.2.1. SELECCIÓN DE ENFERMEDADES

El estudio seleccionó las siguientes enfermedades: Hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes y enfermedades respiratorias.

El criterio para la selección de enfermedades descrito en el informe refiere: “se eligieron aquellas patologías de mayor recurrencia, y dentro de éstas, las enfermedades crónicas”. Se argumenta que estas enfermedades tienen tratamiento permanente y, por lo tanto, los pacientes que las padecen serán más afectados por altos precios.

3.3.2.1.1. VENTAJAS

El estudio considera cuatro grupos de enfermedades de alta prevalencia en Chile.

3.3.2.1.2. LIMITACIONES

De las definiciones:

- La definición del criterio de selección presenta un error conceptual, no es basada en recurrencia sino prevalencia. Sin embargo, este error no afecta significativamente las posteriores conclusiones del estudio.
- Si bien la prevalencia es un elemento importante en la priorización, excluye enfermedades que por no ser tan prevalentes no han sido aún consideradas en las coberturas y esquemas de protección financiera del estado y/o de aseguradoras privadas.
- La definición de enfermedades respiratorias es muy amplia. De acuerdo al contenido restante del informe se supone que el ítem está restringido a Infecciones respiratorias agudas (neumonía y sospechas de infecciones bacterianas del tracto respiratorio).
- Las enfermedades consideradas se limitan a población adulta.

De los posibles sesgos

- Las cuatro enfermedades son consideradas en los programas de salud gubernamentales. Esto implica que la población más pobre tiene acceso a los medicamentos en los centros de salud primario sin un impacto mayor en su gasto de bolsillo. Esto puede excluir a un grupo significativo de demandantes de estos medicamentos del mercado de las drogas que se estudiarán.
- En el caso de la población con seguro privado, los medicamentos también debieran ser reembolsados pues están considerados en las garantías GES. Las condiciones de reembolso definidas por el asegurador privado pueden generar barreras para que éste se haga efectivo (por ejemplo farmacias y marcas específicas), lo cual implica que solo una proporción de los pacientes utilizarán estas coberturas, las cuales atienden a guías de prescripción. El resto deciden no reembolsar y actúan como verdaderos consumidores con libertad de elección.
- Considerando los dos elementos anteriores, los resultados de este estudio se restringen a un contexto particular que no es fácilmente extrapolable al resto de condiciones de salud donde no existen mecanismos de protección financiera. Así, en estas otras condiciones de salud las diferencias entre innovadores y genéricos podrían ser mayores (o menores) que las reportadas en este estudio.

3.3.2.2. SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

La selección de medicamentos se realizó a partir de la revisión de guías clínicas del MINSAL y consulta a expertos. Los medicamentos se restringieron a aquellos más utilizados en el tratamiento de las enfermedades seleccionadas.

3.3.2.2.1. VENTAJAS

El grupo de medicamentos da cuenta un conjunto de drogas muy utilizado en la práctica clínica

3.3.2.2.2. Limitaciones

- Se excluyen algunos medicamentos de uso habitual. Por ejemplo; (1) la combinación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y diuréticos (ej, hidroclorotiazida) en hipertensión arterial, (2) quinolonas (ej. Levofloxacin) para el tratamiento de enfermedades respiratorias infecciosas agudas.
- La exclusión de medicamentos relevantes puede omitir diferencias (o no diferencias) en el mercado de ciertos medicamentos que tienen uso en la misma patología.
- Todos estos medicamentos están disponibles en los programas de enfermedades crónicas y/o GES, de manera que un amplio sector de la población tienen acceso gratuito a ellos. Esto impacta en que la demanda por este tipo de medicamentos está restringida a aquella población que no se atiende en consultorios y de hospitales del sistema público. Además, los pacientes con cobertura ISAPRE también acceden a reembolsos parciales o totales pues están sujetos a garantía GES. Es por esto que los resultados que se desprendan de este análisis no pueden ser fácilmente extrapolados a otras enfermedades.

3.3.2.3. LEVANTAMIENTO DE DATOS

Los datos se obtienen a través de 3 fuentes:

- Portal de internet www.precioderemedios.cl.
- Verificación de los precios obtenidos de la fuente (1) mediante consulta telefónica a farmacias
- Verificación de precios del al fuente (1) mediante consulta presencial en un número limitado de farmacias

3.3.2.3.1. LIMITACIONES

- No se describen las características ni la fiabilidad de la fuente utilizada. La página web de “precios de remedios” no declara conflictos de intereses con cadenas farmacéuticas o productores de medicamentos. Tampoco se encuentra información respecto de quién financia este portal. Es explícita en no garantizar que los precios reportados correspondan a los precios encontrados en farmacia en la misma fecha.

- El reporte no explicita si la verificación de los precios se realiza en una muestra aleatoria de farmacias o corresponde a una muestra por conveniencia. Tampoco refiere si dicha verificación se realiza el mismo día que se obtiene el precio.
- La falta de información respecto de la recolección de datos en este reporte genera incertidumbre respecto de la calidad de datos utilizados. El reporte no menciona ni discute estas debilidades metodológicas.

3.3.3. RESULTADOS

3.3.3.1. SÍNTESIS DE RESULTADOS

Los resultados se presentan por principio activo en presentación específica. En la Tabla 7.1 se resumen los resultados descritos en el informe.

Tabla 7.1.
Precios de medicamentos innovadores, genéricos y similares

		PRECIO PROMEDIO	RANGO DE PRECIO FUENTE INTERNET	RANGO DE PRECIO FUENTE FARMACIAS
Amlorol 50mg	Belacar (innovador)	\$7.441		
	Genéricos			\$240 - \$650
	Similares		\$5.660 - \$10.770	
Enalapril maleato	Enalten (innovador)	\$10.000		
	Genéricos			\$250 - \$890
	Similares		\$699 - \$5.067	
Losartán potásico 50mg	Cosar (innovador)	\$21.640		
	Genéricos			\$1.300 - \$2.000
	Similares		\$5.000 - \$14.000	\$12.390 - \$18.900
Atorvastatina 10mg	Lipitor (innovador)	\$33.000		
	Genéricos			\$990 - \$1.312
	Similares		\$6.788 - \$11.840	\$8.490 y 12.070*
Lovastatina 20mg	Mevacor (innovador)	\$38.850		
	Genéricos			\$920 - \$1.400
	Similares			\$7.590 - \$9.490
Glibenclámid 5mg	Daonil (innovador)	\$15.590		
	Genéricos			\$290 - \$790
	Similares			
Metformina 850mg	Glucophage y Gliformil (innovadores)	\$7.350 - \$8.890 (30 comp.) 11.290 - 12.760 (60 comprimidos) **		
	Genéricos			\$1.290 - \$2.650
	Similares		\$3.250 - \$5.755	
Salbutamol 100mcg/dosis	Aerolin (innovador)	\$9.940		
	Genéricos			\$1.190 - \$2.520
	Similares		\$3.605 - \$7.850	
Azitromicina 500mg	Zitronax (innovador)	\$21.990		
	Genéricos		\$773 - \$2.097	\$1.460 - \$3.000
	Similares		\$13.789 - \$2.200	\$10.990 - \$14.540
Clarithromicina 500mg	Klaricid (innovador)	\$43.996		
	Genéricos			\$3.320 - \$4.980
	Similares		\$3.922 - \$4.320	\$13.990 - \$19.990

Notas:

- El número de medicamentos genéricos y similares descritos corresponden a los considerados en el estudio y no necesariamente corresponden a los genéricos registrados que pueden ser comercializados.
- Los datos presentados en esta tabla son consistentes con los datos presentados en el texto del reporte.

* Sólo se disponen de dos valores

** datos obtenidos de los apéndices (no reportados en el texto del informe)

Tabla 7.2.

Diferencia de precios entre fármacos innovadores y genéricos constatados por compra

COMPARADORES		DIFERENCIA ANUAL DE PRECIOS
Glafonil comprado en Farmacia Cruz Verde Maipú	Mellomira Lab Sanitas comprado en Farmacia Galénica Providencia	\$201.720 - \$38.160 = \$163.160 Variación del %528
Daonil comprado en Farmacia Cruz Verde Villa del Mar	Glibenclámda Lab Chile comprado en Farmacia Cruz Verde Villa del Mar	\$364.560 - \$5.580 = \$358.980 Variación del %6533
Lipitor comprado en farmacia Ahumada Valparaíso	Atorvastatina Lab Chile comprado en farmacia Ahumada Valparaíso	\$808.560 - \$23.780 = \$784.800 Variación del %3403
Enalren comprado en farmacia Cruz Verde en Nuñoa	Enalapril Genex comprado en farmacia Ahorro en Valparaíso	\$238.080 - \$8.640 = \$229.440 Variación del %2755

En una segunda etapa el estudio consideró la compra de medicamentos en distintas farmacias. Esto incluyó innovadores, genéricos y similares para 5 principios activos distintos. De acuerdo a lo reportado, el objetivo de esta etapa fue: “dejar en evidencia los valores, productos, fecha de adquisición y ubicación de las farmacias”.

El reporte presenta los precios de las formulaciones compradas y estimaciones del costo mensual y anual. Los resultados más relevantes se resumen la Tabla 7.2.

3.3.3.2. Limitaciones del reporte de resultados

El estudio reporta datos discordantes entre lo mostrado en el texto y los gráficos. Por ejemplo, el rango de precios de genéricos para Atenolol en el texto refiere (\$240-\$650), sin embargo, el gráfico muestra datos que sólo permiten deducir un rango entre (\$260-\$390). Adicionalmente, el texto siempre presenta resultados sobre el mercado de similares, sin embargo, los gráficos no siempre muestran este tipo de medicamentos.

3.3.4. CONCLUSIONES

3.3.4.1. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

- El reporte concluye que existen enormes diferencias de precios entre medicamentos de un mismo principio activo.
- Se menciona el dato que en España la diferencia entre innovadores y genéricos es de hasta el 60%, lo cual contrasta con Chile donde se observan diferencias de hasta %6533 en el caso de glibenclámda.
- Se destaca que la gran diferencia observada entre innovadores y genéricos existe aun cuando ambos llevan varios años en el mercado
- Se enfatiza en las diferencias de precios observadas entre medicamentos similares y genéricos. Los autores del reporte agregan que estas diferencias corresponden a un engaño a la

población, correspondiendo a publicidad engañosa, lo cual atenta contra la ley del consumidor.

- Aun cuando no ha sido desarrollado con detalle en reporte, el reporte concluye lo siguiente:
- Los precios de medicamentos entre las cadenas de farmacias son muy similares en todos los locales y comunas estudiadas
- Los empleados de farmacias declaran que existen diferencias de calidad en los medicamentos
- Se afirma que no es posible evidenciar disminución en los precios por causa de la incorporación de bioequivalencia. Se agrega que este corresponde a un mecanismo publicitario y que genera confusión en la población respecto de la calidad de medicamentos y falsas expectativas respecto de disminución de precios.

3.3.4.2. Comentarios técnicos de las conclusiones

- Aun cuando existen ciertas consideraciones respecto de la calidad de los datos utilizados en este estudio (comentarios en la metodología), el reporte de las máximas diferencias observadas entre innovadores y genéricos están bien documentadas. Estas no garantizan que las diferencias puedan ser aún mayores si es que se hubiese contado con una muestra más representativa que la descrita en los métodos.
- La comparación con el dato de España es información relevante pero su fuente debe ser referida. El dato de diferencias para España podría ser un promedio entre diferencias, el cual podría esconder diferencias en algunos mercados de medicamentos tan grandes como las observadas en este estudio. Sin perjuicio de que esto sea correcto, se observa falta de rigor metodológico en la discusión de este punto.
- Es correcto que las grandes diferencias entre innovadores y genéricos existen luego de varios años en mercado. Esto está determinado porque los innovadores no han disminuido sus precios lo cual puede ser explicado por lealtad de marca (profesionales aún prescriben innovadores) o incentivos a la prescripción de innovadores.
- Los resultados de este estudio son suficientes para concluir que existe diferencias de precios entre similares y genéricos. Sin embargo, la afirmación que esto determina publicidad engañosa y atenta contra la ley del consumidor debiera fundamentarse con referencias que den cuenta de que los autores realizaron un análisis legal pertinente.
- El reporte es correcto en concluir que el estudio no permite evidenciar disminución de precios. Sin embargo, debe aclararse que el estudio no observa disminución porque su metodología lo impide. Este es un estudio de corte transversal descriptivo y no permite emitir ninguna conclusión respecto de impacto de la política de bioequivalencia en precios.

- La aseveración que la bioequivalencia se ha utilizado como mecanismo publicitario no tiene fundamento empírico en este estudio. Tampoco se han desarrollado argumentos que le den soporte.
 - La afirmación que la bioequivalencia genera confusión en la población respecto de la calidad de los medicamentos tampoco tiene fundamento empírico en este estudio, pues no se ha hecho ninguna medición del nivel de confusión de la población. En consecuencia, esta afirmación no tiene validez interna y sigue siendo una hipótesis que requiere ser probada.
- La afirmación que la bioequivalencia genera falsas expectativas tampoco se puede basar en ninguna evidencia mostrada en este estudio. Por lo tanto, es internamente inválida y requiere futura investigación para ser resuelta.

3.4. ANALISIS DE IMPACTO DE PRECIOS DEBIDO A BIOEQUIVALENCIA

3.4.1. ANTECEDENTES

La equivalencia terapéutica o bioequivalencia de medicamentos corresponde a una serie de procedimientos que permiten comprobar que el efecto terapéutico de un fármaco genérico es similar, aunque no necesariamente idéntico, al de fármaco de referencia. El Instituto de Salud Pública ha definido y publicado un listado de medicamentos que deben demostrar bioequivalencia. El objetivo de contar con una política de bioequivalencia es garantizar la calidad y seguridad de los medicamentos genéricos y similares que están disponibles para el consumo de la población chilena.

En el año 2008 se publicó el primer decreto que obliga a la industria farmacéutica de medicamentos genéricos y similares a presentar los antecedentes técnicos que demuestren la equivalencia terapéutica de dichos compuestos. Estos antecedentes son evaluados por la autoridad sanitaria quien tiene el rol de certificar que dichos compuestos cumplen con las condiciones que aseguren su eficacia y calidad en un rango equivalente a los originales.

La implementación de esta política ha sido paulatina durante los últimos 4 años. En parte debido a que las exigencias por parte de la autoridad se han establecido de manera progresiva, pero también en parte porque el proceso por medio del cual los laboratorios farmacéuticos demuestran bioequivalencia requieren tiempo.

A la fecha de este análisis se han certificado 155 productos bioequivalentes por parte del Instituto de Salud Pública de Chile. En principio, todos estos medicamentos podrían estar a disposición de los consumidores en las farmacias de acceso directo. Sin embargo, es posible que las farmacias no dispongan de todos los medicamentos bioequivalentes certificados sino que al menos uno de cada principio activo. También es posible que algunos grupos de medicamentos como antiretrovirales y antineoplásicos no estén disponibles pues su acceso está en general concentrado en instituciones de salud.

Existe cierta discusión respecto del impacto que la política de bioequivalencia tendrá en los precios de los medicamentos, especialmente en aquellos que no poseen

cobertura financiera o que determinan gasto de bolsillo. En un estudio realizado por Larraín y Quiroz, donde se proyectan los efectos de una política que fomente el uso de medicamentos genéricos, se indica que si la demanda por genéricos aumentase en un 10%, entonces el precio de los genéricos aumentaría en 12,58% en promedio, cuando el precio alcance el equilibrio. Este aumento podría alcanzar el 16% si se consideran los costos asociados a certificación, monitoreo y fiscalización. En este contexto, si los consumidores de genéricos son las familias de menores ingresos esta política tendría efectos regresivos². El mismo reporte refiere que la teoría indica que los innovadores debiesen disminuir su precio, sin embargo, la evidencia internacional sugiere que éstos aumentan su precio pues el desplazamiento hacia genéricos selecciona una población altamente fiel a los innovadores. En consecuencia, los únicos ganadores de la política son los individuos que dejen de consumir marcas y comiencen a consumir genéricos.

El estudio refiere además que el mercado pudiese verse afectado con una desvalorización de las marcas y una disminución del número de laboratorios producto de los costos de certificación lo cual aumentaría la concentración de la oferta. Se argumenta que si bien la desvalorización de las marcas es un efecto esperado tiene efectos nocivos pues se debilita la competencia entre productores independientes y aquellos de propiedad de cadenas de farmacia. Esta menor competitividad incentivaría la integración vertical.

Si bien las interpretaciones del estudio son consistentes con los supuestos presentados, existen ciertos elementos que no son destacados por los autores y que pudiesen limitar las estimaciones y su validez externa. Uno de los elementos dice relación con el supuesto de estricta exogeneidad de los modelos econométricos utilizados. Debido a que la demanda y la oferta no son únicamente explicadas por el precio y el ingreso sino que también por otros elementos no medidos, el modelo utilizado presenta endogeneidad debido a sesgo de variables omitidas. Adicionalmente, la asociación entre demanda y precio puede presentar causalidad reversa, una segunda fuente de endogeneidad. Los autores no discuten las consecuencias de estos factores sobre las estimaciones ni refieren la necesidad de utilizar métodos alternativos de estimación como variables instrumentales.

Respecto de la validez externa del estudio, los autores no incorporan en la discusión el efecto de políticas de cobertura de medicamentos que se podrían implementar en el país, y que de hecho fueron implementadas con la reforma AUGE. Estas políticas adicionales podrían invalidar la conclusión de regresividad de la política de promoción de prescripción de genéricos³.

A continuación se presenta un avance del estudio que está en desarrollo en el Centro Nacional de Farmacoeconomía del Instituto de Salud Pública. Este estudio se ha realizado en colaboración con el Servicio Nacional del Consumidor, quienes han desarrollado un levantamiento de datos desde farmacias privadas desde el año 2009.

3.4.2. ANTECEDENTES Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

En esta etapa de la implementación de la política es muy posible que el mercado de medicamentos

bioequivalentes no haya alcanzado su equilibrio. Sin embargo, existen algunos medicamentos cuya exigencia fue levantada hace más de dos años para los que ya existen más de tres copias en el mercado y para los cuales el registro de datos de SERNAC posee datos desde el año 2009.

El objetivo del estudio es evaluar el impacto de la exigencia de bioequivalencia en el precio de medicamentos sometidos a dicha exigencia.

3.4.3. METODOLOGÍA

Para efectos de este análisis inicial se ha seleccionado el principio activo clorfenamina pues es el único que cumple con la condición de estar bajo exigencia de bioequivalencia, estar disponible en los datos de SERNAC y contar con un número de más de 3 copias bioequivalentes disponibles en el mercado.

Se realizó un análisis de diferencias en diferencias. La selección del control estuvo limitada por la disponibilidad de datos disponibles en la base de datos de SERNAC. Los criterios esenciales para ser considerado como control fueron: (1) No haber estado sujeto a exigencia de bioequivalencia en el periodo estudiado y (2) presentar un patrón de prescripción médica similar al medicamento en evaluación. Con estos elementos en consideración se seleccionó la Loratadina como control de Clorfenamina maleato.

a. Variable Dependiente: Precio en pesos chilenos. Variable continua.

b. Variables Independientes:

Tiempo bajo exigencia de bioequivalencia. Variable binaria definida sobre la base de un criterio experto para cada caso. En el caso de clorfenamina, se consideró que la exigencia podría afectar el mercado de medicamentos desde abril del año 2011 inclusive.

Se entiende por efecto regresivo de la política que las familias de menores ingresos terminan destinando una mayor proporción de su ingreso familiar a medicamentos que las familias de mayores ingresos luego de la implementación de dicha política.

La falta en la consideración de este elemento puede ser explicada porque al año de la publicación del estudio (2003) la cobertura de medicamentos estaba bastante restringida a ciertos programas ministeriales.

3.4.4. RESULTADOS

3.4.4.1. CLORFENAMINA

1. Análisis descriptivo.

Se contó con datos de precios de 3 cadenas de farmacia (Ahumada, Cruz verde y Salcobrand) para formulaciones de clorfenamina maleato de 4mgs en presentación de 20 comprimidos por 4 laboratorios distintos.

La Figura 7.6 muestra la evolución de precios de clorfenamina maleato genérico entre el periodo abril del 2009 y marzo del 2010. La gráfica presenta curvas de precio que representan la evolución del precio de una formulación

de 4mg y 20 comprimidos de un laboratorio en particular y en una cadena de farmacia particular. Se observa una tendencia al aumento del precio.

La Figura 7.7 muestra la misma evolución pero para los medicamentos similares. La evolución del precio en este grupo es menos clara. Mientras en algunos casos se observa una disminución del precio en otros se observa un aumento.

La Figura 7.8 muestra la evolución del precio observado en el mismo periodo para el medicamento genérico Loratadina, utilizado como control en el análisis presentado a continuación. La gráfica muestra los datos de una misma formulación de un mismo laboratorio (10mg, 30 comprimidos, Lab Chile) en tres cadenas de farmacias distintas). La gráfica muestra una clara tendencia al aumento del precio.

2. Análisis Econométrico.

Se estudió el efecto de la bioequivalencia a partir del siguiente modelo:

$$y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_1 \cdot X_2 + u + \epsilon$$

y: precio en pesos chilenos

X₁: Variable dummy que indica estar bajo exigencia de bioequivalencia

X₂: Variable dummy que toma el valor de 1 si es Loratadina (control)

β₁: Parámetro que da cuenta del cambio de precios antes y después de la bioequivalencia

β₂: Parámetro que da cuenta de la diferencia de precio entre clorfenamina y Loratadina

β₃: Parámetro de diferencias en diferencias

u: error entre unidades de observación

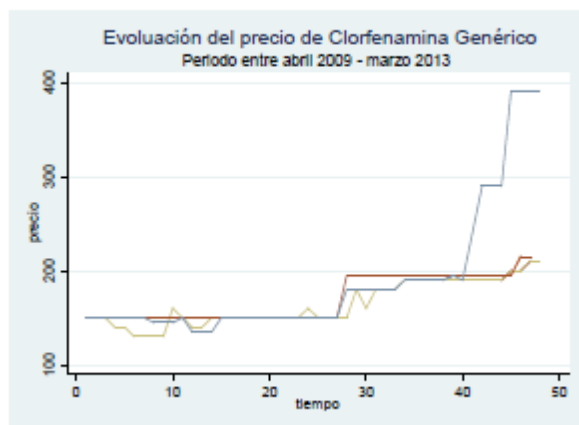
ε: error entre observaciones temporales dentro de cada unidad de observación

Precio	Coef.	Error Std.	z	P> z	[95% Intervalo de Confianza]
Bioequivalencia	54.6893	11.0791	4.94	0.000	32.0734 76.4056
Control	-48.9073	12.8214	-3.79	0.000	-74.3348 -23.4802
Interacción	-12.5454	14.1263	-0.89	0.375	-40.2840 15.1936
Constante	295.2083	9.39483	31.43	0.000	275.145 315.271

El modelo fue construido en base a 10 unidades de observación para el genérico y 3 unidades de observación para el medicamento control, cada una aportando un variable número de datos en el periodo abril 2009 – marzo 2013.

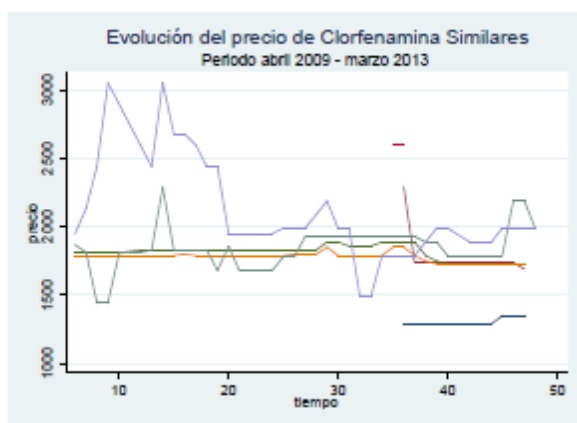
El modelo muestra que ha existido un aumento significativo del precio entre antes y después de la entrada de la exigencia de bioequivalencia. Este aumento ha sido tanto para Loratadina como para clorfenamina. Sin embargo, el estimador de diferencias en diferencias no es significativo, sugiriendo que esta alza no necesariamente es explicada por la entrada de la normativa de bioequivalencia.

Figura 7.6.
Evolución del precio de Clorfenamina Maleato genérico entre abril del 2009 y marzo del 2013



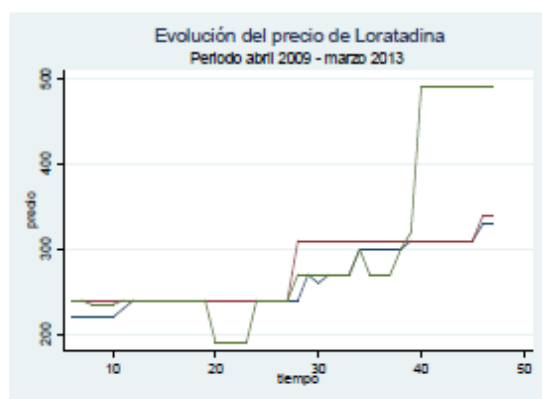
Fuente: Análisis primario de datos otorgados por SERNAC

Figura 7.7.
Evolución del precio de Clorfenamina Maleato similar entre abril del 2009 y marzo del 2013



Fuente: Análisis primario de datos otorgados por SERNAC

Figura 7.8.
Evolución del precio de Loratadina (genéricos y similares) entre abril del 2009 y marzo del 2013



Fuente: Análisis primario de datos otorgados por SERNAC

4. CONCLUSIONES

El mercado de medicamentos global experimentará un crecimiento importante en los próximos años, el que ha sido proyectado entre USD\$219 y USD\$249 billones entre el 2011 y 2016. Este crecimiento irá acompañado de un cambio en la estructura actual del gasto. Mientras en el 2011 un 25% de éste era explicado por medicamentos genéricos, el vencimiento de patentes y las distintas políticas que promueven el uso de estos fármacos determinarán un aumento de esta fracción hasta el 35%. Esto va de mano de una disminución del gasto en

medicamentos de marca los cuales pasarán a explicar solo un 53% del total del gasto el 2016.

Al igual que la tendencia internacional, el mercado farmacéutico Chileno ha presentado un crecimiento anual importante en los últimos años. Sólo el *retail* farmacéutico ha mostrado un crecimiento aproximado entre el 7 y 8% anual entre el 2008 y el 2012, alcanzando un total de USD\$1.500 millones este último año. Este total de venta está explicada en mayor parte por la venta de fármacos similares (46.5%), seguido por los de marca (41%), de marca propia (7%) y genéricos (5.3%). En términos de número de unidades vendidas, la información disponible indica que el consumo de genéricos ha disminuido entre el 2008 y 2012 mientras que los similares y marcas han aumentado. Si bien los medicamentos similares son alternativas más económicas que las de marca, son al mismo tiempo más caros que los genéricos. Esta diferencia de precios entre similares y genéricos se mantiene incluso en el caso de principios activos bajo exigencia de bioequivalencia. Estos resultados indican la necesidad de generar políticas que promuevan el uso de genéricos.

Respecto del gasto de medicamentos en Chile, los estudios nacionales muestran que un 55% del gasto total de bolsillo que deben desembolsar las familias, corresponde a medicamentos. Esta proporción muestra una clara gradiente socioeconómica. Así, esta proporción alcanza un 67,7% en el quintil más pobre y un 46,7% en el más rico.

En términos del uso de medicamentos los datos de la ENS 2009-10 indican que las mujeres consumen, en promedio, más medicamentos que los hombres. Además, los grupos de menor nivel socioeconómico consumen más medicamentos que los de mayor nivel socioeconómico. Estos datos son consistentes con los resultados de la ENS 2009-10 que muestran una gradiente socioeconómica en la prevalencia de varios problemas de salud, los cuales pueden explicar el mayor consumo de medicamentos en los grupos más desaventajados.

Por otro lado, la encuesta CASEN 2009 muestra que aproximadamente la mitad de los pacientes a los que se les ha prescrito medicamentos, deben pagar por al menos uno de ellos. Respecto de la distribución por nivel socioeconómico los datos indican que el acceso gratuito a medicamentos es mayor en los quintiles más pobres. No obstante, aproximadamente un 33% de la población debe comprar todos los medicamentos, lo cual no excluye una proporción de pacientes de los quintiles más pobres.

Respecto del acceso a medicamentos en farmacias, la información actual demuestra que la disponibilidad de farmacias es muy grande en la región metropolitana pero deficitaria en algunas regiones como Aysén donde solo existen 9 farmacias en toda la región. Independiente de que el número de farmacias ajustada por el número de habitantes no sea tan distinta con otras localidades, el análisis relevante es que existen sectores geográficos del país donde la población no tiene acceso a una farmacia a una distancia adecuada, y probablemente a un stock de medicamentos que permita el acceso oportuno. Este diagnóstico requiere de una política de implementación de farmacias en centros de salud del sistema público, donde no existan incentivos para la instalación de farmacias

privadas, con esquemas de transporte de medicamentos coordinados para garantizar el acceso oportuno.

Los estudios sobre precios de medicamentos realizados en Chile en el último año dan cuenta de la alta dispersión en precios de varios medicamentos. Según el monitoreo de SERNAC existen diferencias de precios de hasta 34 veces cuando se compara una alternativa de marca y genérico. Esta amplia dispersión ha sido corroborada por el estudio de la ONG ANADEUS (ANADEUS, 2012) donde se registraron diferencias del gasto anual en medicamentos de uso crónico de hasta 6533%. Estas diferencias de precios son importantes en la medida que la población no tenga acceso a información de intercambiabilidad y siga comprando medicamentos de marca. La evidencia internacional indica que una vez que las patentes caducan y hay políticas que incentivan la prescripción a genéricos, los precios de los medicamentos de marcas aumentan debido a que hay una autoselección de consumidores que son bastante inelásticos al precio, es decir, estos individuos seguirán comprando medicamentos de marca aún cuando el precio aumente en una proporción que no afecte su capacidad de pago (Frank and Salkever, 1995, Aronsson et al., 1997). Esta información apoya la generación de políticas destinadas a mejorar el acceso a información sobre intercambiabilidad de fármacos. En particular para el caso chileno, resulta esencial poner a disposición de la población, al menos, la información sobre alternativas de medicamentos bioequivalentes.

La implementación de la bioequivalencia se ha realizado paulatinamente en Chile, alcanzando las 286 formulaciones certificadas por el ISP al mes de Noviembre del 2013. Sin embargo, el número de medicamentos certificados no corresponde necesariamente al número de fármacos que en la práctica el público tiene acceso en las farmacias. Según el estudio del SERNAC que evaluó la presencia de bioequivalentes en farmacias indicó que ésta no es mayor al 40% de los productos (excluyendo aquellos principios activos que habitualmente no se comercializan en estos establecimientos).

El impacto esperado de la implementación de la política de bioequivalencia es mejorar el acceso a medicamentos que cumplan con los estándares de calidad que garanticen su efectividad terapéutica. Un efecto secundario esperado es que el impacto sobre el presupuesto de las familias sea menor en la medida que individuos que utilizan medicamentos originales cambien a medicamentos bioequivalentes. Sin embargo, no es claro si la bioequivalencia determinará un aumento de los precios de las formulaciones que han debido demostrarla. Aunque la teoría sugiere que debido al costo del estudio de bioequivalencia sus precios deben subir, esta sigue siendo una pregunta empírica. En este informe se incluyó un análisis preliminar del impacto medido en el mercado de clorfenamina maleato, uno de los primeros principios activos bajo exigencia. El estudio basado en los datos proporcionados por SERNAC indica que si bien existe un aumento de precios antes y después de la entrada de la exigencia, éste no es debido a la exigencia. Estas conclusiones deben ser corroboradas por futuros análisis, cuando el mercado de otros medicamentos haya incorporado más copias bioequivalentes.

El mercado de medicamentos en Chile muestra un crecimiento significativo en los últimos años el cual es consistente con el crecimiento del mercado global internacional. Por otro lado, Chile cuenta con un mercado donde existen varias oportunidades de mejoramiento. Una de ellas es la necesidad de incentivar el consumo de productos genéricos a través de información sobre intercambiabilidad y precios a la población, y a través del compromiso del sector público en adquirir este tipo de medicamentos cuando sea posible. Esto resulta especialmente relevante en el contexto de la implementación de bioequivalencia en Chile y del diagnóstico internacional que proyecta un número importante de vencimientos de patentes en los últimos años. Otro elemento es que los individuos utilicen los esquemas de cobertura asociados al AUG. No se ha encontrado información pública respecto del nivel de subutilización de estos beneficios en Chile. Sin embargo, en el caso que exista subutilización un sistema de información rápida respecto de las coberturas de medicamentos podría ayudar a su disminución.

Respecto del segmento del mercado donde no existe competencia entre proveedores por existencia de patentes de protección a la innovación, Chile al igual que otros países enfrenta el advenimiento constante de la entrada de 30- 35 nuevas moléculas por año. El 2013 Chile registró 22 nuevas moléculas las cuales están en principio disponibles para su comercialización. Sin embargo, una alta proporción de ellas son de alto costo y no son accesibles para la inmensa mayoría de quienes las necesitan. En este contexto Chile enfrenta el desafío de generar un proceso sistemático de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) capaz de planificar la evaluación de si ofrecer cobertura a estos nuevos fármacos es apropiado para el sistema de salud chileno.

Existen otros elementos no tratados en este reporte por falta de información. Por ejemplo, el sistema de aseguramiento ha crecido en Chile ofreciendo en la actualidad seguros específicos para cobertura de medicamentos. El tamaño de este mercado, sus ventajas y desventajas, así como el grado de crecimiento debiera ser estudiado con más detalle. Otro elemento que ha sido motivo de discusión pública es la comparación de precios a nivel Latinoamericano. Si bien existen datos que sitúan a Chile como un país con precios promedio bajos respecto de nuestros vecinos, el mercado es cambiante y esta información requiere ser actualizada periódicamente.

En consecuencia, Chile se ha comprometido con la modernización de su política farmacéutica entre la que se encuentra la implementación de la exigencia de equivalencia terapéutica. Sin embargo, el mercado chileno de medicamentos posee varias fallas que requieren mayor regulación y transparentar información que en principio está disponible públicamente pero cuyo acceso es limitado. Este informe da cuenta del interés del Instituto de Salud Pública por integrar la información disponible sobre el mercado de medicamentos para fundamentar áreas de estudios futuros.

5. REFERENCIAS

- ANADEUS 2012. Estudio acerca de la diferencia de precios entre las distintas marcas de medicamentos y los medicamentos genéricos. Santiago, Chile.
- ARONSSON, T., BERGMAN, M. & N., R. 1997. The impact of generic competition on brand name market shares - evidence from micro data. Department of Economics, University of Ume, Sweden.
- BITRÁN, R. & MUÑOZ, R. 2012. Health financing and household health expenditure in Chile. *In*: KNAUL, F., WONG, R. & ARRIOLA, H. (eds.) *Household spending and impoverishment*.
- CID, C. & PRIETO, L. 2012. Gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile 1997-2007. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 31, 310-16.
- CID, C. & PRIETO, L. 2013. Sistematización de las metodologías de medición del gasto de bolsillo en salud y propuesta metodológica para Chile. División de Planificación Sanitaria - Ministerio de Salud.
- CORREA-BURROWS, P. 2012. Out-of-pocket care spending by the chronically ill in Chile. *Proc Econ Finan*, 88-97.
- DEBROTT, D. 2003. Dispersión de precios. Ministerio de Salud.
- FRANK, R. & SALKEVER, D. 1995. Generic entry and the pricing of pharmaceuticals. *Working paper N°5306*. National Bureau of Economic Research.
- IMS INSTITUTE FOR HEALTHCARE INFORMATICS. 2012. *The global use of medicines: Outlook through 2016* [Online].
- MARGOZZINI, P., OLEA, R. & PASSI, A. 2012. Caracterización del uso de medicamentos en población general chilena: Resultados de la ENS 2009-10 (Informe diferido N°2). *Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, Ministerio de Salud*. Santiago, Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE 2010. Encuesta Nacional de Salud.
- OECD 2011. Health at a glance 2011: OECD Indicators.
- PETICARA, M. 2008. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales N°141 CEPAL*. Santiago, Chile.
- URRIOLOA, R. 2010. Financiamiento de la atención de salud en Chile 2000-2007. *Cuad Med Soc (Chile)*, 52.
- VASALLO, C. 2010. El mercado de medicamentos en Chile. Consultoría realizada al Ministerio de Salud de Chile. Ministerio de Salud.

Fuente:

“Medicamentos en Chile: Revisión de la Evidencia del Mercado Nacional de Fármacos”. Centro Nacional de Farmacoeconomía (CENAFAR), Sub departamento de Estudios y ETESA, Departamento de Asuntos Científicos, Instituto de Salud Pública de Chile, Ministerio de Salud. Diciembre 2013

I. INTRODUCCIÓN

A partir del año 2000 se han comenzado a realizar profundos cambios en el sector salud, dirigidos a garantizar que todas las personas y familias—independientemente de su nivel de ingresos—puedan gozar del derecho a la atención de salud que necesitan. Se sabe que la desigualdad en la situación de salud y en el acceso a servicios representa una de las peores injusticias del Chile actual, de allí que emprender una reforma integral del sistema de salud constituya uno de los principales compromisos de política social para el período.

En este contexto, la formulación de una política y de un plan estratégico en el área de medicamentos representa una exigencia inaplazable para contribuir efectivamente a dar cumplimiento a los objetivos sanitarios que se plantea la reforma del sector.

Basándose en los lineamientos establecidos en la Política Nacional de Medicamentos, aprobada por Resolución exenta N°1248, del 6 de agosto de 1996, Ministerio de Salud, y acorde con los principios de la reforma en curso, se propone rediseñar una Política, plan de corto y mediano plazo, que asegure la

disponibilidad y acceso de toda la población a medicamentos de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible, y cuya utilización racional lleve a conseguir los máximos beneficios, tanto en la salud de las personas como en el control del gasto que ellos representan.

Este propósito se sustenta en la realidad demográfica y epidemiológica del país, así como en las proyecciones y objetivos sanitarios a alcanzar en el futuro cercano.

La problemática de salud-enfermedad que el país presenta y su proyección a un futuro cercano se encuentra ampliamente tratada en el documento “Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010”, publicado por el Departamento de Epidemiología de la División de Rectoría y Regulación del Ministerio de Salud.

Los lineamientos generales de política de la Reforma de la Salud se registran en los proyectos de Ley presentados por el Ejecutivo, algunos tramitados y otros actualmente en trámite parlamentario.

I. PROPUESTA DE UNA POLITICA DE MEDICAMENTOS EN LA REFORMA DE SALUD

1. PROPOSITO

Asegurar la disponibilidad y acceso a toda la población a los medicamentos indispensables contenidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y cuyo uso racional lleve a conseguir los máximos beneficios en la salud de las personas como en el control del gasto que ellos representan.

2. BASE POLITICA

Los principios que fundamentan la Reforma de la Salud: equidad para corregir las inequidades en el acceso, oportunidad y calidad en la atención a los problemas prioritarios de salud, solidaridad que significa compartir el costo de los servicios derivados del riesgo de enfermar, efectividad y eficacia para racionalizar el uso de los recursos y mejorar la gestión y participación social en que la población consciente de sus derechos y deberes en salud para contribuir a su cuidado y a la implementación de las políticas.

3. BASES LEGALES

- Constitución de la República, artículo 19 N° 9: derecho constitucional a la protección de la salud.
- Código Sanitario, Decreto con Fuerza de Ley N° 725 de 1967.
- Ley N° 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud
- Ley N° 18.933 normas para otorgamiento de prestaciones por parte de las Instituciones de Salud Previsional.
- Ley N°19.937 que modifica el D.L.N° 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Otros proyectos de ley para la Reforma de la Salud en trámite en el Congreso de la República: autoridad sanitaria, garantías en salud, deberes y derechos de las personas en salud.

4. AMBITO DE APLICACIÓN

El conjunto de directrices y líneas de acción contenidas en la Política regirá para la Autoridad Sanitaria y organismos que la integran, los aseguradores de salud (FONASA, ISAPRES y otros), los prestadores de atención de salud tanto establecimientos públicos como privados, para el sector privado que actúa en la cadena del medicamento desde su fabricación o importación hasta su distribución, dispensación y uso. Incluye a la comunidad universitaria que forma a los profesionales responsables de la prescripción, de la fabricación, del control de calidad y la dispensación de los medicamentos y a los centros de investigación relacionados con el tema.

5. DIRECTRICES POLÍTICAS Y LINEAS DE ACCIÓN

5.1. GARANTÍA EN EL ACCESO Y EN LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS

1. *La población a través de los seguros de salud públicos o privados y de acuerdo a las condiciones establecidas en las leyes respectivas (Ley N° 18.469, proyecto ley Garantías en Salud), tendrá acceso a los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional (F.N.) los que estarán disponibles en cantidad y oportunidad.*

Líneas de acción:

1. Actualizar la lista de medicamentos contenida en el Formulario Nacional y sus monografías.
 2. Organizar una comisión dependiente del Ministerio de Salud, de carácter permanente que actualice y evalúe el uso de los medicamentos contenidos en el F.N. Además deberá participar en la aprobación de las normas clínicas para abordar los problemas de salud prioritarios y aquellas patologías de mayor prevalencia.
 3. Modificar las regulaciones que promuevan la fabricación o importación, existencia y comercialización de medicamentos del F.N. por denominación genérica.
 4. Incorporar en el proyecto de ley sobre garantías en salud, el acceso a la farmacoterapia, como garantía explícita a los pacientes afectados por patologías definidas como prioritarias
2. *El acceso a los medicamentos por parte de los usuarios, se facilita al disponer de productos genéricos equivalentes al producto farmacéutico de referencia.*
Líneas de acción:
 1. Modificar las regulaciones sanitarias sobre la calidad de los medicamentos para garantizar su equivalencia.
 2. El cumplimiento de las normas de calidad de los medicamentos se efectuara según cronograma acordado el año 2001 por parte del sector industrial e importador con el Instituto de Salud Pública priorizando la certificación de las buenas prácticas de manufactura en las plantas de fabricación nacional.
 3. Establecer las condiciones en que el usuario puede acceder al cambio del producto farmacéutico prescrito según denominación comercial, por un genérico equivalente.
3. *Los establecimientos del S.N.S.S. y dependientes del mismo, asegurarán a sus usuarios la disponibilidad de los medicamentos contenidos en los Arsenales Farmacológicos elaborados sobre la base del Formulario Nacional, a través de su propia red de suministro o de la licitación del servicio que cumpla con los requisitos de calidad y oportunidad definidos en la norma.*
Líneas de acción:
 1. Posicionar al Comité de Farmacia y Terapéutica de hospitales, centros de atención ambulatoria especializada y primaria, como único órgano

responsable de la definición y actualización de la lista de los medicamentos que constituyen los Arsenales Farmacológicos que rigen para toda la farmacoterapia requerida en los establecimientos. La selección de los medicamentos que integren la lista deberá realizarse aplicando criterios de evidencia científica, incorporando instrumentos de la farmacoeconomía, resultados de los estudios de utilización, informes de farmacovigilancia y otros que sean pertinentes.

2. Actualizar las normas y procedimientos para la gestión del suministro de los medicamentos y otros insumos, en los ámbitos de la planificación de la demanda por centro de responsabilidad o de costos, la programación de las adquisiciones, la negociación de precios y la distribución de los mismos. Se deberán establecer los indicadores de calidad pertinentes que deben alcanzarse en cada caso y que deben ser monitoreados por la autoridad sanitaria regional.
3. Organizar y desarrollar en los establecimientos, sistemas de información que permitan el monitoreo del consumo de los medicamentos, la realización de estudios sobre utilización de los medicamentos contenidos en los arsenales y el cumplimiento de la farmacoterapia establecida en las normas o protocolos.
4. Evaluar en términos de oportunidad y seguridad, el funcionamiento de los actuales sistemas de distribución y dispensación de medicamentos en los hospitales y en la atención ambulatoria, para efectuar las modificaciones tendientes a mejorar la calidad de este servicio.

4. La autoridad sanitaria dispondrá a través de los establecimientos del S.N.S.S., un mecanismo para que la población de aquellas zonas marginales o aisladas que no cuenten con farmacias comunitarias autorizadas, pueda acceder a farmacoterapia.

Líneas de acción:

1. Revisar las disposiciones administrativas para el expendio al público de medicamentos en los establecimientos dependientes del S.N.S.S. o de administración municipal.

5.2. GARANTIA DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

1. Los medicamentos comercializados en el país deben cumplir los requisitos de calidad en términos de eficacia y seguridad y de equivalencia terapéutica cuando corresponda, para garantizar su intercambiabilidad.

Líneas de acción:

1. Fortalecer el Dpto. de Control Nacional del Instituto de Salud Pública de Chile con el propósito de que la industria farmacéutica nacional acredite el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). Se deberá financiar una estructura dotada de profesionales capacitados, infraestructura y equipamiento necesarios para el desarrollo de programas en el área biofarmacéutica.
2. Modificar las normas vigentes para permitir la validación por parte de la autoridad nacional, del

cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura en las plantas farmacéuticas extranjeras, en el caso de productos importados.

3. Aprobar mediante resolución ministerial, los criterios que adoptara la autoridad para exigir estudios de equivalencia "in vitro" o "in vivo" y para excluir de estos estudios a determinados productos.
4. Actualizar el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos para modificar en lo que corresponda, las exigencias del registro sanitario en materia de equivalencia, origen de materias primas y otros, a los productos nuevos, genéricos y similares.

2. Los productos farmacéuticos elaborados según una fórmula oficial o que obedecen a una prescripción de una fórmula magistral, cumplirán a los requisitos de calidad y seguridad establecidos por la autoridad sanitaria.

Líneas de acción:

1. Actualizar las normas existentes para el funcionamiento de los locales de las farmacias destinados a la elaboración de productos farmacéuticos.
2. Acreditar las condiciones de funcionamiento de las farmacias del país que se encuentren autorizadas para la elaboración de fórmulas oficiales o magistrales. Se deberán actualizar las normas existentes de aplicación en farmacias asistenciales del S.N.S.S. para hacerlas extensivas a toda farmacia que elabore algún preparado.
3. Establecer las condiciones en las cuales se puede recurrir a una fórmula oficial o a la indicación de un preparado magistral.

3. La calidad de la atención en la farmacoterapia es un derecho del usuario de medicamentos. Esto incluye la prescripción basada en la evidencia, la calidad garantizada del medicamento y la asistencia de profesional farmacéutico en la dispensación.

1. Revisar, actualizar, difundir y evaluar la farmacoterapia consignada en las normas, protocolos o guías clínicas para las patologías de mayor prevalencia y los problemas de salud prioritarios, con principios de la medicina basada en la evidencia y con indicadores que permitan medir el costo efectividad de las intervenciones.
2. Establecer un programa de certificación de competencia de los químico- farmacéuticos responsables de la atención farmacoterapéutica en farmacias asistenciales y comunitarias.
3. Reactivar el programa de Destinación para químico-farmacéuticos para que la población de menor recurso o que habita en zonas de mayor aislamiento, pueda contar con asistencia farmacéutica en el centro de salud o en la comunidad

4. Se deberá asegurar un sistema de vigilancia en la seguridad de los medicamentos disponibles en el país y se crearan los sistemas de alerta respectivos.

Líneas de acción:

1. Establecer la obligatoriedad de los fabricantes o importadores de productos farmacéuticos para que realicen la notificación al Centro Nacional de Información de Medicamentos y Farmacovigilancia (CENIMEF), de los problemas de seguridad detectados en los medicamentos que ingresan al mercado nacional y que son de uso reciente en otros países.
2. Crear en los centros de salud públicos y privados, una instancia responsable de la capacitación en farmacovigilancia y del registro y notificación de efectos adversos al CENIMEF.
3. Promover entre los usuarios, la notificación de fallas de calidad detectadas en los medicamentos y posibles reacciones adversas manifestadas en su uso.

5.3. GARANTIA DE RACIONALIDAD EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS

1. Se desarrollara un plan de promoción del uso racional de los medicamentos orientado a la modificación de las conductas en la prescripción, en la dispensación y en el uso.

Líneas de acción:

1. Coordinar con las universidades que preparan profesionales del área de la atención de salud para que incorporen en las curriculas, materias sobre el uso racional de los medicamentos.
2. Crear en los hospitales de mayor complejidad del S.N.S.S. a lo menos, una instancia a cargo de un profesional farmacéutico, que organice, desarrolle y de seguimiento a programas para el uso racional de medicamentos que además, se responsabilice de la periodicidad del funcionamiento del Comité de Farmacia y Terapéutica.
3. Desarrollar programas de educación para el uso racional dirigidos a la población con el objeto de incorporar conductas sobre uso racional.

2. La prescripción de farmacoterapia a los pacientes deberá incluir la denominación genérica del o de los medicamentos.

Líneas de acción:

1. Establecer una norma de aplicación nacional para que el médico incluya en la prescripción la denominación genérica de los medicamentos que indica.
2. Precisar las condiciones en las cuales el profesional que prescribe medicamentos según alguna denominación comercial autoriza su cambio por el genérico equivalente, de acuerdo a las necesidades del usuario.
3. Disponer que las adquisiciones de medicamentos en el sector público (S.N.S.S. y municipalizados) debe efectuarse solo por denominación genérica.

3. La dispensación profesional de los medicamentos debe contribuir a su uso racional.

Líneas de acción:

1. Promover el desarrollo de la farmacia y del químico-farmacéutico en la atención del usuario.
2. Integrar la dispensación como un servicio farmacéutico básico en la atención de la población.

4. El usuario de medicamentos profesional facultado a prescribir, el farmacéutico o el paciente así como toda la comunidad, tienen derecho a recibir información objetiva y validada de los medicamentos que utiliza.

Líneas de acción:

1. Revisar y modificar si procede, la regulación sobre la información que debe acceder el usuario de medicamentos, la publicidad, la promoción al profesional y al personal vinculado a la dispensación y su aplicación por la autoridad competente.
2. Establecer un programa de fiscalización del cumplimiento del folleto de información al paciente en los productos farmacéuticos que están en comercialización.
3. Avanzar en la inclusión de un folleto validado de información al usuario para los medicamentos de venta directa, con el fin de permitir el desarrollo de competencias a toda la población que aseguren una automedicación responsable e informada.
4. Crear un mecanismo efectivo de regulación de la publicidad de los medicamentos de venta directa con participación de los sectores involucrados así como la aplicación de las medidas sanitarias que corresponda.
5. Diseñar una metodología de difusión pública de los resultados y las medidas adoptadas en los programas de control de la calidad de los medicamentos que se comercializan en el país y de otras acciones relacionadas con las fallas de calidad y transgresiones a la publicidad.

Organizar y financiar un sistema de información a los profesionales que difunda las monografías de los medicamentos registrados en el país, los alertas y cualquier otra información que permita el uso racional de los medicamentos.

5.4. NUEVO ROL DE LA FARMACIA Y DEL FARMACEUTICO EN LA REFORMA DE SALUD

1. ***El papel del farmacéutico en la atención del paciente estará orientado a su contribución a lograr los objetivos terapéuticos y al uso racional de los medicamentos. Las farmacias del país tanto comunitarias como asistenciales, podrán desarrollar servicios farmacéuticos acreditados por la autoridad competente.***

Líneas de acción:

1. Reformular las regulaciones vigentes sobre "farmacia" para facilitar la evolución del papel del farmacéutico en la atención de salud y definir el papel de la farmacia comunitaria y asistencial como un establecimiento de salud.
2. Incorporar a la atención de salud del paciente, los servicios farmacéuticos, de manera de aportar calidad y racionalidad tanto en la atención como en el manejo de los recursos farmacéuticos.
3. Implementar la práctica de la atención farmacéutica, la certificación de los profesionales que la ejecutan y acreditación de las condiciones en que se efectúa esa práctica.
4. Modificar las regulaciones vigentes que permitan garantizar la calidad en términos de seguridad, de los preparados que puede realizar una farmacia.
5. Establecer los indicadores de calidad de los servicios farmacéuticos que se entregan en las farmacias del país.

2. ***La farmacia comunitaria debe asegurar el cumplimiento de la condición de venta, según corresponda a cada producto farmacéutico.***

Líneas de acción:

1. Proponer un formulario receta para que permita al farmacéutico una fluida comunicación con el médico
2. Formular un plan gradual, progresivo y participativo con el fin de lograr el respeto a la condición de venta de los medicamentos en el país.

5.5. ORGANIZACION PARA LA IMPLEMENTACION, DESARROLLO Y EVALUACION DE LA POLITICA DE MEDICAMENTOS

1. El Ministerio de Salud a través de su instancia rectora formulará las políticas, normas, planes y programas que permitan cumplir con el propósito de la Política de Medicamentos. Asimismo deberá coordinar la red constituida por la autoridad sanitaria regional y local responsable de la ejecución de las acciones control y fiscalización de los establecimientos farmacéuticos públicos y privados, con el fin de asegurar la disponibilidad de los medicamentos, la calidad de servicios farmacéuticos y la gestión de los recursos destinados a la farmacoterapia en el S.N.S.S.

Integrará la red el Departamento de Control Nacional del Instituto de Salud Pública, en materia de control de calidad de los productos farmacéuticos.

Se dispondrá de un sistema de vigilancia que permita evaluar y corregir las acciones en función del impacto sanitario logrado con las políticas y demás intervenciones sanitarias en materia de medicamentos y atención farmacoterapéutica.

Líneas de acción:

1. Incorporar en los reglamentos respectivos sobre Autoridad Sanitaria, el rol rector y regulador del Ministerio de Salud en materia de medicamentos; el rol del Departamento de Control Nacional en el control y fiscalización de la calidad de los medicamentos y el rol de la autoridad sanitaria regional en el control y fiscalización de los establecimientos farmacéuticos, la disponibilidad de ellos, la calidad de los servicios farmacéuticos y el acceso a los medicamentos indispensables.
2. Fortalecer en el nivel rector ministerial, la (s) estructura (s) técnica(s) orgánica(s) y funcional(es) encargadas de formular y coordinar la implementación de las políticas y demás estrategias dirigidas a lograr el propósito de garantizar el acceso y disponibilidad de los medicamentos a la población.
3. Diferenciar y separar las funciones del director del Instituto de Salud Pública de aquellas relacionadas con el Departamento de Control Nacional entregando facultades a su jefe en la resolución de materias de su competencia.
4. Definir la responsabilidad de la autoridad sanitaria regional y local, en el funcionamiento de la red nacional de control y fiscalización de los establecimientos farmacéuticos, de los servicios farmacéuticos y de la gestión de los recursos en el S.N.S.S. Deberá coordinar la aplicación de las normas jurídico sanitarias sobre disponibilidad y acceso a los medicamentos a toda la población (incluyendo S.N.S.S.

y municipalidades) y en la certificación de la calidad de los servicios farmacéuticos. Además promoverá acciones sobre racionalización del uso de medicamentos.

5. Constituir una Comisión o Consejo Nacional de Medicamentos de carácter consultivo con funcionamiento periódico. Estará integrado por el nivel rector en materia de medicamentos (Ministerio de Salud), el Departamento de Control Nacional, Central de Abastecimiento, Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Economía, Servicio Nacional del Consumidor, Universidad, Colegios Profesionales, sector farmacéutico industrial e importador, sector de farmacia comunitaria, organizaciones de la sociedad civil y usuarios.

2. **Las decisiones sobre políticas y regulación en materia de medicamentos y servicios farmacéuticos se basarán en información veraz y oportuna.**

Líneas de acción:

1. Diseñar e implementar un sistema de información sobre consumo y utilización de los medicamentos que integran el Formulario Nacional.
2. Establecer alianzas con entidades e instituciones de experiencia reconocida para realizar estudios de utilización y otros.

3. **Las organizaciones de la sociedad civil y grupos de usuarios de medicamentos, tendrán una participación activa en la formulación y desarrollo de las políticas de medicamentos.**

Líneas de acción:

1. Diseñar los mecanismos que aseguren la permanente representación de las organizaciones en las estrategias que permitan avanzar en el uso racional de los medicamentos.
2. Facilitar el control social de las acciones emanadas de la Política Nacional de Medicamentos, por parte de las organizaciones.

5.6. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA TECNOLÓGICA

Se requiere estimular el desarrollo de las áreas de la farmacocinética, farmacología clínica, tecnología farmacéutica, farmacovigilancia y muy especialmente el establecimiento de centros de evaluación y estudios de para demostrar equivalencia terapéutica y clínicos controlados, todo en función de las necesidades y prioridades que exige la realidad sanitaria de la población y como estrategia que permita enfrentar los mercados futuros en forma competitiva.

Una política de investigación debe desarrollarse y sostenerse a través del apoyo financiero regular (porcentaje del PIB) otorgado a las universidades y centros de investigación, orientados especialmente a la farmacovigilancia y a los estudios de calidad de los medicamentos.

La investigación debe estar sujeta a una evaluación estricta de su costo-efectividad frente a las necesidades de salud de la población y controlando la no-duplicación de los proyectos a desarrollar.

5.7. RECURSO HUMANO

Asegurar la disponibilidad de personal calificado tanto profesional como técnico capaz de participar activamente en la implementación de las acciones derivadas de la Política Nacional de Medicamentos.

Líneas de acción:

1. Realizar un diagnóstico de los recursos farmacéuticos, su ubicación, calificación a nivel nacional y el papel del químico-farmacéutico en el equipo de salud.
2. Formular un plan de normalización del recurso farmacéutico en el S.N.S.S.
3. Coordinar con las universidades que impartan la carrera de Farmacia una mejor adecuación entre la formación del recurso y las necesidades que se generan en la implementación de la política.
4. Incentivar la capacitación del equipo de salud y al personal de la farmacia comunitaria a enfrentar los desafíos de la Política Nacional de Medicamentos

Fuente: "Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud". Ministerio de Salud, Santiago, Abril de 2004.

Relación entre Cantidad de Farmacias y Pobreza

1. Introducción

El presente estudio describe la relación entre el número de farmacias y la tasa de pobreza regional, utilizando los datos de la encuesta CASEN, las estadísticas demográficas del INE y los registros administrativos del Ministerio de Salud.

En el análisis se encuentra una relación negativa entre el nivel de ingreso de los hogares y el número de habitantes por farmacia, como también una relación positiva entre el número de habitantes por farmacia y las tasas de pobreza regional. A esto, se suma la inexistencia de farmacias en 96 comunas pobres, alejadas y con baja población.

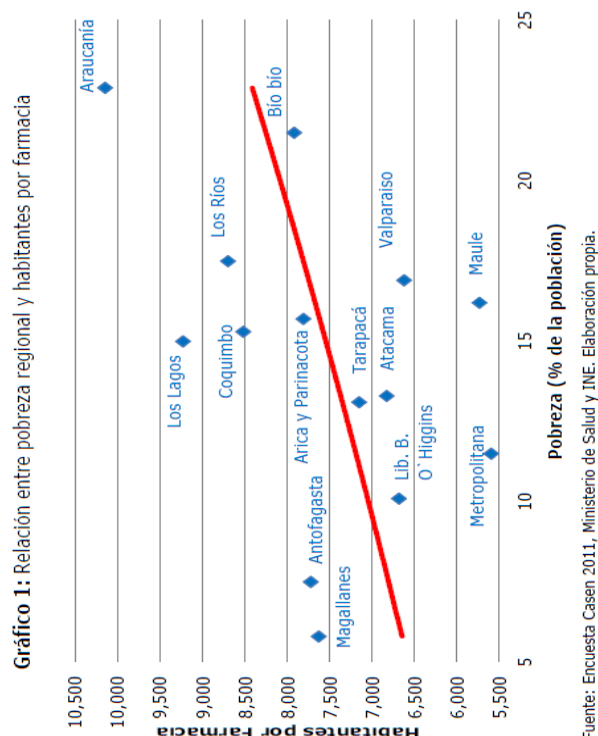
Adicionalmente, Chile presenta una cifra deficiente sobre el número de habitantes por farmacia en una comparación internacional, destacando como uno de los países con la mayor cifra dentro de Latinoamérica.

Finalmente, se presenta la indicación del Poder Ejecutivo al Proyecto de Ley que Reforma el Código Sanitario, la cual autoriza la venta de medicamentos sin receta en establecimientos comerciales.

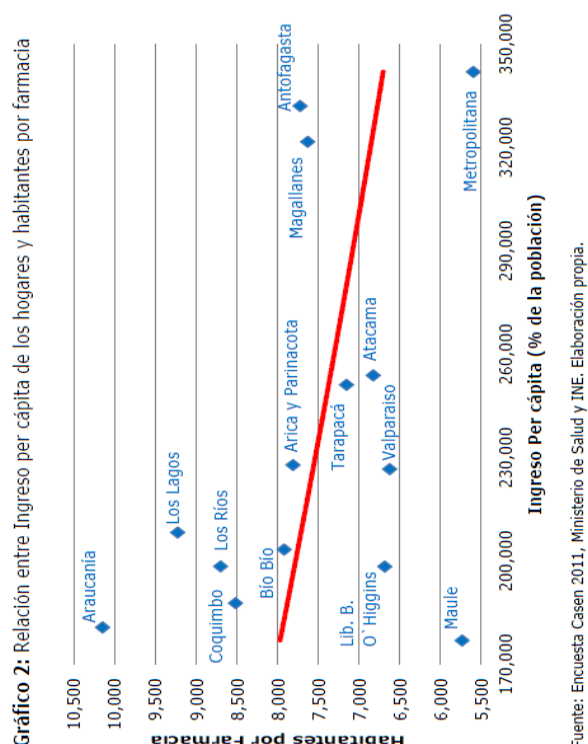
En el análisis sobre la relación entre pobreza regional y el número de farmacias se utiliza información obtenida de la encuesta Casen 2011 y las estadísticas administrativas del Ministerio de Salud referente al número de farmacias por región en enero 2013. La comparación se realiza a nivel de habitantes por farmacia en cada región, utilizando los datos demográficos del INE para el año 2013.

En el análisis se ha excluido la región de Aysén donde la menor cantidad de farmacias se explica principalmente por la baja densidad territorial y la baja población de los centros urbanos. Si bien esto ocurre en todas las regiones extremas del país, el caso de Aysén es particularmente significativo, ya que aun teniendo una menor pobreza, existe sólo una localidad con más de 10.000 habitantes que es la ciudad de Coyhaique.

Utilizando catorce regiones del país se encuentra una correlación de 0,4 entre la tasa de pobreza y el número de habitantes por farmacia en cada región. Es decir, a medida que hay mayor pobreza en una región, la cantidad de personas que deben residir en ella debe ser mayor para la existencia de nuevas farmacias. El gráfico 1 presenta la relación entre pobreza y habitantes por farmacia.



Por otro lado, la correlación entre el número de habitantes y el ingreso per cápita de los hogares es de -0,4, lo cual muestra que a medida que hay un mayor poder adquisitivo, disminuye el número de habitantes que se requieren para colocar una farmacia.



Se puede observar que la cantidad de habitantes por farmacia varía desde 5.593 en la Región Metropolitana hasta más de 10.000 en la Araucanía, siendo ésta la región más pobre del país.

En Chile existen 2.659 farmacias en los registros del Ministerio de Salud a enero de 2013, lo que corresponde a una relación de 6.603 habitantes por farmacia.

No obstante, se debe considerar que 1.264 farmacias, que corresponden a un 48% del total, se ubican en la Región

Metropolitana y cerca de 1.100 se encuentran en la ciudad de Santiago. Cabe destacar, que dentro de la ciudad existe un alto nivel de desplazamiento de los habitantes, por lo cual el alcance de las farmacias es mayor en horario hábil, situación que no sucede en horario inhábil debido a la escasa existencia de farmacias de turno, urgencia y con horario nocturno.

La información presentada es respecto a las farmacias alopáticas o tradicionales. En la tabla 1 se muestra el número de farmacias por región, la población regional proyectada para el año 2013 y la cantidad de habitantes por farmacia.

Adicionalmente, se muestra la cantidad de almacenes farmacéuticos que son establecimientos que pueden comercializar algunos medicamentos en comunas sin farmacias o en localidades alejadas bajo la supervisión de un práctico en farmacia, existiendo 54 almacenes de este tipo en el país.

Tabla 1: Habitantes por farmacia, enero 2013

Región	Población	Farmacias alopáticas	Habitantes por farmacia	Almacenes Farmacéuticos
Arica	179.623	23	7.810	0
Tarapacá	336.115	47	7.151	1
Antofagasta	594.553	77	7.721	4
Atacama	286.643	42	6.825	0
Coquimbo	749.376	88	8.516	5
Valparaíso	1.814.072	274	6.621	1
L.B. O`Higgins	908.559	136	6.681	4
Maule	1.031.618	180	5.731	5
Bío-Bío	2.074.086	262	7.916	5
Araucanía	994.374	98	10.147	14
Los Lagos	867.344	94	9.227	5
Los Ríos	382.713	44	8.698	3
Aysén	107.919	9	11.991	3
Magallanes	160.169	21	7.627	2
Metropolitana	7.069.647	1.264	5.593	2
Total País	17.556.811	2.659	6.603	54

Fuente: Ministerio de Salud y INE. Elaboración propia.

En el país existen 96 municipios que no cuentan con farmacia, los cuales se encuentran principalmente en zonas alejadas y con baja población. De estas comunas, 27 cuentan con un almacén farmacéutico², por lo que son 69 las comunas sin ningún tipo de establecimiento que disponga de medicamentos para la población.

Las farmacias suelen ubicarse en los grandes centros urbanos y comercializan no sólo medicamentos, sino que también otros productos. Destaca el caso de la región de Arica y Parinacota que posee 23 farmacias ubicadas en la ciudad de Arica, mientras que las otras tres comunas de la región no tienen farmacias ni almacenes farmacéuticos. En el caso de las regiones australes, donde existen diversas localidades alejadas y poco pobladas, la cantidad de comunas sin farmacias es alta. Por ejemplo, en Aysén y

Magallanes un 70% y 73% de las comunas no tiene farmacia, respectivamente.

En algunos casos, los almacenes farmacéuticos abastecen a la toda la población de la comuna tales como las comunas de El Carmen, San Ignacio, Galvarino o Primavera entre otras. No obstante, es común la existencia de almacenes en lugares turísticos que tiene población estacional con mayor poder adquisitivo tales como Coquimbo con un almacén en Tongoy, Los Vilos con un almacén en Pichidanguí y Torres del Paine entre otras.

La coexistencia de farmacias y almacenes en una comuna se debe a que los almacenes se ubican comúnmente en localidades alejadas dentro de la comuna o se instalaron antes que apareciera una farmacia en la localidad.

Por ejemplo, cuatro de los cinco almacenes farmacéuticos en la región del Maule se encuentran en comunas donde existen farmacias y en la región de los Ríos las tres comunas que tienen almacenes cuentan a la vez con farmacias.

La evidencia muestra que la actual normativa de establecimientos que pueden comercializar medicamentos no ha permitido llegar a los sectores más pobres, alejados y de menor población, sino que responde a una estructura del mercado farmacéutico de mediados de los años 80, cuando se elaboró la normativa, la que no se relaciona con las actuales condiciones y necesidades de la población.

Un 19% de las comunas del país no cuenta con un local que venda algún tipo de medicamento, aunque en éstas exista una baja densidad poblacional, no es razón para estar excluidos del acceso a medicamentos debido a una regulación que implica mayores costos para los establecimientos.

La tabla 2 presenta la cantidad de comunas que no tienen farmacia por región y la tasa de pobreza regional. Se observa que en las regiones más pobres una mayor cantidad de comunas no tienen farmacia, tal es el caso de la regiones de la Araucanía donde un 44% de las comunas no cuenta con farmacia y el Bío-Bío donde un 33% no las tienen. Ambas son las regiones con mayor pobreza en el país. Además, se muestra la relación anterior considerando los almacenes farmacéuticos.

Tabla 2: Comunas sin farmacia por región

	Nº de comunas	Comunas sin farmacia	%sin farmacia	Comunas sin farmacia ni almacén	% sin farmacia ni almacén	Índice de Pobreza
Arica	4	3	75%	3	75%	15,7
Tarapacá	7	3	43%	3	43%	13,1
Antofagasta	9	3	33%	2	22%	7,5
Atacama	9	2	22%	2	22%	13,3
Coquimbo	15	6	40%	4	27%	15,3
Valparaíso	38	4	11%	4	11%	16,9
L.B. O`Higgins	33	9	27%	8	24%	10,1
Maule	30	3	10%	2	7%	16,2
Bio-Bío	54	18	33%	16	30%	21,5
Araucanía	32	14	44%	4	13%	22,9
Los Ríos	12	1	8%	1	8%	15
Los Lagos	30	12	40%	8	27%	17,5
Aysén	10	7	70%	4	40%	9,8
Magallanes	11	8	73%	5	45%	5,8
Metropolitana	52	3	6%	3	6%	11,5
Total	346	96	28%	69	20%	14,4

Fuente: Ministerio de Salud.

² El almacén farmacéutico es un establecimiento que puede comercializar una determinada cantidad de medicamentos de venta directa y algunos con receta, bajo la supervisión de un práctico en farmacia. Pueden otorgarse permisos solo en localidades alejadas y siempre que no exista una farmacia en el lugar

2. Comparación internacional

A nivel internacional, la cantidad de habitantes que hay en nuestro país por cada farmacia supera ampliamente a lo observado en otros países.

La comparación con países latinoamericanos al año 2008 muestran que Chile presenta un deficiente indicador con una razón de habitantes por farmacia de 9.438, seguido por la República Dominicana con 5.449 habitantes por farmacia.

Si bien es cierto, hoy existe un mayor número de farmacias contabilizadas en el país a enero 2013, la relación continua siendo deficiente con 6.603 habitantes por farmacia, lo que sigue mostrando una cantidad de establecimientos muy menor a los que se encuentran en otros países de la región.

Tabla 3: Comparación en Latinoamérica año 2008

País	Nº de Farmacias	Población (miles)	Farmacias por habitante
Chile	1.798	16.970	9.438
Venezuela	5.246	28.583	5.449
República Dominicana	1.980	10.090	5.096
Centro América	8.686	39.500	4.548
Perú	8.287	29.165	3.519
México	31.398	109.610	3.491
Bolivia	2.867	9.863	3.440
Paraguay	1.861	6.349	3.412
Brasil	58.232	193.734	3.327
Argentina	12.979	40.276	3.103
Uruguay	1.250	3.361	2.689
Colombia	19.068	45.660	2.395
Ecuador	5.915	13.625	2.303
Total Latinoamérica	159.567	546.786	3.427

Fuente: Ministerio de Salud.

En base al número de habitantes por farmacia en Latinoamérica que es de 3.427, se constata que Chile se encuentra lejos de un nivel que podría ser considerado como adecuado. Adicionalmente, en los países desarrollados el número de habitantes por farmacia es aún menor, lo que muestra una amplia brecha en este indicador para el caso chileno. Particularmente, en España existen 2.400 habitantes por farmacia y en Estados Unidos son 1.100.

3. Uso racional y medicación responsable

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los gobiernos deben procurar un uso racional de los medicamentos, lo que es definido como que:

“Los pacientes reciban los fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, con dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad”.

En relación con los lineamientos de la OMS, Chile tiene una Política Nacional de Medicamentos que incluye el uso racional de estos y la medicación responsable, en ella se menciona que se debe:

“Asegurar la disponibilidad y acceso a toda la población a los medicamentos indispensables contenidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo accesible y cuyo uso racional lleva a conseguir los máximos beneficios tanto en la salud de las

personas como en el control del gasto que ellos representan”.

No obstante, la situación actual del mercado de los medicamentos no logra cumplir con las premisas señaladas anteriormente, razón por la cual se requiere un perfeccionamiento de la Ley.

Actualmente, la ciudadanía percibe que el mercado de farmacias es poco competitivo y que debiera ser más transparente y cercano por su vital importancia para la población. Además, la disponibilidad de medicamentos en las condiciones actuales va en contra de algunos objetivos de salud pública, ya que la provisión de medicamentos es limitada o escasa en varias comunas.

El presente informe muestra que la incorporación de cambios regulatorios podrían ampliar los lugares de compra de medicamentos, respetando las medidas sanitarias.

Según la Encuesta Nacional de Uso Racional de Medicamentos realizada por el Ministerio de Salud el año 2011, un 71% de la población compra medicamentos en farmacias y almacenes farmacéuticos, lugares que cuentan con el permiso de la autoridad sanitaria. El 29% restante de la población lo hace en lugares no autorizados como quioscos, ferias y comercio ambulante, los que no cumplen con las medidas sanitarias y abastecen a la población más pobre del país. Por lo tanto, tres de cada diez chilenos compra medicamentos en lugares que no se encuentran especialmente habilitados para ello. En general adquieren medicamento que son de uso común sin receta médica y a veces compran aquellos que sí la requieren. Además, la venta de medicamentos se realiza en lugares precarios y con deficientes condiciones sanitarias, visitados por la población más vulnerable.

4. Iniciativa legislativa de venta directa de medicamentos en el comercio

El Ministerio de Economía presentó una indicación al Proyecto de Ley que modifica el Código Sanitario en lo referente a la regulación de las farmacias y los medicamentos³ a fines de enero del año 2013. La indicación establece la autorización de venta de medicamentos sin receta -venta directa- en el comercio establecido, toda vez que se cumplan las condiciones sanitarias que establezca el Ministerio de Salud.

El objetivo de la medida es acercar la disponibilidad de medicamentos de bajo riesgo a la población y promover el cuidado responsable de la ciudadanía.

Los comercios autorizados para la venta de medicamentos serían: almacenes, mini-markets, tiendas de conveniencia en estaciones de servicio y supermercados, que pueden tener horarios extendidos de funcionamiento y se encuentran distribuidos ampliamente en todo el país.

En la indicación del Ejecutivo se considera que los medicamentos de venta directa deberán presentarse en envases que contengan en su exterior la indicación terapéutica necesaria para adoptar la decisión de compra y asegurar una adecuada administración, en conformidad a lo que señale el reglamento. Además, los envases deberán contar con sellos que permitan verificar si el contenido ha sido manipulado.

³ Boletines N°. 6.523-11, 6.037-11, 6.331-11 y 6.851-11, refundidos

Si la presentación de los medicamentos es acorde con las medidas propuestas, los medicamentos de venta directa podrán estar disponibles en repisas, estanterías o góndolas que permitan el acceso directo sin necesidad de recurrir a un dependiente del local para la compra de los productos. Para ello, se debe considerar también medidas de resguardo para evitar su alcance y manipulación por niños. Al efecto, la puesta a disposición al público deberá efectuarse en un área especial y exclusivamente destinada para ello, para así permitir su adecuada conservación y almacenamiento. Dicha área deberá contar con:

- I. Infografías en espacios visibles al público que permitan la lectura de una advertencia sobre el adecuado uso y dosificación de medicamentos con condición de venta directa.
- II. Mantener en un lugar visible al público, números telefónicos de líneas existentes que provean gratuitamente información toxicológica, ya sea de servicios públicos o privados.

La información que se entregue a los usuarios por medio de las infografías y líneas telefónicas será aprobada por resolución del Ministro de Salud. Asimismo, el establecimiento comercial que desee vender medicamentos deberá contar con la autorización expresa del Ministerio de Salud. Finalmente, la fiscalización y sanción de los referidos establecimientos se realizará por el Instituto de Salud Pública (ISP).

Los medicamentos de venta directa autorizados en el país corresponden a 2.431, los que representan un 15,8% de los productos registrados en el ISP. Asimismo, un 23,3% del valor y un 36,9% de las unidades corresponden a medicamentos que se comercializan sin receta médica, mientras que un 76,7% de los ingresos y un 63,1% de las unidades son medicamentos de venta con receta médica.

Tabla 4: Tipos de medicamentos registrados en el ISP, enero 2013 y participación de mercado por ventas y unidades, año 2012

Productos Registrados en el ISP	Número	%	Participación en ventas	Participación en unidades
Venta Directa (sin receta médica)	2.431	15,8%	23,3%	36,9%
Venta con receta médica	12.837	83,3%	76,7%	63,1%
Uso Exclusivo Establecimientos Asistenciales	143	0,9%	---	---
Total general	15.411	100%	100%	100%

Fuente: ISP, Ministerio de Salud e IMS Health.

Según un estudio de Jorge Alé Chilet⁴, la elasticidad precio de los medicamentos de venta directa en Chile se encuentra entre -0,32 y -5,11. Considerando un efecto de aumento en la competencia gracias al Proyecto de Ley, se generaría una reducción de precios entre un 5% a un 16% en dichos medicamentos, por lo cual la reducción promedio sería de 8,2%.

La mayor competencia en el mercado de medicamentos llevaría a una disminución en los precios y a un aumento en la disponibilidad física en el comercio establecido, en especial en comunas pobres, alejadas y con baja población del país.

5. Conclusiones

En el informe se muestra la existencia de una relación positiva entre pobreza y número de habitantes por farmacias, la que es una fuente de desigualdad en el país. A mayor tasa de pobreza, aumenta el número de habitantes por farmacia; y a mayor ingreso promedio de los hogares, disminuye el número de habitantes por farmacia. Esto muestra que las farmacias se ubican preferentemente en zonas de baja pobreza y mayor poder adquisitivo.

Además, se presenta la distribución de las farmacias a nivel comunal en el país. Se observa, que en las regiones extremas y en las de mayor pobreza existe una menor cantidad de farmacias, lo que se explica por un menor poder adquisitivo y por una baja densidad poblacional. Destacar, que en la Región Metropolitana se concentra un 48% de las farmacias del país, mientras que no cuentan con farmacia un 75% de las comunas en la región de Arica y Parinacota, un 70% en Aysén, un 73% en Magallanes y un 44% en la Araucanía.

Finalmente, como una forma de corregir estas distorsiones en el mercado de medicamentos y aumentar la disponibilidad al público, surge la iniciativa legal que autoriza la venta de medicamentos que tengan la condición de venta directa en establecimientos comerciales. La indicación del Ejecutivo en discusión parlamentaria permitirá la venta de medicamentos de uso común y de bajo riesgo toxicológico en el comercio establecido, lo cual mejorará el acceso a los más vulnerables, contribuirá a aumentar la competencia y disminuirá los precios de los medicamentos.

Fuente: "Relación entre Cantidad de Farmacias y Pobreza" División de Estudios, Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. Marzo 2013

⁴ Efecto en los precios por la venta de medicamentos no éticos en supermercados, Febrero 2012