

Chile, indicadores de mortalidad estancados y deteriorados.
¿Consecuencia del modelo de mercado impuesto? Análisis
y corrección urgentes, un imperativo ético

**Chile, stagnation and deterioration of mortality indicators. ¿Consequence
of the imposed market model? Urgent analysis and correction, an ethical
imperious objective**

Iván Serra¹
Oscar Román²
Marcial Orellana³
Alfredo Román⁴
Jorge Correa⁵

RESUMEN

Este estudio es un análisis crítico de la situación actual del sistema público de salud chileno en crisis por: listas de espera crónicas, falta de recursos, politización partidista, problemas de gestión y frustración funcionaria. Se propone que la crisis es consecuencia del modelo vigente neoliberal de mercado, pleno de un espíritu privatizador.

La investigación se basa en la evolución de todos los indicadores clásicos de mortalidad, estancados o con deterioro en la última década y varias importantes patologías crónicas específicas que muestran importante incremento de su mortalidad, con una sola excepción.

El modelo de salud actual impuesto en dictadura entre 1979 y 1981, increíblemente se ha mantenido e incluso fortalecido por los gobiernos democráticos, perpetuándose la dualidad de un sistema público minimizado y uno privado con toda clase de ventajas. Se ha privilegiado el pago por prestaciones, manteniéndose segregada la atención primaria de la hospitalaria.

Se ha establecido un enorme y creciente traspaso de recursos fiscales al sector privado, derivado de la ley AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) desde el 2005, junto con una gran politización partidista por la ley de Alta Dirección Pública del 2007. Ambas leyes han significado una gran frustración funcionaria, especialmente de los médicos, sumándose grandes carencias de recursos, problemas de gestión (cuellos de botella) y Listas de Espera crónicas, las cuales nunca existieron antes de 1973.

Recibido el 14 de julio de 2016. Aceptado el 17 de noviembre de 2016.

¹ Cirujano y Epidemiólogo, Hospital Sótero del Río, Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública, Consejo Regional Santiago, Colegio Médico de Chile. Correspondencia a: ivan.serra.canales@gmail.com

² Cardiólogo y Salubrista, Profesor titular de Medicina, Universidad de Chile, Hospital San Borja-Arriarán

³ Gineco-obstetra, Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Santiago de Chile

⁴ Economista, Subdirector Administrativo, Servicio de Salud Metropolitano Sur

⁵ Ingeniero Estadístico, Hospital Sótero del Río

Se entregan propuestas para corregir las falencias señaladas del sector público, destacando la necesidad imperiosa de un debate nacional amplio que considere el retorno a un modelo público solidario con la reconstitución de un Servicio Nacional de Salud moderno e integrado, con fundamentos éticos.

Se debe enfrentar con urgencia la falta de cobertura pública para atender a la población más vulnerable, sobre el 70% del total. Muchas inequidades en salud están pendientes de corrección desde 1990 e incluso algunas han supuestamente empeorado, si nos atenemos a los indicadores de mortalidad, como se demuestra en esta investigación. Este deterioro del nivel de salud de la población no aparece en las Cuentas públicas de las autoridades.

Palabras clave: Sistemas de salud, Chile, Dictadura, Indicadores de mortalidad, Nivel de salud, Racionamiento en salud, AUGE, Alta Dirección Pública, Listas de Espera.

ABSTRACT

This study is a critical analysis of the current situation of the Chilean public health system: in crisis by chronic waiting lists, lack of resources, party political politicization, management problems, and frustration of staffers. The authors propose that the crisis is a consequence of the current neoliberal market model, which has a privatizing nature.

The research is based on the evolution of all the classic indicators of mortality, stagnant or deteriorated over the last decade, and several important specific chronic diseases that show a significant increase in mortality, with one exception.

Fiscal resources have been transferred to the private sector because of the Universal Access with Explicit Guarantees law (AUGE for its acronym in Spanish) since 2005, along with a great politicization by the High Public Management law of 2007. Both laws have caused great frustration of staffers, especially of doctors, causing serious shortages of resources, management problems, and chronic waiting lists, which never existed before 1973.

Proposals to correct the reported shortcomings of the public sector are presented, highlighting the paramount need for a broad national debate about the return to a solidary public system with the reconstitution of a modern and integrated National Health Service with ethical foundations.

Key Words: Health Systems, Chile, Dictatorship, Mortality Registries, Health Status, Health Rationing, AUGE, High Public Administration, Waiting Lists.

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de que la mayoría de la población percibe que la salud en Chile se encuentra en una profunda crisis (1). En lo público, no siempre se diferencian sus dos componentes: salud poblacional, con sus determinantes sociales y sistema de atención de salud. Lo privado sólo hace atención médica. La salud global de la población chilena según indicadores de mortalidad ha tenido una preocupación mucho menor de autoridades, políticos y medios de comunicación en comparación con lo segundo, atención de salud, ubicada en las encuestas como alta prioridad a resolver, junto con delincuencia y previsión social. Obviamente, este tema es percibido en forma diferente según estrato socio económico o grupo ideológico.

El de más altos ingresos, casi siempre afiliado a Isapres y protegido por planes de alto costo, no tiene problemas con su sistema de atención en salud. Sus determinantes sociales como educación, ingreso económico, hábitos o redes sociales también favorecen a este grupo minoritario

que siendo un bajo porcentaje de la población dispone de una alta proporción del PIB (2). Por supuesto, esta población está también protegida por los programas preventivos y de promoción del Ministerio de Salud que siempre han sido universales para todos los chilenos (3). Este grupo de alto nivel socio económico incluye sistemáticamente a las autoridades del Estado en todos los Gobiernos (4). Algunos defienden con fundamento y energía la libertad que tienen sus integrantes para elegir Isapre, clínica privada y médico tratante (5), a diferencia de la inmensa mayoría de chilenos que por razones básicamente económicas están afiliados a Fonasa y no pueden aprovechar esa libertad constitucional.

El AUGE ha reforzado la segregación poblacional existente al encubrir una inequidad enorme, la cual no habría disminuido en democracia ya que existe un estancamiento del nivel de salud. Se está lejos de las metas Minsal 2011-2020 e incumple también un parámetro ético y moral (2). Lamentablemente, esta ley no incluyó evaluación de impacto en la salud de las personas, falencia reconocida públicamente (6). Incluso, se rotuló GES (garantías explícitas) ya que el calificativo de AUGE es erróneo al no brindar atención universal. Es una ley que discrimina patologías y pacientes por diversas razones. Algunos la han calificado como reforma de salud cuando es, en realidad, una simple canasta de prestaciones. Por supuesto, significó un avance parcial al establecer una priorización de tipo epidemiológico, derechos (acceso, oportunidad y calidad) que no siempre se cumplen, guías clínicas sólo para las patologías establecidas y un financiamiento adicional para estos enfermos al subirse el impuesto al valor agregado (IVA) del 18 al 19%.

Sin embargo, es una estrategia profundamente discriminadora y no sólo por patologías, transformando a los médicos en simples administradores de procedimientos (7). Además, al establecer derechos ha sido un potente mecanismo para el creciente y enorme traspaso de fondos públicos al sector privado, fundamentando así un fuerte cuestionamiento político a esta ley. Tampoco incluye prevención de enfermedades y promoción de la salud. Quizás los parlamentarios progresistas que la aprobaron no valoraron lo suficiente las serias dificultades que tiene la población más modesta con patologías no AUGE en incluso AUGE, para obtener atención en los hospitales del SNSS cuyo número de Pabellones quirúrgicos no ha aumentado y el de camas ha disminuido significativamente. Es posible que su defensa del AUGE-GES dependa de su afiliación a Isapres, lo que significa que ellos y sus familiares son atendidos cuando lo necesitan en Clínicas privadas, sin siquiera utilizar los Pensionados de los hospitales del SNSS. El número de camas de estos Pensionados tampoco ha aumentado, a diferencia de lo que ha ocurrido con los establecimientos privados que han tenido un incremento enorme de este recurso.

Hasta ahora no hay estudios que señalen que esta ley haya producido impacto positivo en la salud de la población ya que las principales tasas de mortalidad en nuestro país están estancadas: infantil, neonatal, niños de 1 a 4 años, tuberculosis, o están aumentando como la general, materna y de varios cánceres con alta y creciente incidencia, sin enfrentar como correspondería el envejecimiento poblacional. Nadie ha destacado este estancamiento y deterioro, salvo una simple sugerencia aislada (8). Por otra parte, estos indicadores nacionales son promedios y aunque el diferencial entre estratos socioeconómicos hubiera disminuido algo, persiste una gran inequidad que agrava la condición de los más vulnerables (9-11).

De hecho, existe otro encubrimiento importante de la inequidad existente en la población chilena como es el traspaso gigantesco y creciente de recursos financieros del sector público al privado para financiar prestaciones garantizadas que no pueden efectuarse en los hospitales públicos por falta de cobertura (12,13). El 2014 fue equivalente a casi 1.500 millones de dólares, lo que significaría respaldar el contrato de 32.000 especialistas en los hospitales públicos, o la construcción de cuatro establecimientos de alta complejidad, o de 400 centros de salud familiar (12). Evidentemente, la enorme magnitud señalada facilitaría establecer una combinación equilibrada de estos tres componentes fundamentales: recursos físicos

(camas, pabellones quirúrgicos), financieros y personal, en particular médicos especialistas (13).

Existe una exitosa experiencia histórica para mejorar rápidamente la cobertura en el sector público y enfrentar el problema de las Listas de Espera. Fue una estrategia desarrollada por el Ministerio de Salud entre 1991 y 1995 dirigida a aumentar la oferta, ejecutada en forma descentralizada a través de proyectos competitivos (se presentaron miles en ocho concursos), centrada en evaluación y que resultó mucho más eficaz y eficiente que la actual (14,15). Los aprobados se financiaban sólo por seis meses, con continuidad asegurada según cumplimiento de metas acordadas con los compromisos de gestión establecidos. Este programa permitió además fortalecer la mística existente en esa época de retorno a la democracia (16).

El modelo actual de listas de espera ha preferido enfrentar la demanda con pagos privados a funcionarios públicos, además de discriminaciones, sin aumentar estructuralmente la capacidad de oferta. Comenzó en 1996 y se mantiene hasta la fecha (17), junto a otros modelos similares de la época (18). La utilización actual de procedimientos burocráticos centralizados no aumenta en forma mantenida la capacidad de oferta y sólo controla parcialmente la demanda. Al parecer no hay evaluaciones publicadas sobre sus resultados. Por otra parte, el modelo global de salud vigente, tanto público como privado, está centrado en el pago por prestaciones, las cuales sistemáticamente son subvaloradas para los hospitales públicos, a diferencia de lo que Fonasa paga a las clínicas privadas, tres a cuatro veces más por la misma prestación. Este hecho refuerza la inequidad existente para la población modesta, mucho más numerosa, a la cual no le sirve un modelo neoliberal. Estos consultantes sufren y conocen muy bien las dificultades para obtener una atención de salud oportuna y digna, especialmente en los hospitales. Al mismo tiempo, valoran mucho este componente de la calidad de vida que es la atención de salud, llevando a que la población chilena tenga el más alto gasto de bolsillo entre los países de la OCDE (19).

La clase media, también numerosa, está en una posición intermedia y sus integrantes oscilan entre afiliación a una Isapre donde existe una lucha constante con las alzas de precios de los planes junto con una integración vertical, o al revés, afiliación a Fonasa con el problema de escasa cobertura y atención casi imposible en los grandes hospitales, salvo que se tenga algún contacto. Las alzas de precios en las Isapres llevan a una enorme cantidad de procesos judiciales (6) contra estas Aseguradoras (todos ganados) y la falta de cobertura en lo público a tener que atenderse en el sector privado dadas las dificultades para obtener consultas con un especialista o imposibilidad de conseguir intervenciones quirúrgicas, al existir listas de espera crónicas.

Es increíble que autoridades progresistas hayan calificado y aún más decidido, en democracia año 1995, que "el sistema de salud chileno mantendrá una configuración mixta, donde el Estado garantiza el acceso de toda la población a algún sistema de salud..." (20). En verdad no es mixto, como desean algunos y lo correcto es rotularlo como corresponde: dual, público y privado. Son dos sistemas opuestos. En Chile no hubo problemas al respecto durante las décadas de los 50, 60 y 70. Teníamos un sistema público, Servicio Nacional de Salud, con grupos privados de distintos órdenes, incluso municipales, pero sin especial trascendencia.

Debería existir una profunda discusión sobre la salud chilena actual, desde lo doctrinario hasta sus alcances y consecuencias políticas, financieras y de impacto en la salud de la población. Algo que no parece digno de debate para las autoridades ya que no se refleja en sus Cuentas públicas, las cuales describen nuevos establecimientos pero no precisan

aumento del número de camas o de pabellones quirúrgicos. Sistemáticamente, no incluyen indicadores de salud. Lo que está en cuestión, en nuestra opinión, es la validez y origen de nuestro sistema de salud actual y no planes de racionamiento como el AUGE que no van en la dirección correcta de enfrentar lo creado por la dictadura en los 80, comenzando por la municipalización que se promocionó en su época como una descentralización, cuando su objetivo era facilitar eventuales privatizaciones (21,22).

El necesario debate sobre el sistema público de salud chileno es imprescindible y urgente no sólo por razones técnicas, financieras y políticas sino también éticas. Justamente, el objetivo de este estudio en base al hecho observado de una inesperada evolución negativa desde hace una década de los indicadores de mortalidad, es cuestionar el modelo de salud impuesto durante el régimen militar, sin debate ni Congreso, fortalecido posteriormente por una politización partidista marcada y estrategias privatizadoras y de racionamiento. Esto se objetiva por el plan AUGE, la Alta Dirección Pública y el pago por prestaciones lo cual ha llevado al sistema público de salud a una mantenida escasa cobertura de atención, a frustración de médicos y funcionarios, a Listas de Espera crónicas y a un gran traspaso de médicos y recursos fiscales a lo privado. Por estos hechos no debería llamar la atención el deterioro de los indicadores de salud nacionales que se siguen citando como magníficos y mejorando, lo que no es efectivo, salvo muy contadas excepciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa la literatura nacional y extranjera en relación al sistema de salud chileno en su evolución histórica desde el siglo XX, en particular la década de los 80 hasta la actualidad, año 2016, en sus dos componentes: público y privado pero especialmente en el primero. También se citará prensa nacional en lo que corresponde.

Se describen y analizan algunos aspectos relevantes.

En relación a lo público: Reformas de salud en el siglo pasado desde el Seguro Obrero Obligatorio (1925) hasta el Servicio Nacional de Salud (1952) y otras. Se destacan las reformas en salud 1979-1981 que marcan la situación actual: Término o transformación del SNS en 1979. Término de Sermena y transformación en Fonasa con sus modificaciones legales posteriores. Desarticulación entre la atención primaria y la hospitalaria o Municipalización, Isapres o creación de un sector estructural privado en salud. Problemas de gestión y Alta Dirección Pública, Problemas de recursos y traspaso de fondos fiscales al sector privado, AUGE. Presupuestos y deuda hospitalaria, discriminación de Fonasa contra hospitales públicos. Pérdida de especialistas y de camas, Desarrollo de sociedades médicas, Listas de espera. Desmantelamiento de lo público. Falta de cobertura y desvalorización de la salud poblacional Indicadores de salud. Cuentas públicas

En relación a lo privado: Isapres y beneficios especiales, ganancias económicas. Aumento de valor de sus prestaciones, Multiplicidad de planes, Integración vertical, Aumento creciente de camas, Inexistencia de políticas de prevención de enfermedades y fomento de la salud e Indicadores de producción, entre otros aspectos, será motivo de análisis en un estudio futuro que complementa y sirva de contraste a lo ocurrido con el sistema público.

Se hace un análisis especial de todos los indicadores de salud más relevantes a nivel nacional con un amplio período de tiempo, eligiéndose todos los habituales y otros relevantes. Debe considerarse que se trata de promedios.

Se discuten los resultados y proponen objetivos, detallando las posibles estrategias para cumplir dichos objetivos.

RESULTADOS

Junto con analizar la realidad actual de la salud en Chile, en base a los indicadores de salud clásicos en el nivel nacional y los factores que pueden haber influido en los mismos, es necesario recordar y entender los orígenes y evolución del sistema de salud vigente desde el siglo XX hasta la fecha, año 2016, en sus dos vertientes: salud pública y atención de salud, o más propiamente, de los sistemas de atención de salud vigentes que son dos: uno público y otro privado, a diferencia de lo antiguo o clásico que fue siempre casi exclusivamente público.

En relación a la salud pública debe destacarse que incluso desde la época de la Colonia hubo una preocupación del Estado por la salud de la población, con promotores liberales en el siglo XIX, Junta de Beneficencia y con mayor amplitud política en el siglo XX. Así es como nació el Seguro Obrero Obligatorio (1925), la Educación Primaria Obligatoria (1932), la Medicina Preventiva (1938), el Servicio Nacional de Salud, SNS (1952), el Servicio Médico Nacional de Empleados, Sermena (1968) y las Mutuales de Seguridad para Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales (1968). Fueron reformas de salud que se pueden llamar sanitarias porque se centraban en los resultados específicos en salud de su aplicación. Además, fueron elaboradas por consenso nacional, sin sesgo ideológico, aprobadas por un Congreso elegido democráticamente. En consecuencia, son no sólo legal sino también moralmente válidas, lo que no puede decirse de las promulgadas por el gobierno militar en los 80 que fueron sólo legales.

En los 80 y siete años después del golpe militar se promulgaron tres reformas de salud que podríamos llamar ideológicas. Todas se originaron y desarrollaron sin conocimiento público a diferencia de las anteriores, por pequeños grupos afines en pensamiento a lo privado, siendo aprobadas por la Junta Militar. Sin embargo, el modelo persiste hasta la actualidad, incluso con gobiernos de centro izquierda.

La primera reforma a fines de 1979, el gobierno militar, cívico/militar o dictadura según se considere, transformó sin ningún debate, el Sistema Nacional de Salud (SNS) establecido por ley en 1952 y muy exitoso en todos los aspectos incluyendo indicadores de salud, en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con 26 Servicios de Salud más el de Ambiente de la región metropolitana. Desapareció la antigua y prestigiada Dirección General del SNS con sus Departamentos Técnicos y Consejo Consultivo.

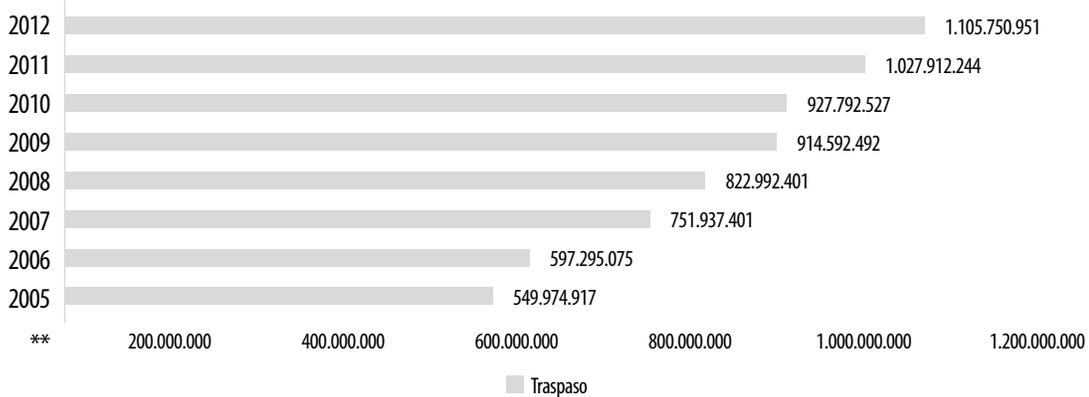
El Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) fue transformado en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) reemplazando al Departamento de Finanzas del antiguo SNS. Esta entidad paralela al Ministerio de Salud (Minsal) ha ido adquiriendo cada vez más un creciente poder relativo. En realidad se creó un nuevo sistema público de atención de salud, el cual está aún vigente. El Instituto de Salubridad se transformó en el Instituto de Salud Pública.

La segunda en 1980 también sin debate alguno, significó la transferencia por el gobierno militar de la mayoría de los Consultorios de atención primaria a las Municipalidades.

La tercera reforma en ese corto período de tres años fue la creación en 1981 de un sector privado asegurador. Fueron las llamadas Instituciones de Salud Previsional o Isapres, las cuales promovieron el desarrollo de muchas clínicas privadas, no sólo en Santiago, lento al principio pero muy fuerte en los años siguientes. En realidad son Empresas Privadas de Seguros de Salud.

Estas reformas se han fortalecido con el tiempo, incluso en los gobiernos democráticos. Estos han establecido aumentos anuales del aporte fiscal pero han sido insuficientes para una adecuada recuperación. Por otra parte, existe un creciente traspaso de recursos financieros a Isapres, clínicas y redes ambulatorias privadas, desde el 2005 (Figura 1).

Fig. 1 Traspaso de recursos fiscales a clínicas privadas Chile 2005-2012 *

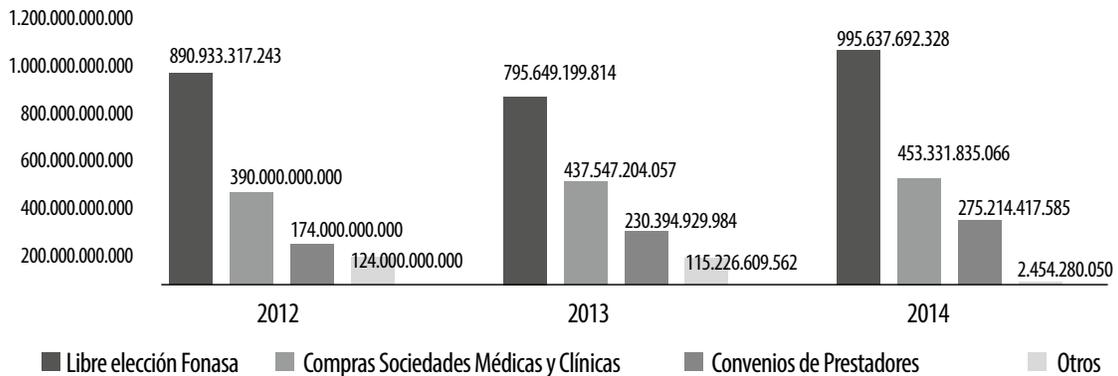


* Goyenechea M. y Sinclair D. (Ref. 12)

** Equivalencia en dólares de E.E.U.U.

Varios mecanismos llevan a esta transferencia de recursos financieros, siendo el más importante la libre elección, dada la enorme falta de cobertura del sistema público (Figura 2).

Fig. 2 Traspasos financieros del sector público al privado Chile, 2012-2014



El número de camas hospitalarias se ha ido reduciendo en lo público, especialmente después del AUGE, con un índice ocupacional en sus hospitales que supera el 70% y en los grandes establecimientos con frecuencia es del 90% o más. En cambio, las camas han ido aumentando en el sector privado, especialmente en los últimos años, a pesar de una baja ocupación relativa del orden del 50% (Tabla 1a).

Tabla 1a Cantidad de camas hospitalarias según sectores público y privado, Chile 1974-2014

Cantidad de camas en sectores públicos y privados, Chile 1974-2014								
Sector/Año	1974	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Público	34.717	S/Inf.	S/Inf.	31.579	30.651	28.001	25.081	25.921
Privado	S/Inf.	5.737	S/Inf.	7.762	7.660	11.520	S/Inf.	12.794

* Por mil habitantes

En cuanto a personal referido a médicos, se observa una migración constante y creciente desde los hospitales públicos hacia el sector privado por diversas razones, compensado de alguna manera por los planes de formación de especialistas dado el acuerdo entre Ministerio de Salud y Universidades. La cantidad de médicos ha aumentado aunque muchas veces con jornadas más reducidas. Su índice en relación al número de usuarios ha descendido en forma constante siendo muy inferior al promedio de la OCDE (Tabla 1b).

Tabla 1b índice de camas hospitalarias Chile vs OCDE, 1999-2014

Cantidad de camas hospitalarias en Chile v/s OCDE, 1999-2014						
Promedio\Año	1999	2000	2004	2005	2010	2014
Chile	2,8	2,7	2,4	2,3	2,2	1,9
OCDE	5,9	5,6	5,4	5,3	4,8	S/Inf.

* Por mil habitantes

La cantidad de médicos sube en todas las especialidades aunque su incremento es insuficiente para cubrir las necesidades (Tabla 2).

Tabla 2, Cantidad de médicos según especialidad en el sistema público Chile, 2004-2012*

CANTIDAD DE ESPECIALISTAS BÁSICOS SEGÚN ESPECIALIDAD EN EL SISTEMA						
Tipo de especialidad	Año 2004		Año 2012		Diferencia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medicina Interna	792	22,1	1549	24,6	757	95,6
Cirugía General	803	22,4	1515	24,1	712	88,7
Pediatría	1003	27,9	1640	26,1	637	63,5
Obstetricia/Ginecología	762	21,2	1083	17,2	321	42,1
Psiquiatría	229	6,4	503	8,0	274	119,7
Total	3589	100	6290	100	2701	75,5

* Roman O. y cols. 2014 (Ref. 48)

El problema se ve con mucha mayor claridad cuando se consideran los recursos en forma más precisa: horas médicas semanales en vez de médicos (ahí el aumento es del 68% en vez del 75%). Sin embargo, las camas hospitalarias no sólo no aumentan sino que disminuyen (-22%). Pero lo más llamativo es lo que ocurre con la producción: cirugías mayores que suben la mitad en relación al incremento del recurso médico (43% en vez de 68%) y consultas de especialidad que aumentan sólo en un escuálido 8%. Esto es aun mas grave ya que desde hace muchos años el Ministerio no diferencia entre consultas nuevas y controles (Tabla 3).

Tabla 3, Evolución de recursos médicos y camas hospitalarias versus prestaciones en el sistema público de salud Chile 1995-2014

		1995	2000	2005	2010	2014	Diferencia	
Recursos	Horas Médicas Semanales	Ign.	367.720	393.716	466.828	615.816	68%	*
	Camas Hospitalarias	31.579	30.561	28.001	25.081	25.921	-22%	**
Producción	Intervenciones Quirúrgicas Mayores	311.575	423.992	496.539	511.559	545.240	43%	**
	Consultas de Especialidades	Ign.	Ign.	6.649.951	6.979.932	7.250.003	8%	**

*Depto. Gestión de RRHH, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, MINSAL.

** Depto. de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, Ministerio de Salud.

En la práctica, Fonasa en el modelo vigente, trabaja estrechamente relacionado con el Ministerio de Hacienda promoviendo en forma consistente el pago por prestaciones. Primero fue el mecanismo PAD (pago asociado a diagnóstico), después PPV (pago por prestaciones valoradas), y actualmente GRD (grupos relacionados de diagnóstico). La existencia de este sistema, asociado al enorme deterioro relativo de los hospitales públicos que algunos califican incluso como desmantelamiento (12), ha llevado a una cobertura de atención cada vez menor y a mantener e incrementar las listas de espera, las cuales se iniciaron justamente en los 80.

Esto fue más evidente en el tercer gobierno democrático, el de Ricardo Lagos, cuando se siguió fortaleciendo lo privado aunque encubierto con algunas leyes como el AUGE que potenció el rol de Fonasa, importante aliado de la privatización en las políticas públicas. Este ente financia actualmente como Estado una cantidad creciente de prestaciones que se solicitan en hospitales públicos pero se realizan con pagos mucho más elevados en clínicas privadas. Otro efecto de estos pagos desiguales ha sido el desarrollo de sociedades médicas de especialistas obligando a muchos hospitales públicos a establecer convenios con las mismas. Sin duda, el modelo de mercado se refuerza a través del pago por prestaciones.

La ley AUGE (acceso universal con garantías explícitas), promulgada el 2005, ha facilitado desde un comienzo el traspaso creciente y enorme de recursos fiscales a clínicas privadas anulando, en buena medida, el incremento presupuestario en salud (Figuras 1 y 2),

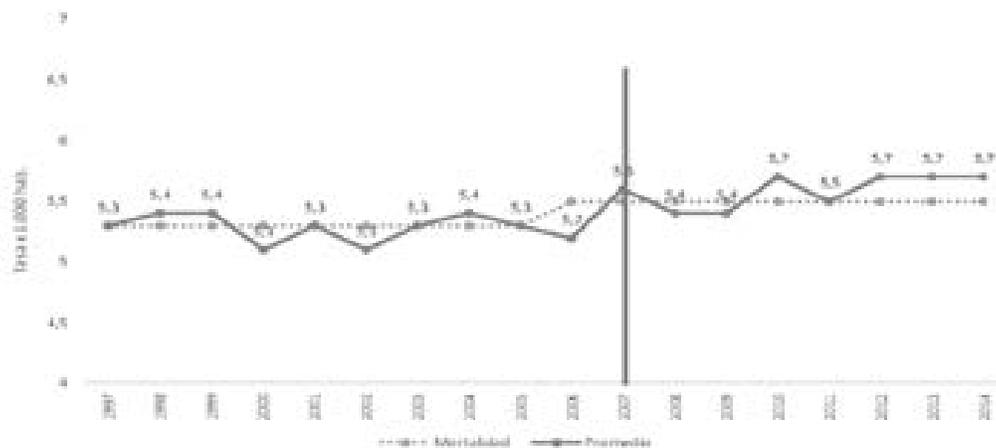
Otro hecho importante referido al eventual progreso del AUGE es el análisis de lo que ha ocurrido desde el 2002, incluso antes de su promulgación, con el número decreciente de camas hospitalarias públicas, concomitante con el notable aumento de las camas privadas (Tablas 1a y 3).

La confusión, si se tratara de confusión y no de almas neoliberales e intereses creados, es tanta que algunas autoridades usan la expresión "seguro público en salud". El financiamiento de los sistemas públicos es solidario, la antítesis de un seguro donde por definición, existe una parte que paga y una contraparte que presta un servicio establecido según ese pago.

Indicadores de salud. Es un lugar común decir y escribir que Chile tiene muy buenos indicadores de mortalidad, en el mejor nivel de América Latina. En verdad, está claramente por debajo de Cuba y muy poco por encima de Costa Rica, Uruguay y Puerto Rico, aunque bastante mejor que los demás países del continente, salvo Estados Unidos y especialmente Canadá. Por supuesto, todas las magnitudes son promedios con una gran dispersión entre regiones y estratos socio-económicos. El nivel de salud según indicadores de mortalidad es el siguiente.

Mortalidad general. Estable entre 1997 y el 2006 con cifras entre 5,1 y 5,4 muertes por mil habitantes a pesar del envejecimiento poblacional. Con posterioridad, ha comenzado a subir por pérdida de la capacidad de contrarrestar ese envejecimiento, alcanzando magnitudes de 5,6 el 2013 y 5,7 el 2014, últimos años con información disponible (Figura 3).

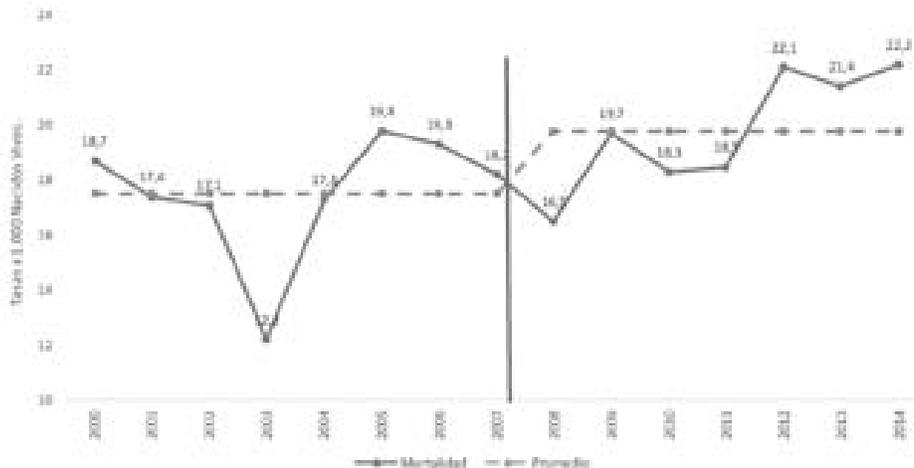
Fig. 3: Evolución de la mortalidad general en Chile, 1997-2014



	1997-2005		2006-2014
Promedio	5,3	Promedio	5,5
Mediana	5,3	Mediana	5,6

Mortalidad materna. Bajó a sólo 12,2 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos el 2003 o algo más alta de 16,5 el 2008. Sin embargo, se aprecia deterioro posterior con cifras bastante más altas en los años siguientes: 22,1; 21,4 y 22,2 entre el 2012 y el 2014 (Figura 4).

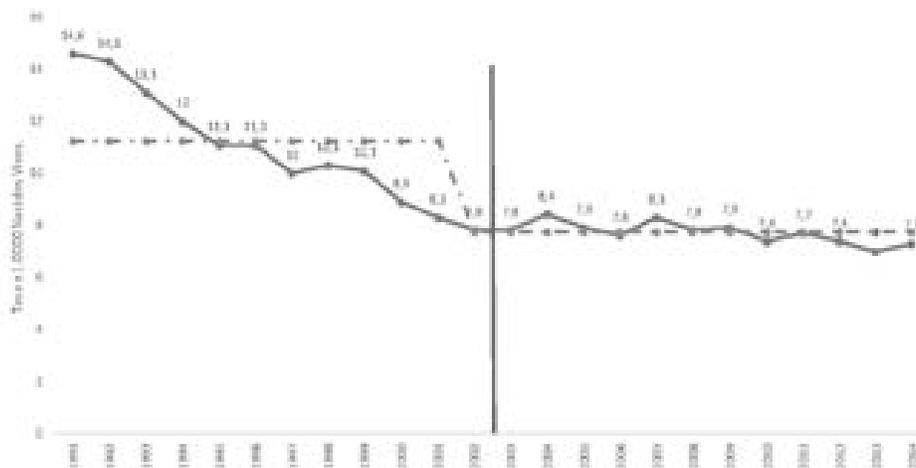
Fig. 4: Evolución de la Razón de Mortalidad Materna en Chile, 2000-2014



	2000-2007	2008-2014
Promedio	17,5	19,8
Mediana	17,8	19,7

Mortalidad infantil. Disminución impresionante desde los años 50, descenso que venía incluso desde antes, hasta una tasa de 14,6 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en 1991. Bajó aún más posteriormente hasta alcanzar 7,8 el 2002. Sin embargo, desde este año en adelante, coincidiendo con el AUGE y el fortalecimiento del modelo de mercado, ha oscilado entre 8,4 y 7,3 con promedio y mediana de 7,8 entre el 2003 y el 2014. En otras palabras, un estancamiento en este período de 12 años (Figura 5).

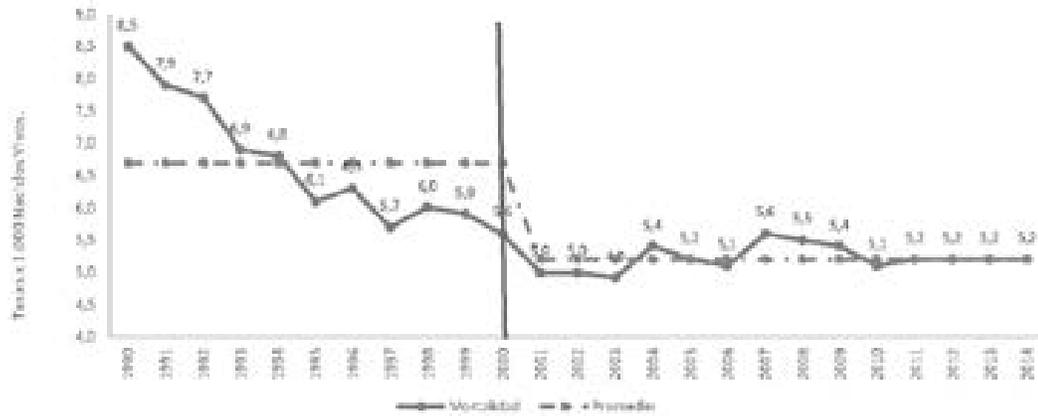
Fig. 5: Evolución de la mortalidad Infantil en Chile, 1991-2014



	1991-2002	2003-2014
Promedio	11,3	7,8
Mediana	11,1	7,8

Mortalidad neonatal. Después de un enorme descenso entre 1990 y 2000 desde 8,5 a 5,0 está absolutamente estancada oscilando entre un mínimo de 4,9 por mil nacidos vivos el 2003 y un máximo de 5,6 el 2007, promedio y mediana de 5,2 en período 2006-2014 (Figura 6).

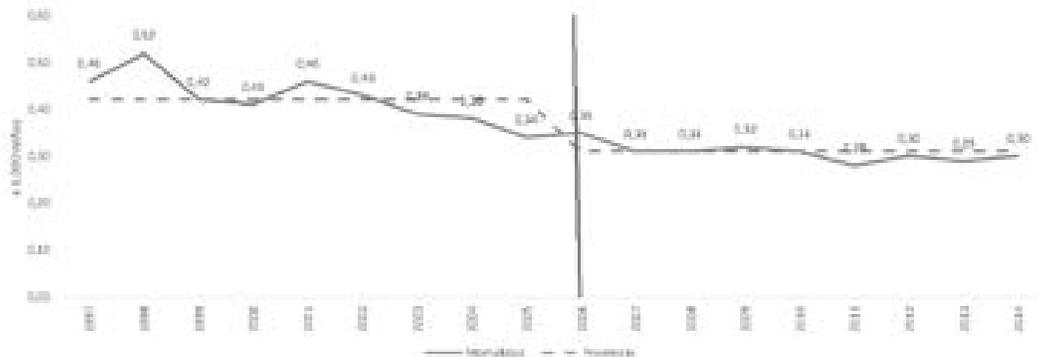
Fig. 6: Evolución de la Mortalidad Neonatal en Chile, 1991-2014



	1990-2000		2001-2014
Promedio	6,7	Promedio	5,2
Mediana	6,3	Mediana	5,2

Mortalidad en niños de 1 a 4 años. Está estancada desde el 2006 en 0,3 por cada 1.000 niños de esas edades, mientras en el período anterior 1997-2005 había descendido desde 0,5 en 1997 hasta 0,3 ese último año (Figura 7).

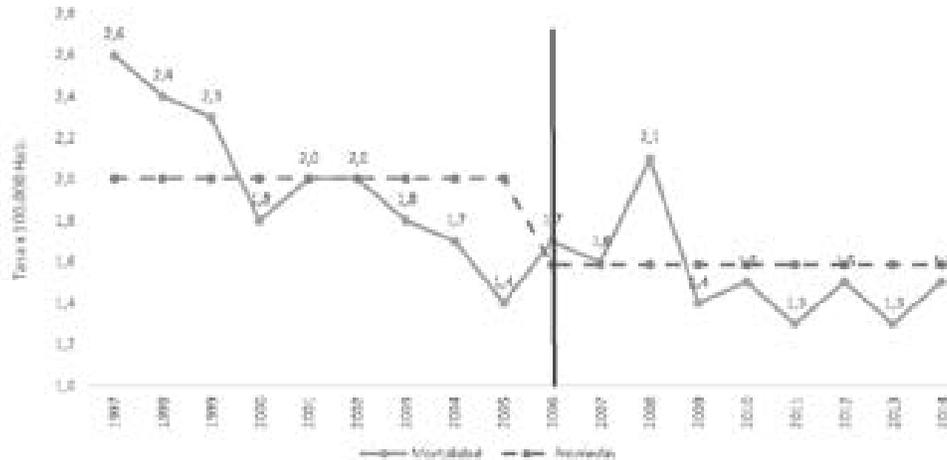
Fig. 7: Evolución de la Mortalidad en Niños de 1 a 4 años en Chile, 1997-2014



	1997-2005		2006-2014
Promedio	0,4	Promedio	0,3
Mediana	0,4	Mediana	0,3

Mortalidad por tuberculosis. Descendió desde 2,6 muertes por esta causa por cada 100.000 habitantes en 1997 hasta sólo 1,4 el 2005. En los ocho años siguientes se ha estancado con una mediana de 1,5, alcanzando incluso un máximo de 2,1 el 2008 (Figura 8).

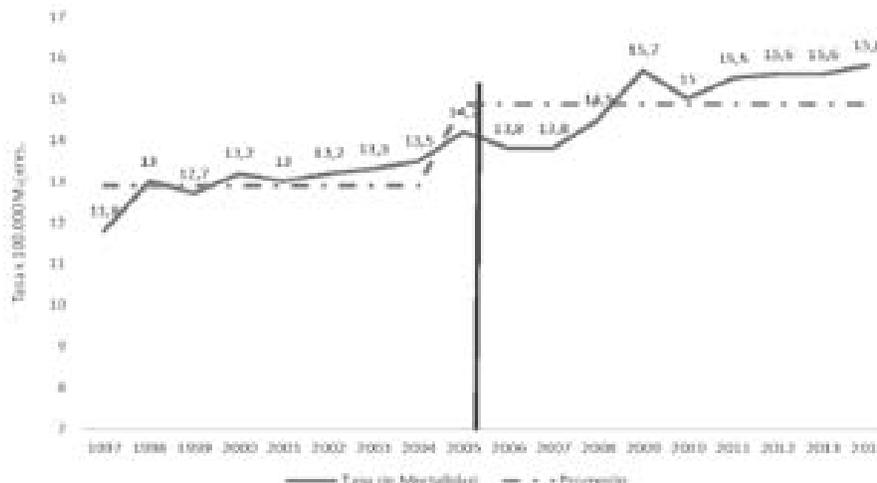
Fig. 8: Evolución de la Mortalidad por Tuberculosis en Chile, 1997-2014



1997-2005		2006-2014	
Promedio	2,0	Promedio	1,6
Mediana	2,0	Mediana	1,5

Mortalidad por cáncer de mama. Después de una gran estabilidad entre 12 y 13 por 100.000 mujeres a fines de los 90, ha estado aumentando en los últimos años a niveles de 14 y 15 en mujeres de todas las edades pero especialmente en edades mayores que están fuera del programa, algo que debería considerarse. La tasa fue de 15,8 el 2014 (Figura 9).

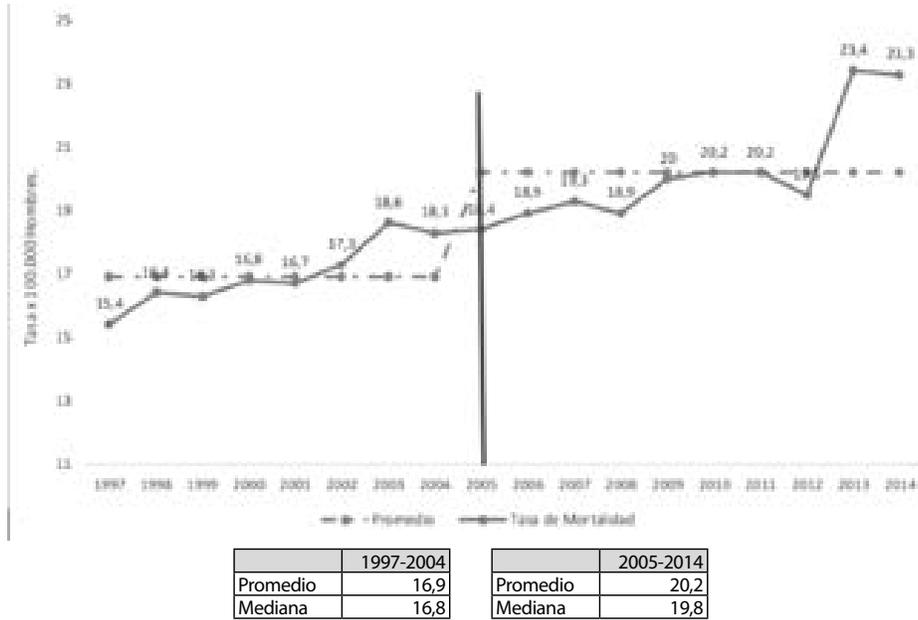
Fig. 9: Evolución de la Mortalidad por Cáncer de Mama en Chile, 1997-2014



1997-2004		2005-2014	
Promedio	12,9	Promedio	14,9
Mediana	13,1	Mediana	15,3

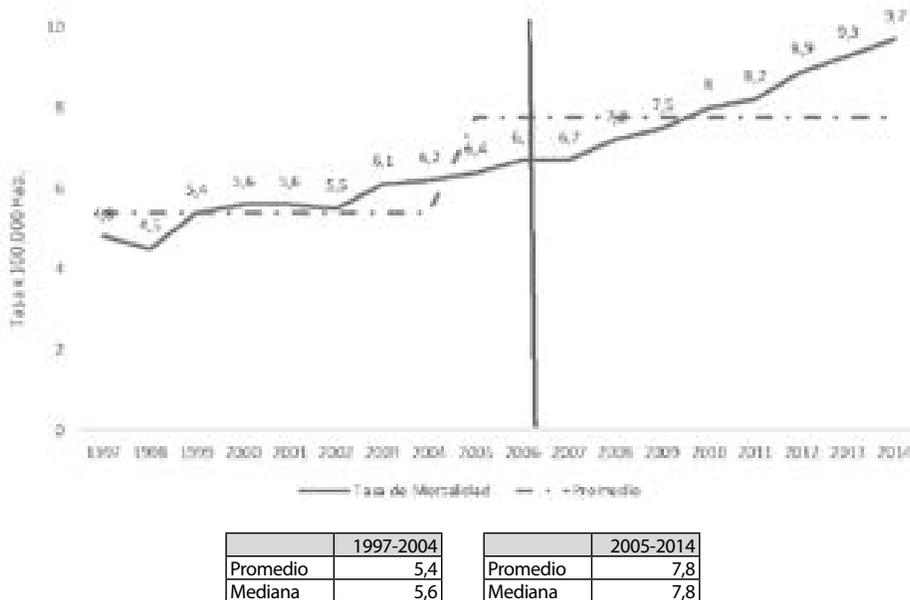
Mortalidad por cáncer de próstata. Se observa un aumento constante. Actualmente es la segunda causa de muerte oncológica masculina, muy cercano a cáncer gástrico. Su tasa de mortalidad fue de 15,4 por 100.000 hombres en 1997, alcanzando 23,4 y 23,3 en 2013 y 2014 (Figura 10).

Fig. 10: Evolución de la Mortalidad por Cáncer de Próstata en Chile, 1997-2014



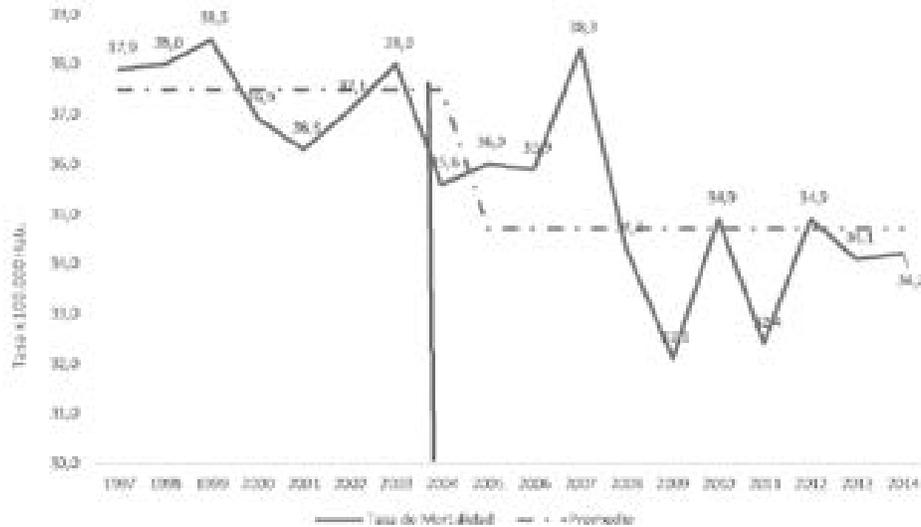
Mortalidad por cáncer de colon. Todavía lejos de alcanzar las magnitudes de los países desarrollados, ha estado aumentando desde hace más de una década, especialmente en mujeres. En ambos sexos, después de un moderado ascenso entre 1997 y 2004, su mortalidad comienza a incrementarse fuertemente, hasta alcanzar 9,3 y 9,7 el 2013 y 2014 (Figura 11).

Fig. 11: Evolución de la Mortalidad por Cáncer de Colon en Chile, 1997-2014



Mortalidad por infarto del miocardio. Es la única patología crónica, enfermedades isquémicas del corazón (I21-I22), que muestra disminución de su mortalidad, en coincidencia con mejores tratamientos que no necesariamente dependen del AUGE (Figura 12).

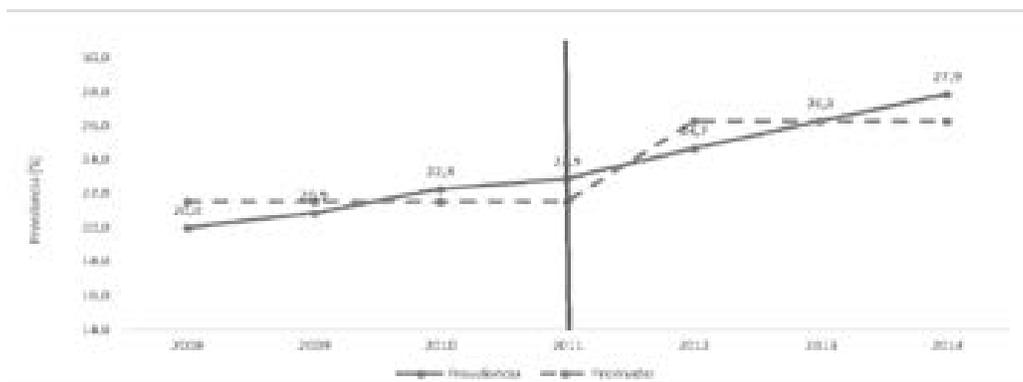
Fig. 12: Evolución de la Mortalidad Infarto del Miocardio en Chile, 1997-2014



1997-2004		2005-2014	
Promedio	37,5	Promedio	34,7
Mediana	37,5	Mediana	34,6

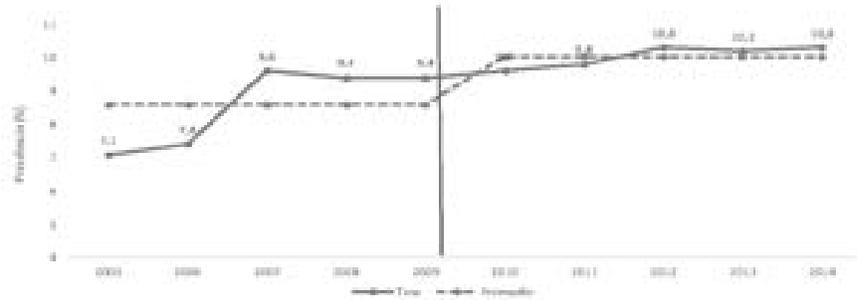
Morbilidad por obesidad y Mortalidad por diabetes. La base es el gran aumento de su prevalencia, presente actualmente en el 10 % de los chilenos adultos, la cual está relacionada con el creciente incremento poblacional de obesidad, tanto en embarazadas como en niños. La mortalidad por diabetes se ha duplicado en la última década (Figuras 13a, 13b y 14).

Fig. 13 a: Prevalencia de obesidad en gestantes controladas en el sistema público, Chile 2008-2014



2008-2011		2012-2014	
Promedio	21,5	Promedio	26,3
Mediana	21,6	Mediana	26,3

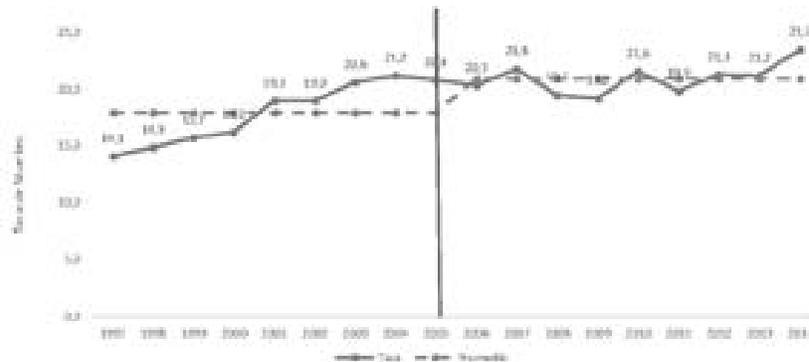
Fig. 13 b: Prevalencia de obesidad en menores de 6 años controlados en el sistema público, Chile 2005-2014



	2005-2009	2010-2014
Promedio	8,6	10,0
Mediana	9,4	10,2

Fuentes: Depto. de Nutrición y Alimentos
Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL

Fig. 14: Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus en Chile, 1997-2014



	1997-2005	2006-2014
Promedio	17,9	20,9
Mediana	17,6	21,0

Fuente: DEIS, Ministerio de Salud.

Los diferenciales en mortalidad entre los dos períodos establecidos para cada indicador son todos estadísticamente significativos porque no son muestras sino corresponden a toda la población chilena. Probablemente serían superiores para la mayoría de los grupos vulnerables si se analizaran según niveles socio económicos o áreas geográficas.

Las tasas son las observadas o reales. No han sido ajustadas porque se trata de establecer mortalidades verdaderas y necesidades programáticas. Este estudio no es epidemiológico de causalidad. Los factores causales del estancamiento y deterioro de los indicadores de mortalidad de la última década en nuestro país se conocen, responden al envejecimiento poblacional y a deficiencias de programas específicos, en última instancia del modelo de mercado vigente.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

El análisis de la evolución histórica del sistema público de salud deja en evidencia que la línea de su desarrollo organizacional en favor de los chilenos más vulnerables se rompió a raíz del golpe militar de 1973, pero especialmente después de las reformas en salud de la dictadura 1979-1981. Si bien es cierto que se mantuvo en alguna medida el exitoso Servicio Nacional de Salud de 1952, desarrollado sólo cuatro años después del homónimo inglés, fue transformado

radicalmente en 1979 al disgregarlo en casi treinta Servicios de Salud supuestamente descentralizados. Se eliminó la Dirección General y su Consejo Consultivo, quedando el rol rector en el Ministro de Salud que siempre tiene un carácter político partidista. La transformación del Sermena en Fonasa, un ente financiador al cual desde su creación y también con posterioridad, se le ha querido dar una pseudo connotación de seguro público en salud. Quizás por esa razón funciona, en muchos aspectos, como si fuera una institución privada (23).

Por otra parte, con la eliminación del Consejo Consultivo el Ministerio quedó privado del aporte de académicos, de gran importancia para desarrollar mejores políticas de salud pública y formar más y mejores especialistas (2, 24, 25).

Las tres reformas 1979-1981 significaron claramente un sesgo privatizador de la salud (26-29). La municipalización, por ejemplo, se señaló como una descentralización, lo cual no era efectivo, ya que los alcaldes eran todos designados y su término era igualmente discrecional. También se dijo que se trataba de acercar los consultorios a la gente cuando la realidad indicó lo contrario ya que su creación significó desvincularlos de la atención secundaria y terciaria (21,22). Por otra parte, la municipalización acentuó la inequidad en salud existente en nuestro país ya que hay comunas ricas y comunas pobres, un tema técnico pero también ético (30-34).

Con el SNSS se argumentó lo mismo, que el objetivo era descentralizar el sistema cuando en la práctica sus Directores de Servicio eran designados y también cesados por el poder central. Experiencias como la Corporación Lautaro y el Servicio de Salud Metropolitano Central confirman que era lo contrario: centralizar y facilitar eventuales privatizaciones.

Algo importante en la evolución posterior a las reformas de 1979-1981 es que el SNSS, o sea lo público, mantuvo sus programas de prevención de enfermedad y fomento de la salud, influyendo así en forma positiva sobre los indicadores de salud. Por otra parte, los hospitales públicos tuvieron un enorme deterioro de sus recursos: instalaciones físicas, finanzas, personal, equipos e insumos, especialmente en los 70 pero también durante los 80. Esta restricción durante el gobierno militar fue muy marcada: tanto en lo presupuestario, como en falta de médicos, de camas, no renovación de equipos, problemas de medicamentos, de insumos, incluso ropa de cama. Fue obviamente un período muy difícil para el sistema público de salud y para el país (28,35-37). Sin embargo, prevaleció el sentido de compromiso de los médicos funcionarios y otros profesionales que se mantuvieron y han mantenido en los hospitales públicos, contrarrestando los deterioros señalados y otros.

Sin embargo, el retorno de la democracia en 1990 no significó el término o corrección de las tres reformas señaladas. No está claro cuáles serían las causas: secuelas del gobierno de Salvador Allende que dejó heridas, influencia de 17 años de dictadura, existencia de un sistema binominal, de senadores designados, de una Constitución a la medida, de intereses creados u otros factores como un eventual síndrome de Estocolmo. El hecho es que las reformas del gobierno militar se mantuvieron y mantienen hasta la fecha, junto con el desarrollo y cronicidad de enormes listas de espera en casi todas las especialidades.

Además de la mantención de los dos sistemas de salud establecidos en 1979-1981: público y privado, se ha desarrollado en lo público desde el término de la dictadura una recuperación de recursos y de funcionarios intentando corregir la pauperización ocurrida entre 1973 y 1989. Es evidente el mejoramiento de lo financiero, incluso hubo en los 90 una inyección de capital extranjero como el crédito alemán que significó una importante inversión, especialmente en equipos.

Sin embargo, no se han desarrollado estrategias de tipo solidario para ampliar las coberturas de atención y resolver así el problema de las listas de espera, salvo a comienzos de la década de los

90 con unos pocos programas que siendo muy exitosos, posiblemente por no incluir lo privado, las autoridades no los mantuvieron (7,14-16,20-21,25,29,34,35).

Una de esas estrategias, tendiente a fortalecer la capacidad de oferta de los hospitales públicos fue un programa para reducir listas de espera, coordinado por uno de los autores, el cual se desarrolló entre 1991 y 1995 con gran éxito (14-16). Un tema para tratar in extenso. Otros programas solidarios en los 90 fueron capacitación para la calidad de la Dra. Gnecco y el de equidad a nivel comunal del Dr. Montoya, los cuales junto con el señalado más arriba fueron terminados en 1995 por decisión de la Subsecretaría de Salud. Se dio el argumento infundado de falta de financiamiento cuando la razón verdadera, incluso publicada, fue que no favorecían un mix público-privado (20,21).

Es llamativo que este problema de pacientes esperando indefinidamente una consulta por especialista o una intervención quirúrgica no existió ni fue mencionado por nadie en el antiguo Servicio Nacional de Salud. Esta situación como problema asistencial sólo apareció en los 80, en coincidencia con el deterioro de lo público, derivado de las reformas privatizadoras 1979-1981 del gobierno militar, reformas que siguen vigentes hasta la actualidad e incluso fortalecidas (36-39). Algunos creen que las esperas han aparecido por el aumento de población aunque los médicos y otros profesionales también han aumentado.

En realidad, era imposible que no se produjeran listas de espera dada la pauperización del sistema público en los 70 y los 80, corregida sólo parcialmente en los gobiernos democráticos. Sin duda, seguirán existiendo listas de espera mientras no se cambie el modelo cuyas falencias estructurales sólo se encubren mediante planes como AUGE, POA, ampliaciones horarias o equipos modernos pero insuficientes para enfrentar la demanda. Es un problema de recursos y de gestión pero también ético, lo que ha afectado el sentido de trabajo en equipo, de compromiso funcionario, de solidaridad y de valores humanistas (17, 40-45).

El modelo de mercado heredado de la dictadura se ha ido fortaleciendo y persiste hasta la actualidad (2, 7, 35, 36). Además, carece de integralidad al persistir la separación entre atención primaria y hospitalaria, minimizando la prevención de enfermedades y fomento de la salud. Por añadidura, tiene enormes carencias y discriminaciones, acentuadas por el AUGE, con el agravante de desmotivación de los médicos y otros profesionales junto a problemas de gestión que no se han solucionado con la Alta Dirección Pública. Es indignante y escandaloso que los pacientes para conseguir una consulta de especialidad o una cirugía en los grandes hospitales públicos estén en la práctica obligados a hacerlo con un contacto o en caso contrario, a través de la libre elección que incluye todas las veces un pago de bolsillo (13, 46-48).

El tema de los especialistas es crítico en los grandes hospitales y una preocupación constante de diversos autores (2, 38, 48-50). Ha habido aumento de su número pero trabajan con muchos cuellos de botella y escasez de estímulos: falta de Pabellones quirúrgicos, buenos Pensionados, camas UCI y UTI, carencia de incentivos de varios órdenes, equipos, tecnología, insumos y otros. Trabajan especialmente en las mañanas, perdiéndose en las tardes recurso humano auxiliar e instalaciones. Los funcionarios administrativos siguen hasta la fecha aumentando mucho más fuertemente que los médicos, consecuencia del modelo de mercado y del AUGE, sin resolver el problema de las listas de espera y las objeciones éticas al modelo, cada vez más numerosas e importantes (27-30, 36, 51-54).

Esto ocurre en contraste con grandes ganancias de las Isapres, y ampliación importante de las clínicas y redes privadas de atención ambulatoria (55,56). Se trata de un modelo que incluso se ha reforzado a través de algunas leyes. Un ejemplo es el AUGE, el cual se aprobó y persiste a pesar de una fuerte oposición, especialmente del Colegio Médico (48) y de recibir muchas críticas y análisis que demuestran lo negativo de esta estrategia (51-54,57-63).

Casi no hay estudios fundados que defiendan este plan de atención o canasta de prestaciones. La cantidad de investigaciones que cuestionan esta ley, incluso cuando era sólo un plan piloto, es inmensa y este cuestionamiento se mantiene hasta la actualidad. Algunos critican que la inclusión de un número mayor de patologías no se haya acompañado de un mayor financiamiento (64) o en forma equivocada consideran como positivo lo que es una simple satisfacción de los pacientes por haber sido atendidos o atribuyen la disminución observada de mortalidad por infarto al AUGE cuando esta mejoría venía desde antes (65) o se trata simplemente de consultas más precoces o mejores tratamientos derivados del progreso médico (66-68).

La situación de salud en Chile medida según indicadores de mortalidad, muestra un desmejoramiento, en coincidencia con el pago por prestaciones. Es evidente en la década actual que todos los importantes se han estancado en un nivel alto en el contexto de la OCDE, lo cual además no se condice con nuestro mejoramiento económico. Incluso algunos presentan deterioro en parte por el envejecimiento poblacional, el cual no se enfrenta programáticamente y además por escasa cobertura. El estancamiento observado de la mortalidad infantil en Chile se podría comparar con lo que ocurre en los países europeos desarrollados de la OCDE y también con Cuba, todos con fuertes sistemas públicos de salud. En ellos, su tasa de mortalidad infantil que hace una década era bastante más baja que la chilena, ha seguido mejorando hasta alcanzar menos de 5 muertes por mil nacidos vivos e incluso cerca de 3 por mil.

Nuestro país presenta una evolución del nivel de salud similar a Estados Unidos que goza de un PIB cuatro veces más grande que Chile y un gasto superior siete veces al chileno (2) y sin embargo, tiene indicadores de salud apenas mejores e incluso algunos peores como mortalidad general. No parece coincidencia o casualidad que este país hiper-desarrollado tenga un modelo de salud neoliberal de mercado como el chileno. El fortalecimiento de este modelo coincide con el estancamiento de nuestros indicadores de salud o incluso con deterioro como ocurre con mortalidad general y materna, y con algunos cánceres relevantes, según se demuestra en este estudio. Estados Unidos, con un modelo de mercado y un débil sistema público de salud, sufre de grandes dificultades para bajar su mortalidad infantil (69). Siendo un país muy desarrollado con un gasto enorme en salud, su tasa fue 6,2 por 1000 nacidos vivos el 2014, apenas un punto mejor que la chilena. Al revés, Cuba con un fuerte sistema público de salud, presenta la más baja mortalidad infantil de América Latina con sólo 4,3 el 2015, frente a la nuestra de 7,3 el 2014.

Todos los indicadores habituales de mortalidad están estancados: infantil, neonatal, infantil tardía, niños de 1 a 4 años, tuberculosis o empeorando: general, materna, y en la mayoría de las enfermedades crónicas como diabetes y cánceres frecuentes: mama, próstata y colon. Una sola excepción es el infarto del miocardio (enfermedades isquémicas del corazón), cuya mejoría se debería, según se aprecia en publicaciones, a consultas más oportunas y a tratamientos médicos más efectivos: angioplastias, telemedicina y trombolíticos más potentes que antes no existían (66-68). No por el AUGE, un simple plan de prestaciones curativas que no consideró evaluación, acorde con el modelo de mercado vigente que se centra en número de acciones y no en el resultado sanitario de esas acciones.

El problema de Chile en salud es una enorme inequidad en determinantes sociales, además de tener un sistema público muy debilitado junto a uno privado con múltiples privilegios. En verdad, llama la atención que no se haya dicho ni publicado que los indicadores de mortalidad del país están estancados ya por una década, en coincidencia con el modelo de mercado que se impuso en los 80 y ha persistido hasta la fecha. Se ha fortalecido, entre otras razones, por un AUGE centrado en pago por prestaciones y un sistema público desintegrado que construye hospitales pero no aumenta sus camas. O no paga adecuadamente a sus especialistas, los que emigran al sector privado o forman sociedades médicas para mejorar sus ingresos en los hospitales públicos. O no mejora la gestión. Algunos piensan que la salud en Chile está bien porque

ha aumentado la expectativa de vida, sin considerar que esto depende de muchos factores entre los cuales no está necesariamente un sistema público de salud con enormes carencias.

Este estudio ratifica una vez más que la salud no es un bien de consumo o una mercancía como creen algunos ideologizados o con intereses creados. Para su adecuada protección se requiere un fuerte e integral sistema público de salud. El derroche en traspasos enormes de dinero desde lo público a lo privado (ahí es lucro) es algo escandaloso y un problema ético grave, ya que son recursos que no se invierten en los más vulnerables (51-52).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El análisis de la evolución positiva impresionante en salud que tuvo nuestro sistema público del sector, desde las décadas del 20 y 30 del siglo pasado, pero especialmente en los 50 y 60, contrasta con las consecuencias posteriores atribuibles a un modelo privatizador heredado de la dictadura militar de los 70 y 80. El modelo que se puede calificar como neoliberal de mercado ha sido curiosamente profundizado en los gobiernos democráticos del presente siglo, lo cual permite explicar la evolución negativa reciente de los indicadores de salud durante ya una década. Esta situación plantea la necesidad urgente de evaluar el modelo vigente en profundidad, no sólo en su funcionamiento sino también en su estructura y especialmente su doctrina, en base a la actualidad concreta y a la experiencia antigua. A las enormes y públicamente reconocidas debilidades que presenta nuestro sistema público de atención salud se agrega algo nuevo con este estudio, el cual muestra por primera vez que el deterioro no es sólo en la atención médica, algo bastante estudiado, sino también en la salud pública propiamente tal medida por indicadores.

Aparece un objetivo que debería ser de toda la sociedad chilena como es devolver a Chile un sistema público de atención de salud del cual podamos sentirnos orgullosos todos los chilenos al igual que nuestros hijos y descendientes. Existe urgencia en su análisis para fundamentar propuestas que permitan otorgar los servicios que la población requiere con una cobertura adecuada, oportunidad, calidad y satisfacción para todos, no sólo para una parte de la población, contribuyendo así a corregir las inequidades existentes y recuperar el antiguo prestigio de lo público junto con mejorar el nivel de salud. Son dos imperativos que se potencian mutuamente y son políticos, técnicos, económicos pero también profundamente éticos. Se deben dejar de lado planes discriminadores de atención médica que además se rotulan como reformas de salud por razones meramente políticas.

La primera conclusión que puede proponerse, en base a este estudio y muchísimos otros, es que el modelo heredado del gobierno militar, es un modelo profundamente equivocado. En esa época, años 80 del siglo XX, se impuso sin debate y en forma completamente ideologizada, la creencia de que lo público era ineficiente y que el ideal era desarrollar un sistema privado fuerte que ojalá pudiera incluir a todos los chilenos. Una completa y absurda utopía a la luz de la evidencia y experiencia internacional en el pasado y en el presente. Quienes impusieron el modelo pretenden con frecuencia descalificar a los que piensan distinto como ideologizados. Es curioso, al parecer son simplemente ideologías opuestas. Una es solidaria y de servicio mientras la otra es individualista y de ganancia económica.

Sin embargo, los gobiernos democráticos y círculos de poder han mantenido e incluso reforzado el modelo de mercado, privilegiando la libertad de elección que no es igual para todos los chilenos. Se trata de un mercado con muy escasa regulación, donde la libertad rige en la práctica, sólo para la fracción de población más acomodada que sistemáticamente elige las clínicas y centros médicos privados. La clase media y la más modesta se afilia a Fonasa o lo hace en una Isapre con planes de menor cobertura. En otras palabras, nuestro modelo menosprecia la

solidaridad y compromiso de servicio hacia los más vulnerables que son la inmensa mayoría de los chilenos. Sin duda, tenemos un modelo neoliberal de mercado que se opone a uno estatista o público solidario. El SNSS ha seguido siendo desmembrado y castigado de muy diversas maneras, al mismo tiempo que el propio sistema y en especial Fonasa, han contribuido al desarrollo de las Isapres y clínicas privadas a lo largo del país en detrimento de lo público.

Nuestra clase política fue seducida en la década del 2000 para establecer un plan de salud o canasta de prestaciones que agregó otra serie de segregaciones en la atención médica. Ni siquiera incorporó evaluación de impacto en la salud propiamente tal y todo el sistema público se desgasta en medir número de prestaciones sin considerar los determinantes sociales. Es la ley AUGE con muchísimos más detractores que defensores, estos últimos sin conocimiento verdadero de la realidad cotidiana.

Por supuesto, la mayoría de los medios de comunicación que son de derecha critican al sistema público de salud por presentar listas de espera, retardos indignantes en la atención y carencias de todo tipo. Esta realidad es el resultado de ideas y acciones originadas justamente en esos sectores ideologizados que creen en un supuesto ineficiente modelo estatista, el cual es satanizado con frecuencia en esos medios que además controlan, reforzando las creencias de esos grupos. Pero también algunos personeros de centro izquierda han aportado lo suyo.

Lo cuestionado por grupos interesados de distintos órdenes no tiene fundamento a la luz de los hechos que demuestran la eficiencia y efectividad de lo público para mejorar los indicadores de salud en todos los países desarrollados. Entre éstos la excepción es Estados Unidos que justamente tiene el mismo modelo neoliberal de mercado que Chile, gastando siete veces más en salud que nosotros y obteniendo muy pobres resultados sanitarios, no así en ganancias económicas que son parte muy importante del gasto del cual se benefician empresas, compañías farmacéuticas y los propios médicos. Este contraste entre gasto e impacto en salud no es reconocido, quizás ni siquiera conocido, por los seguidores del modelo neoliberal, permeando a veces incluso a algunos sectores progresistas.

En realidad, son los sistemas públicos de salud a lo largo y ancho del mundo, incluyendo a Chile, los únicos que influyen favorablemente en la salud de la población ya que no gastan en lucro y son más eficientes al desarrollar programas preventivos de enfermedades y de promoción de salud, algo extraño o ajeno a los sistemas privados.

El que tengamos una salud poblacional con sus indicadores de salud estancados desde hace una década o algo más, como demuestra este estudio, a pesar de los aumentos presupuestarios y de médicos, refuerza nuestra afirmación. De partida, ni siquiera se conoce este estancamiento y deterioro, en consecuencia no se reconoce ni asume. Se piensa que el aumento de la expectativa de vida justifica el modelo vigente neoliberal de mercado. Los detractores de lo público ni siquiera consideran que una parte no despreciable del presupuesto fiscal para salud es transferido en forma creciente a Isapres y clínicas privadas. Esto debería hacer reflexionar sobre si nos conviene como país mantener el modelo actual de salud, preservado incluso por gobiernos de centro izquierda. Pero el problema en el sistema público de salud no es sólo presupuestario, o sólo de gestión sino mucho más profundo ya que se evidencia una falta creciente de compromiso personal y social, el cual se ha ido haciendo ajeno a muchos médicos y además a políticos, incluyendo las autoridades de los tres poderes del Estado, usuarios del sistema privado de salud.

En consecuencia y frente a la realidad descrita, proponemos que en primer lugar, se desarrolle en todas las instancias que corresponda un amplio debate a nivel nacional y regional sobre cuál debe ser el sistema público de salud en Chile. Este debate podría ser desarrollado en conjunto por un Colegio Médico con visión de futuro, otros Colegios profesionales, Facultades de Medicina y Ministerio de Salud, además de participación de organismos sociales.

Nuestro pensamiento se dirige a la idea de Reconstituir un Servicio Nacional de Salud moderno, descentralizado, con buena gestión y tecnologías actuales, concentrado en la salud de la población, eficaz y eficiente. Con un Director elegido por el Ejecutivo pero ratificado por el Senado, además de un Consejo Técnico Asesor similar al antiguo, lo más despolitizado posible. Un Servicio Nacional que refuerce la prevención de enfermedades y promoción de conductas y estilos de vida que signifiquen mejor salud con menor carga de enfermedad para todos los chilenos. En relación al componente atención de salud, el gran objetivo debería ser el aumento rápido y significativo de su cobertura para comenzar a pensar que ésta pueda ser universal (70).

Se debe evitar a toda costa el traspaso fiscal a clínicas privadas para invertir ese dinero en los hospitales públicos, no sólo renovación o nuevos establecimientos sino un necesario aumento del número de camas, en especial críticas y de Pabellones quirúrgicos e incluso Pensionados para promover la retención de los médicos. Esto facilitaría incrementar fuerte y rápidamente la capacidad de oferta del sector público aumentando su escasa cobertura, una de sus grandes falencias. Pero, ¿cuáles serían las prioridades?

Primero. Es urgente y crítico iniciar el cambio de modelo. Se propone como paso inicial por factibilidad administrativa-legal y facilidad de alcanzar un consenso, la Integración entre Atención Primaria y Hospitalaria. Se podría hacer en forma progresiva, comenzando por las comunas más pobres y con peores indicadores de salud. La situación establecida desde 1980, sin debate alguno, es absurda. Desde un punto de vista racional, la salud debe ser integral desde la concepción hasta la muerte y desde lo más simple a lo más complejo. Esto no ha sido entendido a veces ni siquiera por las máximas autoridades del sector salud. Un ministro en su época dijo públicamente que reintegrar los Consultorios al resto del sistema requería de una ley para hacerlo. La atención primaria de la región de Aysén, perfectamente integrada desde los 90 al Servicio de Salud demostró que eso no era ni es efectivo.

Segundo. El AUGE, actual GES, es una piedra en el zapato. Su desarrollo respondió a una motivación política de la Concertación por la Democracia, gobierno de Lagos. En dos períodos, Aylwin 1990-1994 y Frei 1994-2000, no se había hecho ninguna reforma en salud y esta propuesta apareció en el tercer gobierno democrático no sólo como reforma sino como una gran reforma. Fue respaldada con gran entusiasmo por los políticos de derecha que vieron muy claro lo positivo que iba a ser para el sector privado de la salud. Ha sido algo que algunos, muy pocos, siguen sosteniendo como un gran avance. Están convencidos que los consultantes valoran esta política como tal cuando lo que valoran es conseguir ser atendidos en un sistema incapaz de enfrentar una demanda insatisfecha por carencias de todo tipo: financieras, físicas, personal en especial médicos, equipos, insumos; problemas de gestión: alta dirección pública secreta y politizada, objetivos de proceso y no de resultados, etc., junto con pérdida de la mística por diversas razones, todas corregibles. El AUGE fue aprobado a pesar de la oposición de muchos sectores, comenzando por el Colegio Médico, consciente de las consecuencias para un sector público incapaz de responder a derechos y garantías, además de que establecía una enorme discriminación. Ha sido una gran herramienta para traspasar fondos fiscales a las clínicas privadas en todo Chile y una estrategia que está bastante desacreditada en numerosísimas publicaciones.

Tercero. Otra ley a modificar es la Alta Dirección Pública que debería transformarse en una gran herramienta para elegir los mejores directivos en salud. Para ello tiene que basarse en procesos transparentes y abiertos. Las direcciones en lo público no son empresas privadas, discrecionales. Los concursantes deberían saber quiénes se presentan y cuál es el puntaje de cada uno de los oponentes en cada ítem. También quienes forman parte de la terna, cuaterna o quina y qué lugar ocupaba quien finalmente es designado (a). Todo el proceso debe ser lo más despolitizado posible e incluir una evaluación posterior de desempeño. Actualmente existe una instancia de apelación que es sólo teórica.

Cuarto. Quizás el primer problema a corregir y con urgencia en el sistema público de salud actual es las Listas de Espera. Se debería enfrentar en forma decidida a través del aumento estructural de la oferta reemplazando el actual sistema coyuntural y burocrático de control de demanda (listado de nombres, llamados telefónicos y carta certificada, con borrado en el listado si no hay respuesta). El mejoramiento de la oferta se puede hacer con financiamientos específicos para proyectos presentados por los servicios clínicos y de apoyo de los hospitales públicos, a través de concursos transparentes. Con burocracia mínima y evaluación de resultados, buscando el fortalecimiento de lo público y el re-encantamiento de sus funcionarios.

Hay una serie de temas puntuales a debatir y para los cuales proponer cambios. Fonasa es uno de ellos. Debería dejar de tener un rol rector en políticas de atención de salud y concentrarse en el apoyo al Ministerio con su capacidad y experiencia financiera para que el ente ministerial pueda dar más y mejor salud para toda la población, no sólo a través de las Secretarías Regionales, Servicios de Salud, y hospitales sino también directamente en programas específicos. Debería cuidar, mientras no cambie la legalidad actual, que los establecimientos del SNSS ejecuten sus acciones con prestaciones valoradas en forma justa para evitar la deuda hospitalaria. Además, todo lo que corresponda a prevención y fomento con programas de salud potentes que enfrenten el envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos. Además, apoyar programas para controlar el sobrepeso y obesidad infantil con acciones tan exitosas como las que se hicieron en el pasado con la desnutrición en el mismo grupo etario. Salud debe ser regido por su componente salud con el apoyo del económico y no a la inversa.

La Despolitización debería ser uno de los grandes objetivos del sector Salud. La excesiva politización ha contaminado nuestro sector Salud al influir para que se estableciera el AUGE. En este sentido, debería plantearse su inconstitucionalidad, al menos en su aplicación. La politización partidista en la designación de autoridades responsables de la gestión de los servicios de salud y hospitales públicos ha sido una constante en los gobiernos democráticos con más fuerza incluso que durante la dictadura. Probablemente ha influido en políticas ministeriales para fragmentar a los médicos con leyes y decretos leyes en una pretensión de debilitar el gremio y transformar a los médicos en simples administradores de procedimientos. Esto podría responder a influencia de economistas para ganar predominio en el campo de la salud, muy interesante para ellos como nicho profesional y de negocios. El número de funcionarios administrativos continúa creciendo en forma desmesurada en el sistema público mientras la población no tiene los necesarios médicos y otros profesionales que con el debido compromiso le resuelvan sus problemas de salud.

El tema de las Concesiones hospitalarias debe ser revisado sin prejuicios en ningún sentido. Al respecto proponemos reconstituir la Sociedad Constructora de Hospitales que funcionó sin problemas y con gran éxito por muchas décadas. Creemos que se debería buscar el desarrollo de algunos prototipos de hospitales para acelerar y abaratar su construcción, permitiendo así no sólo tener nuevos y modernos establecimientos hospitalarios sino también aumentar el número de camas. Actualmente, algunos hospitales nuevos se inauguran en reemplazo del antiguo, el cual se entrega a una institución ajena a salud, sin incrementar el número de camas. Por ej. Rancagua. Se podría explorar la búsqueda de fondos adicionales para invertir en Unidades para pacientes críticos y en Pabellones quirúrgicos.

En relación a Deuda hospitalaria se propone que la autoridad central establezca presupuestos que correspondan a la complejidad, producción y resultados de cada Servicio de Salud y hospitales, dejando de lado los antecedentes meramente históricos, además de financiar las prestaciones que se otorguen en su verdadero valor o uno estándar, según tipo de establecimiento. Desarrollar y fortalecer presupuestos por programas, con metas.

Debería promoverse fuertemente la Investigación en salud, aplicada a los problemas epidemiológicos más relevantes. El Departamento de Estadísticas del Minsal debería fortalecer su prestigio entregando datos lo más cercanos posibles a los hechos, de manera de fundamentar sólidamente los programas correspondientes. Publicaciones como “El Vigía” deberían reiniciarse y quizás crearse otras nuevas que sirvan no como publicidad de las autoridades sino para promover la salud de la población.

También debería ser un gran objetivo del Ministerio de Salud, su Coordinación con las Universidades, en especial las Facultades de Salud y sus Departamentos de Salud Pública. Sus cursos de especialización podrían ser subsidiados para hacerlos accesibles a más personas.

Se pueden hacer múltiples propuestas para tener un sistema público de salud a la altura de lo que merece nuestro país. Algo fácil sería perfeccionar y corregir Protocolos y Guías clínicas para mayor efectividad de Programas de control en algunas patologías. Lo importante es que esta propuesta y muchas otras deberían ser parte del gran Debate Nacional sobre el Sistema Público de Salud que el Chile actual y futuro requiere. Algo destacado, Financiamiento del sistema público, y el 7% solidario establecido por la Comisión Presidencial mas un eventual traspaso de fondos no utilizados de la Ley Reservada del Cobre para respaldar un aumento rápido de la cobertura.

REFERENCIAS

1. Centro de Estudios Públicos, Encuesta de agosto 2015, 84 pág.
2. Goic A. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile*. 2015; 143(6): 774-786
3. Medina E. Salud pública en Chile. Artículo editorial. *Rev Med Chile*; 1977; 105:649-653
4. El Mercurio 2010 . Listado de Ministros de Estado afiliados a Isapres.
5. Inostroza M, Sánchez H, Lenz R, Nancuante U. Nuestro sistema de salud y la nueva Constitución. *El Mercurio*, sección A2, 12-4-2016
6. Olivares R, Said C. Salud priorizará revisión de enfermedades AUGE antes de incluir nuevas enfermedades. *El Mercurio*, sección C6, 23-3-2014
7. Serra I. Pasado, presente y futuro de la salud en Chile. *Boletín Consejo Regional Santiago*, N° 4, 2014, pág. 10-11
8. González R. Chile, un buen lugar donde nacer: Morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25(6): 874-878
9. Behm H. Mortalidad infantil y nivel de vida. Edit. Ministerio de Salud, 2ª ed, 2002, 137 pág.
10. Kaempfer AM, Medina E. Mortalidad infantil reciente en Chile. *Exitos y desafíos. Rev Chil Pediat*. 2006; 77: 492-500
11. Morales A. Mortalidad infantil como indicador de desigualdad del sistema de salud chileno. *Rev Estudios Políticas Públicas* N° 2, noviembre 2015
12. Goyenechea M, Sinclair D. Cómo se ha desmantelado la salud pública. *CIPER*, 27-5-2013
13. Aranda C, Ruiz R, Román A. Financiamiento del sector salud chileno. Un modelo deficitario. *Cuad Med Soc*. 2015; 55(3-4): 133-140
14. Pessoa S, Serra I. Evaluación del Programa Reducción Listas de Espera. XII Jornadas Chilenas de Salud Pública, 1992, pág. 47-48
15. Serra I, Falaha F, Soto ML, Rodríguez L. Programa Reducción Listas de Espera: una estrategia innovadora. XII Jornadas Chilenas de Salud Pública, Escuela Salud Pública, 1992, pág. 32 y 33
16. Montoya C, Soto ML, Rodríguez L. Programa Reducción Listas de Espera. Evaluación Cirujía Infantil. Documentos Técnicos 1992, Ministerio de Salud, 29 pág.
17. Jarpa C, Sánchez JM. Programa de Oportunidad de la Atención 1996-2001. En "El hospital público en Chile", Edit. Atenas, 2002, vol I, pág. 177-187
18. E Jarpa C. Evaluación Programa de prestaciones complejas 1994-2001. En "El hospital público en Chile", Edit. Atenas, 2002, vol I, pág. 153-176
19. OCDE. Panorama de Salud 2013. Informe sobre Chile y comparación con países miembros, 36 pp (pág. 18).
20. Muñoz F. Los hospitales públicos en el marco de la reforma. Hacia la autogestión hospitalaria. Ministerio de Salud, 1998, pág. 3
21. Silva P. El sistema de salud chileno en la actualidad. En: Fonasa, una reforma en marcha. Ministerio de Salud, 1999, pág. 32
22. Ilabaca J. El hospital en su relación con la atención primaria. En "El hospital público en Chile", Edit Atenas, 2002, vol I, pág. 73-83

23. Lenz R, Salinas H, Galleguillos S. Una mirada a fondo a la modernización de FONASA, 1994-1999. Ministerio de Salud, agosto 1999
24. Valdivieso V. La reforma de salud en Chile y el rol de las Facultades de Medicina: un intento de síntesis. *Rev Med Chile*. 2000; 128(10): 1161-1166
25. Azevedo AC. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Rev Saúde Publica*. 1998; 32(2): 192-199
26. Mardones-Restat F, De Azevedo AC. The essential health reform in Chile: a reflection on the 1952 process. *Salud Publ Mex*. 2006; 48(6): 504-511
27. Annick M. The Chilean Health System. 20 years of reforms. *Salud Publica Mex*. 2002; 44:60-68
28. Labra ME. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(4): 1041-1052
29. Miranda E. Descentralización y privatización del sistema de salud chileno. *Estudios Públicos*. 1990; 39: 5-66
30. Burrows J. Segundo Seminario de Bioética Clínica. Academia Chilena de Medicina. Agosto 2012, 16 pág.
31. adue L, Delgado I. Los objetivos sanitarios para la equidad en Salud. *Expansiva*, 2007, 18 pág. Serie En foco
32. Morales A, Landerretche O, Martínez A. Mortalidad infantil en Chile: un indicador de desigualdad del sistema de salud. *TIPS N° 20*, octubre 2015: 4-12
33. Paraje G, Vásquez F. Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. *Int J Equity Health*. 2012; 11(81):
34. Serra I. Hacia la recuperación de la salud pública en Chile. Artículo Editorial. *Rev Chil Cir*. 2014; 66(8): 306-308
35. Voznediana A, Cea AM, Zamorano J. Disminución de listas de espera en Oftalmología. XVI Jornadas Chilenas de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 1996, pág. 122
36. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013, 33(2): 98-106
37. Unger J-P, De Paepe P, Solimano G, Arteaga O. Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *Plos Medicine*. 2008; 5(4): 542-547
38. Albert C. Urgencias de hospitales en la UTI: Dramática falta de especialistas, equipos y camas. *CIPER*, 18-11-2015
39. González R, Requejo JH, Nien JK et al. Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant and Child Mortality between 1990-2004. *Am J Public Health*. 2009; 99(7): 1220-1226
40. Zúñiga A. El interés público del derecho a la vida. *Cuad Analisis Jurídico N° 14*, Universidad Diego Portales, noviembre 2002, 34 pág.
41. Zúñiga A. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la Constitución: una relación necesaria. *Estudios Constitucionales*. 2011; 9(1): 37-64
42. Zúñiga A. Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta Bioethica* 2007; 13(2). En <http://dx.doi.org/10.467>

43. Zúñiga A. Justicia y racionamiento sanitario en el plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos. *Acta Bioethica*. 2011; 17(1): 73-84
44. Zúñiga A. Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: la protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE. *Rev Derecho*. 2010; 23(2): 113-130
45. Frenz P. Cubriendo necesidades de servicios de salud con justicia: orientaciones para la deliberación ética en Chile. *Rev Redbioetica/ UNESCO*. 2011; 2(4): 34-42
46. Schrecker T. Interrogating scarcity: how to think about "resource-scarce settings. "Health Policy Planning. 2012;1-10/ doi:10.1093/heapol/czs071
47. Burrows J. Ética de los sistemas de salud. Centro de Bioética, Facultad de Medicina CAS-UDD, agosto 2012, 16 pág.
48. Colegio Médico de Chile. Consejo General. Acuerdo N° 207, 19 noviembre 1998, 58 pág.
49. Román O, Echavarría LA, Hernández MA. Realidad de médicos y especialistas en el sistema público no municipalizado. *Cuad Med Soc*. 2013;53(4): 210-219
50. Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev Med Chile*. 2011; 139: 599-607
51. Valenzuela CY. Reflexión ético-médica sobre el AUGE. *Cuad Med Soc*. 2005; 45(1): 6-10
52. Vacarezza R. Reflexiones éticas para una reforma de salud. IV Seminario Anual de la Asociación de Clínicas, 2002, pág. 53-55
53. Román O, Muñoz F. Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Rev Med Chile*. 2008; 136(12): 1599-1603
54. Núñez O. AUGE y caída de una política en salud. *Cuad Med Soc*. 2015; 55(3-4): 103-110
55. Koffmann B. Tenemos un potencial de crecimiento a mediano plazo. *Visión Clínica*. 2001; 1(2): 12
56. Cottera A. Redes mixtas para la solución de problemas agobiantes en salud. IV Semana Anual de la Asociación de Clínicas. 2002, 15-18
57. Mundt F. Comentario sobre eventuales modificaciones del plan AUGE. *Rev Med Chile*. 2003; 131(5): 1345
58. González F. Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC. *Rev Med Chile*. 2003; 131(5): 545-551
59. Ferrer M. Plan AUGE y Reforma a la Salud: ¿Vía a la equidad en salud? Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile. *Agenda Pública*. 2004; 3(4):
60. González F. La implementación del Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas (Plan AUGE) ha deteriorado la calidad del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal terminal. *Rev Med Chile*. 2006; 134(10): 1288-1294
61. González F. El tratamiento del plan AUGE (GES) de la anemia en diálisis crónica no ha sido eficaz y, probablemente, no se han aprovechado los recursos económicos destinados para ello. *Rev Med Chile*. 2013; 141: 568-573
62. Danilla S, Norambuena H, Searle S, Fuentes P et al. Análisis crítico de la guía clínica GES gran quemado versión 2007. *Rev Chil Cir*. 2011; 63(3): 262-269
63. Aguirre S, Alvo A, Angulo A. Incorporación del cáncer gástrico al GES: efecto sobre el acceso

- y oportunidad de tratamiento quirúrgico en el hospital del SSM Sur. *Rev Chil Salud Publica*. 2007;11(3): 127-135
64. Inostroza M. Malas noticias para el plan AUGE. Artículo editorial. *Rev Chil Cir*. 2013; 65(4): 297-298
 65. Corbalán R, Nazzal C, Prieto JC, Chávez E, Lanás F, Lamich R et al. Reducción de la mortalidad por infarto del miocardio en hospitales chilenos. *Rev Med Chile*. 2002; 130(4): 368-378
 66. Nazzal C, Campos P, Corbalán R. et al. Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con supra desnivel ST, en hospitales chilenos. *Rev Med Chile*. 2008; 136: 1231-1239
 67. Martínez A, Nazzal C, Fajuri A, Barra LE, Mayerson A, Cavada G et al. Mortalidad post infarto del miocardio en Chile: Comparación de los registros de angioplastia versus trombolisis. *Rev Chil Cardiol*. 2010; 29: 29-36
 68. Nazzal C, Lanás F, Garmendia ML, Bugueño C, Mercadal E et al. Prevención secundaria post infarto agudo de miocardio en hospitales públicos: implementación y resultados de las garantías GES. *Rev Med Chile*. 2013, 141: 977-986
 69. MacDorman MF, Mathews TJ. Recent trends in infant mortality in the United States. *NCHS Data Brief* N° 9, October 2008
 70. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Ferrari MN-D, Delgado I, Ibáñez C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLoS Med* 11(9): e1001676. doi:10.1371/journal.pmed.1001676