

Profesor Emérito, Universidad de Chile.
 Editor Emérito, Revista Médica de Chile.
 Miembro de Número y ex Presidente, Academia Chilena de Medicina.

Artículo por invitación de los Editores.

Conflictos de intereses: ninguno que declarar.

Correspondencia a:
 Dr. Alejandro Goic G.
 Academia Chilena de Medicina
 Almirante Montt 453, Santiago de Chile.
 Teléfono: 22 685 44 17.
 alejandrogocster@gmail.com

El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente

ALEJANDRO GOIC G.

The Chilean Health Care System: The task ahead

The most important event in Chilean public health in the XXth Century was the creation of the National Health Service (NHS), in 1952. Systematic public policies for the promotion of health, disease prevention, medical care, and rehabilitation were implemented, while a number of more specific programs were introduced, such as those on infant malnutrition, complementary infant feeding, medical control of pregnant women and healthy infants, infant and adult vaccination, and essential sanitation services. In 1981, a parallel private health care system was introduced in the form of medical care financial institutions, which today cover 15% of the population, as contrasted with the public system, which covers about 80%. From 1952 to 2014, public health care policies made possible a remarkable improvement in Chile's health indexes: downward trends in infant mortality rate (from 117.8 to 7.2 x 1,000 live births), maternal mortality (from 276 to 18.5 x 100,000), undernourished children < 5 years old (from 63% to 0.5%); and upward trends in life expectancy at birth (from 50 to 79,8 years), professional hospital care of births (from 35% to 99.8%), access to drinking water (from 52% to 99%), and access to sanitary sewer (from 21% to 98.9%). This went hand in hand with an improvement in economic and social indexes: per capita income at purchasing power parity increased from US\$ 3,827 to US\$ 20,894 and poverty decreased from 60% to 14.4% of the population. Related indexes such as illiteracy, average schooling, and years of primary school education, were significantly improved as well. Nevertheless, compared with OECD countries, Chile has a relatively low public investment in health (45.7% of total national investment), a deficit in the number of physicians (1.7 x 1,000 inhabitants) and nurses (4.8 x 1,000), in the number of hospital beds (2.1 x 1,000), and in the availability of generic drugs in the market (30%). Chile and the USA are the two OECD countries with the lowest public investment in health. A generalized dissatisfaction with the current Chilean health care model and the need of the vast majority of the population for timely access to acceptable quality medical care are powerful arguments which point to the need for a universal public health care system. The significant increase in public expenditure on health care which such a system would demand requires a sustainable growth of the Chilean economy.

(Rev Med Chile 2015; 143: 774-786)

Key words: Chile; Economic Development; Infant Mortality; Infant Nutrition Disorders; Life expectancy; Maternal Mortality; National Health Service; Public Health.

Es un tópico decir que la Salud Pública es un asunto muy complejo y que su análisis encierra múltiples aristas. La Salud Pública, comúnmente entendida como la salud colectiva que pone énfasis en los factores sociales

condicionantes de la salud y enfermedad, ha ido evolucionando. Se han redelineado los conceptos de salud, bienestar y enfermedad y el de población como sujeto de la intervención sanitaria; además, se han incluido aristas políticas, entendidas como

las relaciones de poder dentro de la sociedad¹. En la abundante literatura pertinente, con innumerables y detallados indicadores de diversa naturaleza para caracterizar la situación sanitaria, muchas veces es difícil identificar aquellos que son más relevantes para comprender la situación de salud global de un país o un grupo de países. Sabemos que los indicadores sanitarios globales son promedios y en su interior se esconden realidades muy diversas en las distintas regiones, ciudades y comunas de un determinado país; pero, con todo, expresan razonablemente la bondad y debilidades de su condición sanitaria.

Me propongo abordar la *Situación de salud de Chile* en el contexto de América Latina, en función de algunos indicadores de salud y económicos básicos que, aunque globales, nos proporcionan un retrato comprensible de su respectiva realidad sanitaria. Adicionalmente, me referiré al sistema de salud vigente en nuestro país, sus deficiencias e inequidades y esbozaré estrategias de mediano plazo para intentar superarlas.

Convencionalmente, distinguiré la Salud Pública de la atención médica de las personas (medicina clínica), dos vertientes de la salud que en nuestro país muestran una notoria diferencia cualitativa.

Los datos que presentaré se han basado principalmente en fuentes de información secundaria, que incluyen estadísticas hasta el último año disponible. He privilegiado la información proveniente de organismos internacionales y gubernamentales que constituyen registros oficiales, aunque en algunos países surgen dudas sobre la confiabilidad de los datos que entregan los gobiernos en razón de la repercusión política que éstos pueden tener. Por eso acudimos adicionalmente a información de otras fuentes, de agencias privadas o de académicos independientes. Probablemente las inconsistencias que se aprecian en algunas cifras puedan deberse a diferentes métodos para evaluar determinadas condiciones sociales como, por ejemplo, la condición de pobreza.

Indicadores básicos de salud en Latinoamérica

En el año 2010 tuvo lugar en Santiago de Chile la XIX Reunión del Consejo Directivo de la *Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, de España y Portugal* (ALANAM), cuyo tema central fue: “*Políticas de Salud para Latinoamérica*”².

En este encuentro se caracterizó la situación socioeconómica de la población latinoamericana, cercana a los 600 millones de habitantes (Brasil y México suman más de la mitad de esa cifra) (Tabla 1), subrayando los altos *índices de pobreza* y las limitaciones *educacionales* en la Región, especialmente en el nivel pre escolar; se estimó que 15 millones de niños entre 3 y 6 años de edad no estaban en el sistema escolar: 40% de ese grupo etario³. Al poner énfasis en la *pobreza* y

Tabla 1. Población de Latinoamérica (2015)

País o dependencia	Población
Brasil	203.415.000
México	118.419.000
Colombia	48.354.000
Argentina	41.350.000
Perú	30.476.000
Venezuela	32.760.000
Chile	17.711.000
Ecuador	15.779.000
Guatemala	15.440.000
Cuba	11.163.000
Haití	10.671.000
Bolivia	10.517.000
R. Dominicana	9.745.000
Honduras	8.578.000
Paraguay	6.849.000
El Salvador	6.635.000
Nicaragua	6.216.000
Costa Rica	4.667.000
Puerto Rico	3.641.000
Panamá	3.605.000
Uruguay	3.297.000
Guadalupe	409.000
Martinica	398.000
Guayana francesa	259.000
San Martín	39.000
San Bartolomé	10.000
San Pedro y Miquelón	6.000
Total	597.526.000

la educación, la reunión de ALANAM apuntó al corazón de *factores determinantes de la salud* en América Latina.

Según la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), la *pobreza* en la región es de 28,1%, afectando a 165 millones de habitantes, de los cuales 69 millones sufren *pobreza extrema o indigencia* (11,7%): únicamente Uruguay muestra un porcentaje de pobreza de un dígito (9,7%), como el que ostentan los países más desarrollados (Tabla 2). En contraste, hay tres países latinoamericanos (Guatemala, Nicaragua, Honduras) con cifras de pobreza que superan 50% de su población y, de indigencia, que afecta a alrededor de un tercio de ella.

Por otra parte, el *Gasto en Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)* de los países latinoamericanos⁴ -que nos indica la importancia relativa que otorgan a salud en sus respectivos presupuestos nacionales- es muy bajo comparativamente al de países desarrollados de América y Europa^{4,5}: sólo Cuba (11,8%) y Costa Rica (10,1%) tienen un *gasto total* en salud que se aproxima al promedio de los países desarrollados y, Brasil, una cifra cercana (9,3%). Por su parte, el *porcentaje del gasto público en salud* es variable entre los países latinoamericanos: Cuba encabeza la lista con 96,2%; en otros cuatro países este porcentaje supera 60% (Costa Rica, Brasil, Uruguay y Argentina), en tanto que, en otros tres, es inferior a 50% (Tabla 3).

Si miramos algunos de los *indicadores sanitarios más básicos*⁶⁻¹², la situación en la mayoría de los países latinoamericanos es claramente desmedrada (Tabla 4): sólo cuatro de los países seleccionados tienen una *mortalidad infantil* de un dígito (Chile, Puerto Rico, Costa Rica y Uruguay) y, en ocho, supera la tasa de 20 x 1.000 nacidos vivos (NV). Además, en sólo 3 países la tasa de *mortalidad materna* es inferior a 30 x 100.000 NV y, en ocho, es de 100 x 100.000 NV o superior. La *mortalidad general* es variable, tasa significativamente afectada por su distribución por grupos de edades.

Una visión de la situación de salud en Chile

Analizar la *situación sanitaria chilena* en una perspectiva histórica, tiene un carácter pedagógico respecto a las políticas públicas de salud.

Tabla 2. Personas en situación de pobreza e indigencia en países seleccionados de Latinoamérica (2013)

País	Pobreza %	Indigencia %
Uruguay ^a	9,7	2,6 [2014]
Chile^b	14,4	7,8
Costa Rica	17,7	7,2
Brasil	18,0	5,9
Panamá	23,2	12,2
Perú ^d	23,9	4,7
Argentina ^c	25,6	5,5
Colombia ^e	30,7	9,1
Venezuela ^f	32,1	9,8
Ecuador	33,6	12,0
Bolivia	36,3	18,7 [2012]
México	37,1	14,2 [2012]
Paraguay	40,7	19,2
República Dominicana	40,7	20,2
El Salvador	40,9	12,5
Guatemala	54,8	29,1 [2012]
Nicaragua	58,3	29,5 [2012]
Honduras	69,2	45,6 [2012]

Fuente: Panorama Social de Latinoamérica. CEPAL. 2014. Ref. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. ^aUruguay. Datos del Banco Mundial 2014. <http://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview>. ^bEn Chile, hubo un cambio metodológico para medir la pobreza: la medición según ingresos (1990-2013) mostró una pobreza de 7,2% e indigencia de 2,5%; la medición multidimensional (2006-2013) una pobreza de 14,4% y de indigencia de 7,8%. Por su parte, el Informe de la CEPAL del 2014 sitúa la pobreza en 7,8% y la indigencia en 2,5%. ^cLos índices de pobreza en Argentina son controvertidos, existiendo una gran diferencia entre los datos oficiales (faltantes en los últimos años) y los de organismos independientes. El Centro de Estudios Económicos y Sociales Scalabrini Ortiz (Argentina) en su Informe Económico Especial enero-abril de 2014, señala cifras de pobreza de 25,1%. <http://www.elciudadanoweb.com/>; Cifras de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) Indec. Argentina. 2015; y UCA Observatorio de la Deuda Social Argentina, Informe 2014, la estima en 27,5%. Por otra parte, CEPAL cifra la pobreza en 13,2% y la indigencia en 4,0%. ^dCifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. ^eCifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia. ^fCifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) de la República Bolivariana de Venezuela.

Tabla 3. Gasto Público como % del Gasto total en Salud en países seleccionados de Latinoamérica (2014)

País	Gasto total (% PIB)	Gasto público (% Gasto total)
Cuba*	11,8	96,2
Costa Rica	10,1	74,6
Brasil	9,3	70,8
Uruguay	8,9	66,6
Argentina	8,5	60,6
Chile	7,2	47,4
Colombia	6,8	47,0
México	6,1	51,8
Perú	5,1	58,9
Venezuela	4,6	38,6

Fuentes: Banco Mundial. Gasto total en Salud (% PIB) y Gasto en Salud, sector público % del Gasto total en Salud. 2010-2014. <http://datos.bancomundial.org/indicador/>; Cid y Matus, 2013, con datos del FMI, Banco Mundial y OMS, IV Encuentro de Unidades de Economía de la Salud. Santiago de Chile. Noviembre de 2013. *Sistema de salud de Cuba. Salud Pública México 2011; vol. 53 (2): 168-76.

En el siglo XIX y primera mitad del siglo XX, hubo en Chile importantes logros sanitarios, educacionales e institucionales¹³⁻¹⁵. Esta etapa, conocida como “de maduración de la medicina social”, preparó el camino para que, en las décadas posteriores, se logaran avances más sistemáticos e integrales. En la segunda mitad del siglo XX, el acontecimiento de mayor relevancia en Salud Pública fue la creación en 1952 del *Servicio Nacional de Salud* (SNS) durante el Gobierno del Presidente don Gabriel González Videla, siendo Ministro de Salud el Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile Dr. Jorge Mardones Restat¹⁶. Hay que hacer notar que el SNS fue creado sólo cuatro años después que, en 1948, Gran Bretaña estableciera el *National Health Service*¹⁷.

Distinguidos profesores de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, establecida en 1944, fueron los inspiradores intelectuales de la creación del SNS¹⁸.

El SNS tenía el carácter de una institución estatal de administración autónoma, encabezada por un Director General designado por el Presidente de la República con acuerdo del Senado

Tabla 4. Indicadores de Mortalidad infantil, materna y general en países de América Latina (2013)

País	Infantil (< 1 año x 1.000 NV)	Mortalidad Materna (x 100.000 NV)	General (x 100.000 hab.)
Chile	7,2	18,5^a	5,93
Puerto Rico	7,7	20 ^a	8,51
Costa Rica	9,0	38	4,38
Uruguay	8,9	29 ^a	9,48
Argentina	11,0	69	7,36
Panamá	11,0	85	4,69
Colombia	16,0	83	5,29
México	17,0	49	4,90
Ecuador	17,9	110	5,04
Honduras	18,7	100	5,13
Venezuela	20,0	110	5,20
El Salvador	20,0	69	5,63
Perú	20,2	67	5,99
Brasil	21,0	69	6,38
Nicaragua	22,0	100	5,04
Paraguay	22,0	110	4,59
Guatemala	25,0	140	4,92
Bolivia	41,0	200	6,76
Haití	49,4	350	7,91

Fuentes: Index Mundi. <http://www.indexmundi.com>; Estadísticas sanitarias mundiales 2013. OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/> Donoso, E. Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna, Chile 2011 (Editorial). Rev Chil Obstet Ginecol vol. 79 n° 1 Santiago 2014. ^aMortalidad Materna: Chile 18,5 x 100.000 NV, Puerto Rico 14,2, Uruguay 10,3 según OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2013. Disponible. http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_.

de la República, lo que garantizaba la idoneidad del líder en salud del país. Se vinculaba con el poder ejecutivo a través del *Ministerio de Salud* y contaba con la asesoría de un *Consejo Nacional de Salud* que presidía el Ministro y en el que había una amplia participación social, educacional, gremial y política: representantes del Presidente de la República, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del Colegio Médico,

del Parlamento y de organizaciones patronales y obreras. Este importante cuerpo colegiado fue eliminado al reestructurarse el SNS en 1979 por el gobierno militar, lo que afectó seriamente su autonomía institucional, cohesión, estructura y organización originales.

- Las acciones y programas de salud fueron iniciados y realizados sistemáticamente por el SNS a través de una *estructura nacional*: Zonas de Salud Regionales, con su respectivo Director médico, y una compleja red interrelacionada de hospitales de mayor y mediana complejidad, consultorios periféricos y postas rurales.
- A través de estas estructuras se pusieron en marcha *acciones integrales de salud* en forma planificada y coordinada, y se implementaron numerosos e importantes *programas sanitarios específicos* de promoción de la salud y prevención de enfermedades¹⁹⁻²¹, como las destinadas a combatir la *desnutrición infantil*, el *control del niño sano*, el *control de la embarazada*, la *atención profesional del parto*, los programas de *distribución de leche a los niños* y de *alimentación complementaria*, los de *vacunación infantil y de adultos*, de *rehabilitación*, de *saneamiento ambiental*, etc.
- Se fortaleció una fructífera *relación con las Facultades de Medicina (Relación Docente-Asistencial)*²²⁻²⁴ consolidada con la Reforma de los Estudios Médicos de 1943 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile²⁵, que permitió aumentar el número de médicos graduados cada año al utilizar los grandes hospitales del SNS como *campus* para la enseñanza clínica; y, en 1954, poner en marcha los programas de *Médicos Generales de Zona (MGZ)* y de *Formación de Especialistas* en las disciplinas clínicas básicas, al modo de las Residencias norteamericanas, becados por el SNS²³, que hizo posible distribuir médicos a los pueblos pequeños y especialistas clínicos a los Hospitales Regionales de todo el país. La *Relación Docente Asistencial* elevó la calidad de la formación de los estudiantes de medicina y de la atención médica en hospitales y consultorios del SNS. En los grandes hospitales docentes, los Catedráticos de la Facultad de Medicina accedieron por concurso de antecedentes a las *Jefaturas de los Servicios Clínicos*, con el fin de poner en una sola mano la conducción y responsabilidad asistencial y docente.

- En estos hospitales públicos se desarrolló un eficiente mecanismo de *educación continua colectiva* a través de las visitas clínicas, interconsultas, reuniones clínicas y anatomo-clínicas y de auditoría de historias clínicas, así como de apoyo docente de las Cátedras universitarias a los Hospitales Regionales.
- Como está grabado en la conciencia colectiva de la población, el sistema público de salud ha sido un sostén irremplazable en las dramáticas catástrofes naturales que, de cuando en cuando, han azotado nuestro país.
- Finalmente, y no menos importante ni fácil de lograr, el SNS fue creando en la población una *cultura sanitaria* que se expresa hasta hoy en la pronta y masiva respuesta de las personas a los llamados de la autoridad sanitaria cuando es requerida, por ejemplo, en las campañas de vacunaciones o el control del niño sano y de la embarazada en los consultorios periféricos.

Fruto de las *acciones sanitarias de fomento de la salud y prevención de las enfermedades* y de *programas sanitarios específicos* iniciadas por el SNS hace más de 60 años, actualmente el país puede mostrar excelentes *indicadores sanitarios* (Tabla 4).

Destacan, en particular, los índices relativos a *mortalidad infantil, neonatal y materna* y *desnutrición infantil*. Estos logros son especialmente destacables si se les pondera en relación al grado de desarrollo socio-económico del país y se les compara con el gasto en salud y los indicadores sanitarios de países de alto desarrollo económico. En lo esencial, las acciones y programas de salud desarrolladas por el SNS se mantuvieron vigentes pese a las restricciones económicas y de otra naturaleza a que fue sometido durante 17 años por el gobierno militar, que privilegió la medicina privada.

Adviértase que, en 1950, Chile tenía una población de 6 millones de habitantes, el ingreso *per cápita* anual era de US\$ 3.827 (PPP, dólares de 1990)²⁶; hoy es más de cinco veces mayor (US\$ 20.894); el porcentaje de su población que vivía en condiciones de pobreza superaba 60%; el analfabetismo era de 23% y la escolaridad promedio era de sólo 2 años; la deserción escolar, al finalizar la educación básica (de cuatro años de duración), era casi de 70%²⁷. En la Tabla 5 se muestran los indicadores sanitarios básicos en los años 1952, 1980 y 2014 y, en la Tabla 6, algunos indicadores

Tabla 5. Algunos indicadores sanitarios básicos de Chile: años 1952, 1980 y 2014

Indicadores	1952	1980	2014
Mortalidad infantil (x 1.000 NV)	136,0	35,0	7,2
Mortalidad materna (x 100.000 NV)	276,0	66,0	18,5*
Mortalidad neonatal (x 1.000 NV)	27,4	17,0	4,5
Niños desnutridos % (< 5 años)	63,0	11,5	0,5 ^b
Mortalidad general (x 1.000 hab.)	14,8	6,6	5,5
Atención profesional del parto	66,9	81,0 ^a	99,8
Tasa de natalidad (x 1.000 hab.)	34,3	28,5	14,8
Esperanza de vida al nacer (años)	40,0	71,0	79,84
Cobertura de agua potable (-%)	52,0 ^a	91,4	99,9 ^a
Disponibilidad de alcantarillado (%)	21,0	67,4	95,9 ^a

Fuentes: 25 años de la Salud Pública en Chile 1952-1977. Número especial dedicado a la Salud Pública. Revista Médica de Chile 1977; 105: 649-751; Kaempffer AM. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003. Revista Médica de Chile 2007; 135: 240-50, Kaempffer A M, Medina E. La Salud Infantil en Chile durante la década del setenta. Revista Chilena de Pediatría. 53 n° 5; Kaempffer Ana María; Medina, Ernesto. Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. Revista Chilena de Pediatría 2006; 77: 492-500. Mortalidad materna: <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/chile/>. *PNUD Informe Mundial de Desarrollo Humano 2015 (indica una Mortalidad Materna de 25 x 100.000 NV). <http://desarrollohumano.cl/idh/indice-desarrollo-humano/>. ^aCobertura histórica del sector. Superintendencia de Servicios Sanitarios. Chile. ^bDesnutrición infantil en Chile. Documento elaborado para la Conferencia Técnica Regional "Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe" <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/LOW/LOW-2a.pdf>. ^bMonckeberg F. Desnutrición infantil y daño del capital humano. Revista Chilena Nutrición 2014; 41 n° 2.

socioeconómicos actuales. En 1952, la *mortalidad infantil* era 136 x 1.000 NV y hoy es 7,2 x 1.000; la *mortalidad materna* era 276 x 100.000 NV, hoy es 18,5 x 100.000 NV (22,9 x 100.000 según otra fuentes); la desnutrición infantil comprometía a 63% de los menores de 5 años, hoy es 0,5%; la *atención profesional del parto* en hospitales era 35%, hoy es 99,8%, la *disponibilidad de agua potable* era 52% y *alcantarillado* 21%, hoy son 99,9 y 95,9, respectivamente; la *esperanza de vida* era 40 años, hoy es 79,84 años. Estos cambios, logrados en poco más de medio siglo, son realmente notables y hablan de un país que no sólo creció económica y socialmente sino que, además, desarrolló con inteligencia políticas públicas eficientes, en este caso, en el área de la salud pública.

Si comparamos los *indicadores sanitarios básicos* y el respectivo *gasto en salud* de Chile y Estados Unidos de Norteamérica^{6,28}, según datos de *Index Mundi*, no deja de sorprender que los indicadores de Chile sean llamativamente similares a los de la principal potencia del mundo (Tabla 7): Estados Unidos de Norteamérica gasta más del doble en salud que Chile como porcentaje del PIB (7,2%

versus 17,9%) y, más de 7 veces, en términos de *per cápita* (US\$ 1.204 versus 9.146), lo que hace más destacables los logros de nuestro país (Tabla 8). Respecto al *gasto público en salud* en Chile, el aporte fiscal corresponde a 47,1% del *gasto total de salud*. Adviértase que, en ambos países, es menor que el gasto privado, lo que probablemente revela una similitud de organización del sistema de salud, en el que el sector privado tiene una presencia predominante y, desde el punto de vista de la equidad social, discutible. Nótese, también, que en la mayoría de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) el sector público es la principal fuente de financiamiento del gasto en salud (72,0% en promedio) con la sola excepción, precisamente, de Chile (47,4%) y los Estados Unidos de Norteamérica (46,1%).

En los últimos 60 años, el segundo acontecimiento de mayor importancia fue el conjunto de leyes y decretos promulgadas por el Presidente don Eduardo Frei Montalva, siendo Ministro de Salud el Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile Dr. Ramón Valdivieso²⁹:

Tabla 6. Algunos indicadores socioeconómicos de Chile (2014)

PIB <i>per cápita</i> (miles US\$)	15.732
PIB <i>per cápita</i> PPC (US\$)*	20.804
Pobreza (%)	14,4**
Indigencia (%)	7,8**
Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)	1,9
Personas por Hogar (n°)	3,3
Personas ocupadas por hogar (n°)	1,4
Gasto total en salud (% PIB)	7,2
Gasto público en salud (% gasto total)	47,4
Gasto <i>per cápita</i> en salud (US\$)	1.204
Promedio de escolaridad (años)	9,8
Años esperados de escolaridad	15,1
Tasa de alfabetización	98,6
Cobertura de agua potable (%)	99,8
Cobertura de alcantarillado (%)	95,9

Fuentes: Banco Mundial. INB *per cápita* PPA a \$ internacionales actuales. <http://datos.bancomundial.org/indicador/>. OCDE (2014), Society at a Glance 2014. Indicadores sociales de la OCDE. www.oecd.org/social/societyataglance/; Algunos indicadores generales, Chile año 2011-2013. Ministerio de Salud de Chile; Informe de Desarrollo humano en Chile. PNUD. 2015. <http://desarrollohumano.cl/idh/indice-desarrollo-humano/> *PPC = *per cápita* corregido por paridad de poder de compra. **En Chile, hubo un cambio metodológico para medir la pobreza: la medición según ingresos (1990-2013) mostró una pobreza de 7,2% e indigencia de 2,5%; la medición multidimensional (2006-2013) una pobreza de 14,4% y de indigencia de 7,8%. Por su parte, el Informe de la CEPAL de 2014 sitúa la pobreza en 7,8% y la indigencia en 2,5%.

el *Formulario Nacional de Medicamentos* (1967), la ley de *Medicina Curativa de Empleados* (1968), la ley de *Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales* (1968) y la *Planificación Familiar* (1965). Recién en los primeros años del presente siglo hubo un nuevo avance relevante en Salud Pública: el *Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (GES)* del 2004, conocido como *Plan Auge*³⁰, creado durante el Gobierno del Presidente don Ricardo Lagos Escobar, siendo Ministra de Salud la Dra. Michelle Bachelet.

Un cambio significativo en la política de salud de Chile se produjo a comienzo de los años 80, cuando el régimen militar dio un fuerte impulso

Tabla 7. Índices sanitarios básicos comparativos de Chile y Estados Unidos de Norteamérica (2014)

Indicadores	Chile*	Estados Unidos de Norteamérica
Esperanza de vida al nacer (años)	79,84	78,49
Hombres	77,11	76,05
Mujeres	82,7	81,5
Mortalidad general (x 1.000 hab.)	5,5	8,0
Mortalidad Materna (x 100.000 NV)	18,5**	21,0
Mortalidad neonatal (x 1.000 NV)	5,0	4,0
Mortalidad de < 1 año (x 1.000 NV)	7,7	6,1

Fuente: *Indicadores básicos de Salud Chile. 2013. Ministerio de Salud (DEIS). Chile; Instituto Nacional de Estadísticas (INE) Chile. **OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2013; Indicadores básicos de Salud. Chile, 2013. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. Ministerio de Salud. Chile. <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/>. Index Mundi. 2014 e Informe PNUD la sitúan en 25 x 100.000 NV.

Tabla 8. Gasto en salud (% del PIB) y *per cápita* en Chile y Estados Unidos de Norteamérica

	Chile	Estados Unidos de Norteamérica
Gasto total en salud (% del PIB)	7,7	17,1
Gasto público en salud (% del PIB)	3,5	8,31
Gasto público en salud como % del gasto total	47,4	47,1
Gasto en salud <i>per cápita</i> (US\$)	1.204	9,146

Fuente: Banco Mundial. Gasto en Salud. 2015. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>

a la *atención médica privada*. Creó las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)³¹, intermediarios financieros para la atención médica que captan la cotización mensual obligatoria previsional de salud que afecta a todos los asalariados (7% del sueldo imponible) y el gasto de bolsillo de sus usuarios, variable según los beneficios del pro-

grama convenido. El sistema ISAPRES, que cubre alrededor de 15% de la población, se ha caracterizado por serias restricciones de acceso al sistema (pre-existencias), multiplicidad de planes de atención de variable pero alto costo para quienes han optado por afiliarse a este sub-sistema, incremento anual inconsulto del costo de los programas de atención y desmesuradas ganancias corporativas.

Al conocerse las intenciones privatizadoras en salud del gobierno militar advertimos las negativas consecuencias sanitarias y sociales de esta masiva irrupción privada en el área de la salud. En 1979, escribí³²: “*Lo que está en juego es si la Medicina va a ser considerada como una mercancía, o como una necesidad de la población. En último término las alternativas en salud son: o una medicina predominantemente social o como una medicina predominantemente individual, la primera es claramente redistributiva del ingreso y, la segunda, claramente concentradora del ingreso*”.

La *conclusión general* del análisis precedente es que, en lo esencial, las acciones y programas de salud desarrolladas por el SNS se mantuvieron vigentes pese a las restricciones económicas y de otra naturaleza a que fue sometido durante 17 años por un gobierno que privilegió la medicina privada. En términos de la Salud Pública, nuestro país se encuentra en buen pie³³⁻³⁵: Chile tiene el privilegio de poseer los índices más bajos de Latinoamérica en *mortalidad infantil* (7,2 x 1.000 NV) y en *mortalidad materna* (18,5 x 1000.000 NV); la *expectativa de vida al nacer* de los chilenos es elevada (79,84 años); tiene, prácticamente, 100% de atención profesional del parto y una alta cobertura de inmunizaciones, de agua potable y de alcantarillado. Estos índices reflejan la fortaleza del sector público de salud que atiende a 80% de la población y la importancia social de sus concepciones sanitarias. Sin embargo, y lamentablemente, este exitoso acontecer en *Salud Pública*, no se replica en la *atención médica a las personas*, la que muestra graves deficiencias e inequidades.

Las debilidades del sistema de salud chileno

Mi carrera profesional médica la inicié tres años después de la creación del *Servicio Nacional de Salud* (SNS) y he sido testigo de sus fortalezas y debilidades, ejerciendo en terreno tanto en consultorios como hospitales de la capital y de

provincia. Tal vez, la experiencia personal más valiosa fue haber pertenecido a la Cátedra y Servicio de Medicina del Hospital del Salvador de Santiago liderado por el Profesor Hernán Alessandri Rodríguez, quien me enseñó que en un hospital público era posible tener un servicio clínico de excepcional calidad asistencial, docente y humana, en aquel período superior a la de cualquier institución privada de salud. Lo propio ocurría en otros grandes hospitales docentes.

Señalar las *deficiencias del sector público en la atención médica* (Tabla 9) no implica desconocer la enorme labor que en el área asistencial prestan los servicios de salud en todo el país, pero, tampoco significa ocultar sus graves deficiencias y las situaciones dramáticas y, en ocasiones vergonzosas, que sufren los pacientes que en él se atienden.

El número de *prestaciones del sector público a la población* es considerable (Tabla 10): 1,5 millones de egresos hospitalarios y 43 millones de atenciones ambulatorias no son cifras menores^{34,35}, lo que es posible por su organización nacional y niveles diferenciados de atención, así como por la idoneidad y dedicación de los médicos, profesionales y auxiliares de la salud en condiciones que, generalmente, no son las más adecuadas y confortables.

Pese a que en las últimas décadas ha aumentado significativamente el número de Facultades de Medicina y de graduados, Chile tiene una *situación fuertemente deficitaria* de médicos y enfermeras, de camas hospitalarias y de medicamentos genéricos, como lo revelan los datos de la OCDE³⁶: comparativamente con los países integrantes de esa organización (Tabla 11), Chile muestra un menor

Tabla 9. Debilidades del sistema público de salud

• Numerosos hospitales añejos y en estado precario
• Infraestructura hospitalaria y camas de hospitalización deficitarias
• Déficit de ambulancias
• Déficit de tecnología de punta
• Dificultades serias de acceso a la atención médica
• Cobertura y atención odontológica limitada
• Baja privacidad en la atención de los pacientes
• Impersonalidad en el trato de los pacientes
• Condiciones laborales poco favorables
• Bajo nivel de las remuneraciones

Tabla 10. Indicadores seleccionados de recursos, atención y cobertura de salud, Chile (2013)

Recursos	
Médicos (miles)	26.393
Médicos (*1.000 hab.)	8,6
Enfermeras (x 1.000 hab.)	4,2
Odontólogos (miles)	18.000
Camas hospitalarias totales (n)	36.110
Camas hospitalarias totales (*10.000 hab.)	2,1
Camas hospitalarias del SNSS (n)	25.594*
Camas hospitalarias del SNSS (*10.000 hab.)	2,2*
Atención y cobertura	
Egresos hospitalarios totales (nº)	1.648.700*
Egresos hospitalarios totales (*100 hab.)	9,5
Atención Ambulatoria del SNSS (nº)	42.985.000
Atención Ambulatoria del SNSS (*100 hab.)	247,0
Atención profesional del parto (%)	99,8
Cobertura de inmunizaciones BCG (RN) (%)	92,2
Cobertura de inmunizaciones Pentavalente (3ª dosis %)	77,8
Cobertura de inmunizaciones Trivírica (12 meses) (%)	78,3

Fuente: Síntesis de la situación de salud en Chile 2013. Observatorio Chileno de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile. (Elaborado en base a Compendio Estadístico INE, 2012 e IBS de DEIS-MINSAL 2013); Algunos indicadores generales. Chile 2011-2013. Ministerio de Salud. Chile. *año 2011.

Tabla 11. Aspectos deficitarios del sistema de salud chileno comparativamente con los países de OCDE

	Chile	OCDE
Médicos (x 1.000 hab.)	1,7	3,2
Enfermeras (x 1.000 hab.)	4,2	8,8
Camas hospitalarias (nº x 1.000 hab.)	2,2	4,8
Medicamentos genéricos (Disponibilidad en el mercado %)	30	75
Gasto total en salud (% PIB)	7,3	9,3
Gasto público en salud (% gasto total)	49,2	72,3
Gasto de bolsillo en salud (% del gasto en salud)	31,9	19,0
Gasto de bolsillo en salud (% del consumo final del hogar)	4,8	2,9

Fuente: OCDE: Statiscs. Estadísticas de la OCDE sobre la Salud 2014. Chile en comparación <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014->; Bachelet N, V. Las cifras de la desigualdad de Chile en salud (Editorial). Medwave 2011 sep; 11 (09): e5128 doi: 10.5867/medwave.2011.09.5128. Déficit de ambulancias: OMS recomienda 1 ambulancia x 25.000 hab. Chile tiene 1 x 48.108 hab. (922 ambulancias, de las cuales sólo 433 están operativas, mientras que el 53% presenta fallas o no se encuentra en condiciones para su funcionamiento). Fuente: Informe IPOS, MDS; CASEN 2011, MDS; Ministerio del Medio Ambiente, 2012.

número de médicos (1,7 x 1.000 hab.) que el promedio de los otros países (3,2 x 1.000 hab.), menor número de enfermeras (4,2 x 1.000 hab. versus 8,8 x 1.000) y menor tasa de camas hospitalarias (2,1 x 1.000 hab. versus 4,8 x 1000); el porcentaje de *medicamentos genéricos en el mercado* es de 30% en Chile y de 75% en los países del OCDE).

- En Chile, menos de 50% de los médicos trabajan en el sector público y una mayoría en el sector privado, atraídos por más cómodas condiciones laborales y mucho mayores ingresos económicos, lo que no deja de poner en tensión el espíritu de servicio y el sentido ético y social que proclaman los profesionales de la salud.

- Casi una tercera parte del *gasto en salud* es pagado directamente por los hogares, comparado con menos de 20% en promedio entre los países de la OCDE.
- El *gasto de bolsillo en Salud* es elevado en Chile: 4,6% mientras en el promedio de los países pertenecientes a la OCDE es de 2,86%, lo que, en términos de equidad social, está revelando una de las deficiencias más graves de nuestro sistema de salud.
- El *costo de los medicamentos* es desproporcionado y existe un oligopolio de la industria farmacéutica que fija arbitrariamente los precios e, incluso, en ocasiones se ha coludido para aumentarlos injustificadamente.
- El *número de hospitales y la disponibilidad de camas hospitalarias* es claramente insuficiente y muchos establecimientos muestran precarias condiciones en su infraestructura y, en algunos casos, condiciones indignas de funcionamiento.
- En el sistema público el *acceso de la población a la atención médica* en consultorios periféricos suele ser en extremo dificultoso y, a veces, dramáticas por trabas burocráticas y deficiencias organizativas. Las personas deben madrugar para eventualmente conseguir un número para ser atendidas horas después; las *listas de espera* para exámenes de laboratorio, exploraciones instrumentales e intervenciones quirúrgicas son interminables; el *acceso a especialistas* cuando se requiere es restringido, particularmente en ciudades y poblados pequeños; la *disponibilidad de camas* de hospitalización y de unidades de cuidados intensivos es insuficiente y el *acceso a ambulancias en situaciones de emergencia* suele ser tardío.
- Los *Servicios de Urgencias* se ven atochados por la demanda, se atienden personas en sillas o camillas, carecen de un número suficiente de camas de hospitalización y los médicos y personal de salud se sienten agobiados por la intensidad de la demanda y las condiciones inadecuadas de trabajo.
- La cobertura de la *atención odontológica* es limitada: la OMS recomienda 1 dentista por 2.000 habitantes; se estima que Chile tiene alrededor de 18.000 odontólogos, 1 x 958 habitantes; de ellos, sólo alrededor de 4.000 trabajan en el sector público de salud.

Tabla 12. Aspectos negativos del sistema privado de salud

• Restricciones de ingreso al sistema (pre-existencias)
• Discriminación por edad y sexo
• Escasa cobertura de adultos mayores
• Alto costo de los programas, procedimientos y hospitalización
• Copagos elevados
• Carencia de programas de prevención de impacto colectivo
• Integración vertical de ISAPRES y clínicas privadas
• Ganancias anuales excesivas
• Aumento discrecional de la cotización

Por otra parte, si miramos el *sistema privado de salud* que atiende a alrededor de 15% de la población -los de mayores ingresos- tiene una infraestructura moderna e incluso lujosa, el acceso a la atención médica es relativamente oportuna, así como a los exámenes de tecnología de avanzada, pero ha mostrado numerosos aspectos negativos siendo no menor entre ellos un costo de las prestaciones que la inmensa mayoría de la población no puede solventar y, si lo hace, es a costa de un endeudamiento agobiador. La concepción de la medicina y la salud como un negocio es la principal limitación del sector privado (Tabla 12).

Lo cierto es que la sociedad chilena no ha logrado hasta hoy configurar una fórmula de *atención médica* que satisfaga las apremiantes necesidades cotidianas que tiene su población, especialmente la más desvalida. Y, no menos importante, lo haga de tal modo que en el sistema sanitario se revele la raíz ético-asistencial de la medicina.

Perspectivas

Lo que Chile es en la actualidad en materia de *salud pública* se debe, en apreciable medida, a la *concepción social de la medicina y la salud* que inspiró la creación del SNS y a las acciones sanitarias diseñadas e implementadas progresivamente desde mediados del siglo pasado y que, felizmente, en lo esencial fueron mantenidas por los sucesivos gobiernos. Además, un factor relevante en la mejoría de la salud colectiva ha sido

el significativo *desarrollo socio-económico* que ha tenido el país en el transcurso de los decenios: el crecimiento económico, el mayor nivel educacional de la población, el progreso de los conocimientos, tecnologías médicas y técnicas quirúrgicas y la irrupción de eficaces medicamentos para el tratamiento de las enfermedades, especialmente las infecto-contagiosas. Pero, también es cierto que los excelentes *indicadores sanitarios* que hoy exhibe el país se explican, en gran medida, por las acciones sanitarias iniciadas por el SNS, que fueron inteligentemente diseñadas, y progresiva y eficientemente ejecutadas desde mediados del siglo pasado.

He sido observador cercano de las inequidades, carencias e incluso indignidades de la atención de las personas en el sistema público, no tanto de un punto de vista técnico, pero sí, administrativo, burocrático y humano. Por otra parte, las precariedades del sistema privado dicen relación con un indisimulado mercantilismo, lo que no debe sorprender en tanto la salud es considerada por algunos un bien de consumo y un lucrativo negocio. Pese a los avances indiscutibles en los indicadores sanitarios básicos, la sociedad chilena no ha logrado hasta hoy configurar una fórmula de *atención médica a las personas* que sea equitativa y satisfaga las apremiantes necesidades cotidianas que tiene su población, especialmente la económicamente más desvalida, incluidos ciertamente los más ancianos.

Lo cierto es que un gran porcentaje de la población no está en condiciones de asumir los costos de la atención de salud, situación que los Estados deben considerar necesaria y prioritariamente al organizar sus sistemas sanitarios y de atención médica. Los ciudadanos no se sienten adecuadamente protegidos por el sistema de salud y tienen miedo a enfermar. A veces se olvida que el común de las personas juzga las bondades de un sistema de salud, no por sus excelentes indicadores sanitarios, sino por su experiencia cotidiana cuando requiere atención médica³⁷.

Al margen de las indispensables regulaciones y perfeccionamiento a que pueda ser sometido el sistema privado ISAPRES/Clínicas privadas, tengo la convicción que en un plazo mediano, tal vez dentro de los próximos 10 años, llegaremos a la *reconstitución de un Servicio Nacional de Salud que cubra sin exclusiones toda la población del país*. Esto, no sólo por razones ideológicas (la medicina

y la salud como un bien social versus un bien de consumo), sino que por exigencia imperativa de la sociedad chilena. Alcanzar esta meta no significa que, como en toda sociedad democrática, no pueda existir un ejercicio privado de la medicina e instituciones de salud privadas que sean colaboradoras del sistema público nacional y no sus competidoras; naturalmente, los ciudadanos que deseen recurrir al sector privado deben asumir con recursos propios el costo de la atención médica. Hoy día no es obviamente factible extender el sistema público, en razón de sus limitaciones y deficiencias en términos de infraestructura, implementación tecnológica y recursos humanos; es evidente que el sistema público no está en condiciones de recibir una carga de más de 3 millones de usuarios adicionales que hoy cotizan en las ISAPRES y se atienden en clínicas del sector privado.

En mi opinión, se debiera reponer un SNS en la singularidad de su concepción como institución pública de administración autónoma, con un *Director General* nombrado por el Senado de la República, garantía de un liderazgo idóneo en salud; la reconstitución de un *Consejo Nacional de Salud* asesor con representantes de los sectores institucionales vinculados a la salud y de los beneficiarios y una *integración de los distintos niveles de atención de salud*, como corresponde al concepto de *sistema* aplicado a la atención de salud.

Para lograr este objetivo médico-social, desde ya el país debería diseñar una *estrategia de mediano plazo y una planificación detallada de acciones* -una suerte de plan decenal- con los siguientes propósitos:

- *Profundizar y perfeccionar las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades*, adaptándolas a los cambios que ha sufrido Chile en su perfil epidemiológico.
- *Corregir drásticamente las manifiestas debilidades en el acceso a la atención médica de las personas, implementado sistemas computacionales en consultorios y hospitales*, no sólo con fines administrativos sino que, fundamentalmente, para favorecer el acceso fluido y oportuno de los pacientes a la atención médica; *capacitando al personal profesional y no profesional*, educándolos en el área de las relaciones humanas y el respeto por la dignidad de los enfermos y fortaleciendo la *privacidad y confidencialidad* de la atención médica.
- *Construir progresivamente hospitales generales*

de adultos y de niños que digan relación con el volumen de la población de las distintas regiones, ciudades y comunas, con el fin de duplicar, al menos, el número actual de camas por 1.000 habitantes.

- Perfeccionar la *relación entre los hospitales y los consultorios de atención primaria*, de modo que sea expedita, fluida y resolutive.
- Destinar *médicos especialistas básicos* (internistas, pediatras, cirujanos, gineco-obstetras y neuropsiquiatras) a los hospitales y consultorios alejados de los grandes centros urbanos.
- Incorporar *tecnología actualizada* en consultorios y hospitales según su complejidad.
- *Extender significativamente la cobertura de atención odontológica.*
- Formar los *recursos humanos* que requiere un sistema nacional de salud para toda la población.
- *Organizar un sistema eficiente y moderno de ambulancias* para la atención oportuna de accidentes de tránsito, catástrofes y urgencias médicas y quirúrgicas.
- Incrementar significativamente el *formulario de medicamentos genéricos bioequivalentes.*
- *Respetar las jerarquías administrativas y profesionales en los servicios clínicos* y, en particular, reforzar la autoridad de los Jefes de Servicios clínicos, responsables últimos de la calidad de la atención a los pacientes.
- *Reformular la relación docente asistencial*, la que interpretada y ejercida correctamente es una herramienta indiscutible para aumentar la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes.
- Preparar hoy los escenarios sociales asistenciales, así como los recursos humanos y técnicos que se necesitarán para la *atención médica de una población creciente de adultos mayores.*

Todo lo anterior significa fortalecer la *medicina social* y *reformular los principios sanitarios que dieron origen al Servicio Nacional de Salud*, de modo que se establezca un sistema solidario en que, además de su calidad técnica, predomine en él una relación social e interhumana educada, de respeto y consideración por los pacientes.

Para lograr estos objetivos se requerirá de importantes *recursos económicos* y, por lo tanto, de un *crecimiento económico sostenido y sustentable del país, así como el aporte previsional de los ciuda-*

danos, empleados y empleadores, a través de una cotización universal en salud. Esta contribución, sumada a los recursos generales de la Nación, permitiría incrementar significativamente *el actual gasto público en salud como porcentaje del PIB*, destinado a superar las deficiencias actuales y mejorar sustancialmente la calidad de la atención médica de las personas. Resolver en términos equitativos la dicotomía económica y social que afecta al sistema de salud es el gran problema actual y tarea pendiente de la medicina chilena.

Referencias

1. Navarro, V. *Concepto actual de Salud Pública*. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censeanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>
2. XIX Reunión del Consejo Directivo de ALANAM. Santiago de Chile 2010. Documentos. Boletín de la Academia Chilena de Medicina XLVII 2010. pp. 119-27.
3. CEPAL. *Panorama Social de Latinoamérica CEPAL 2014*. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37626-panorama-social-de-america-latina-2014>.
4. Banco Mundial. *Gasto total en Salud (% PIB) y Gasto en Salud, sector público % del Gasto total en Salud. 2010-2014*. <http://datos.bancomundial.org/indicador/>
5. *Sistema de salud de Cuba*. Salud Pública México 2011; 53 (2): 168-76.
6. *Index Mundi*. <http://www.indexmundi.com>.
7. *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
8. Donoso E. *Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna, Chile 2011* (Editorial). Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79 (1).
9. Kaempffer AM. *Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003*. Rev Med Chile 2007; 135: 240-50.
10. Kaempffer AM, Medina E. *La Salud Infantil en Chile durante la década del setenta*. Rev Chil Pediat 1982; 53 n° 5.
11. Kaempffer AM, Medina E. *Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos*. Rev Chil Pediat 2006; 77: 492-500.
12. Koch E. *Epidemiología del aborto y su prevención en Chile*. (Editorial). Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79 (5).
13. Cruz Coke R. *Historia de la medicina chilena*. Editorial Andrés Bello: Santiago de Chile. 1995.
14. Romero H. *Hitos fundamentales de la Medicina Social en Chile*. En: *Medicina social en Chile*. (J. Jiménez, Editor). Ediciones Aconcagua: Santiago de Chile. 1977.

15. Goic A. *Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: 170 años al servicio del país* (Editorial). Rev Med Chile 2003; 131: 355-8.
16. Mardones Restat J. *Origen del Servicio Nacional de Salud*. Rev Med Chile 1977; 105: 654.
17. Viel B. *La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile*. Universidad de Chile: Santiago de Chile. 1964.
18. Goic A. *Escuela de Salud Pública: 50 años al servicio de la medicina y la salud*. Rev Med Chile 1994; 122: 13.
19. Bravo L. *Principios básicos para la organización de un sistema de servicios de salud: el caso de Chile*. En: CPU. *Desarrollo Social y Salud en Chile*. 2º Parte. Bases de un sistema de salud. Talleres de Alfabetización Impresores: Santiago de Chile. 1980. pp. 21-44.
20. *Número especial dedicado a la Salud Pública* (E. Medina, Editor Invitado). Rev Med Chile 1977; 105: 649-53.
21. Goic A. *Salud Pública en Chile*. Rev Med Chile 1977; 105: 649-53.
22. Lobo Parga G. *Asociación del SNS y la Universidad*. El Mercurio, Santiago 12 de julio, 1974.
23. Goic A. *El modelo chileno de relación docente-asistencial*. Rev Med Chile 1975; 103: 38-43.
24. Neghme A. *La Educación Médica y el Servicio Nacional de Salud*. Rev Med Chile 1977; 105: 668-73.
25. Cruz Coke R. *El Plan Garretón-Alessandri*. Rev Med Chile 1980; 108: 1073-5.
26. De Gregorio J. *Crecimiento económico en Chile. Evidencia, fuentes y perspectivas*. Documentos de Trabajo N° 298. Banco Central de Chile. Diciembre de 2004. <http://www.bcentral.cl/estudios/documentos-trabajo/pdf/dtbc298esp.pdf>
27. Monckeberg F. *Desnutrición infantil y daño del capital humano*. Rev Chil Nutr 2014; 41 n° 2.
28. Goic A. *Medicina social en Chile: una experiencia exitosa*. Ciclo de charlas sobre Desarrollo Social. Rotary Club de Santiago. Marzo de 2003-junio de 2003.
29. Valdivieso R. *La Ley de medicina Curativa para Empleados y el Formulario Nacional de Medicamentos*. Rev Med Chile 1977; 105: 663-7.
30. República de Chile, Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda. *Aprueba garantías explícitas en salud del Régimen General de Garantías en salud*. Santiago, 9 de enero de 2007.
31. Ministerio de Salud. DFL 3. *Fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por Instituciones de Salud Previsional* Santiago, 27 de abril de 1981. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3570>.
32. Goic A. *Salud en Chile: El problema de Fondo*. Revista Mensaje. Septiembre, 1979.
33. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2012*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf
34. *Síntesis de la situación de salud en Chile 2013*. Observatorio Chileno de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile. (Elaborado en base a Compendio Estadístico INE, 2012 e IBS de DEIS-MINSAL 2013).
35. *Algunos indicadores generales. Chile 2011-2013*. Ministerio de Salud. Chile. 2013. <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/>
36. OCDE: Statiscs. *Estadísticas de la OCDE sobre la Salud 2014*. Chile en comparación <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014->
37. Superintendencia de Salud. 2015. *Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud* (Jefa de Proyecto: Paulina Valenzuela A. Contraparte Técnica: Marcela Pezoa G). Marzo de 2015. <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-12430.html>