

Span 4180
Bosquejo de Revisión Literaria

Una Revisión del Desempeño y eficacia del Sistema de Salud Chileno

Kylie Cronan

Dra. Arelis Moore

SPAN 4180

04/09/2025

Resumen

Este artículo explora el sistema de salud chileno con el objetivo de analizar qué reformas han tenido un impacto significativo en las funciones del sistema, así como analizar los desafíos y deficiencias restantes. Este artículo es una revisión de la literatura exhaustiva de la historia, las reformas, el modelo del sistema, los modelos de descentralización y los indicadores del desempeño y las condiciones del sistema de salud chileno. El análisis de este artículo consiste en artículos científicos revisados por pares, informes gubernamentales y otras publicaciones relevantes, publicados entre los años 1995 a 2025. El sistema de salud chileno, integrado por los sectores privado, público y de las fuerzas armadas, ha pasado por muchas reformas desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1918. Una de las reformas más impactantes fue la serie de reformas de descentralización de las décadas 70 y 80, que establecieron el modelo de salud actual, pero también tuvieron resultados negativos en relación con la falta de comunicación, colaboración y cooperación entre los niveles de autoridad. Mientras en general se considera que el sistema de salud de Chile proporciona atención de buena calidad, los indicadores de eficacia y eficiencia son ligeramente peores que los promedios de la región de América Latina y el Caribe. En este artículo se sugiere fortalecer la comunicación y la cooperación entre los sectores para combatir estos indicadores desfavorables. También se sugiere la implementación de más regulaciones de las ISAPRE para extender la cobertura de salud privada a las personas con menores ingresos y enfermedades preexistentes.

Introducción

El objetivo de esta revisión de la literatura es examinar el sistema de salud de Chile, con relación con la historia de las reformas, la eficiencia actual, y áreas donde se pueden realizar mejoras. La investigación examinará la estructura del sistema de salud chileno y en qué medida las reformas han contribuido con la mejora de la calidad y eficacia de la atención de salud. También analizará las disparidades del acceso y los resultados de salud de múltiples grupos. Incluirá recomendaciones para futuras reformas basadas en evidencia.

Chile, oficialmente la República de Chile, es un país largo y estrecho situado en la costa oeste de América del sur (Central Intelligence Agency [CIA], 2025). Limita al norte con Perú, al noreste con Bolivia, al este con Argentina y al oeste con el Océano Pacífico. La geografía de Chile incluye montañas costeras bajas, valles y la Cordillera de los Andes actúa como la frontera oriental. Debido a que el país se extiende una gran distancia de norte a sur, existen varios climas: el norte es desértico, la parte central del país tiene un clima mediterráneo y el sur es muy fresco y húmedo. Estas diferencias geográficas contribuyen a las disparidades en el acceso de la población a los servicios de salud. Debido a su ubicación en la placa tectónica sudamericana, Chile experimenta severos terremotos, tsunamis y acción volcánica, lo que también puede ser una barrera para el acceso a la atención médica en comunidades más rurales. Sin embargo, casi el 90% de la población del país vive en el tercio medio del país, que es relativamente urbano (CIA, 2025).

Antes de la llegada de los colonizadores españoles, la población de Chile estaba formada por varias tribus indígenas que dependían de la caza, la recolección y el comercio (Carmagnani et al., 2023). Los españoles llegaron en el siglo XVI y comenzaron a crear asentamientos como Santiago en 1541. Chile fue gobernado por España como parte del virreinato del Perú hasta que

se convirtió en su propio territorio, todavía bajo el control de España, en 1778. En el siglo XIX, Chile luchó por su independencia y, después de muchas batallas, se liberó en 1818. Los años entre 1818 y 1920 estuvieron llenos de reformas políticas y económicas, con una creciente popularidad de las ideologías marxistas, pero con dificultades con la presencia de una clase dominante (Carmagnani et al., 2023). Después de un golpe de estado y la muerte del presidente existente, Augusto Pinochet tomó el poder en Chile. Pinochet gobernó con una dictadura militar hasta 1990, y el período estuvo marcado por el miedo, la tortura, el abuso y la represión política. En 2000, fue elegido el primer presidente socialista desde Allende, y la presidencia ha oscilado entre socialistas y conservadores en las elecciones desde 2000 (Carmagnani et al., 2023).

Según el Banco Mundial (2023), el Producto Interno Bruto (PIB) de Chile es 17,067.8 dólares estadounidenses, lo cual se considera alto en comparación con el PIB promedio de 10,796.9 dólares estadounidenses de países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) (Grupo Banco Mundial (GBM, 2023). En 2022, el 9% del PIB del país (579.201 millones de dólares) se destinó al gasto en salud, y 5,6% se destinó al gasto en educación (CIA, 2025). Sin embargo, Chile tiene una desigualdad de ingresos relativamente alta. El coeficiente de Gini, un índice que “mide el grado en que la distribución del ingreso o el consumo entre individuos u hogares dentro de una economía se desvía de una distribución perfectamente igualitaria” (GBM, 2025b), es de 0.43 en Chile, lo que indica una alta desigualdad de ingresos (CIA, 2025). Por otro lado, sólo 6.4% de la población del país vive debajo de la línea de pobreza, lo cual es bajo en comparación con los países circundantes, donde Argentina (39.2%), Bolivia (36.4%) y Perú (27.5%) tienen tasas de pobreza significativamente más altas (CIA, 2025). Desde 1990, 99% de la población urbana tiene acceso a agua potable, mientras que el porcentaje de acceso en las zonas rurales es mucho menor, pero ha aumentado de 48% en 1990 al 75% en 2010 (AQUASTAT Programme, 2013). En 2024,

el Banco Mundial aprobó un nuevo proyecto que mejorará el acceso equitativo al agua en Chile y al mismo tiempo protegerá el medioambiente (GBM, 2024a). En Chile, el acceso a la educación secundaria inferior es casi universal. Sin embargo, si bien el logro de educación secundaria superior casi se ha duplicado en la generación más reciente de adultos, todavía alrededor del 20% abandona la escuela antes de su último año (Santiago et al., 2017).

La población de Chile es de aproximadamente 18.7 millones de personas con 9.1 millones hombres y 9.5 millones mujeres (CIA, 2025). La mayoría de la población está en edad de trabajar, con un 67.3% de la población entre 15 y 64 años. 19.2% de la población tiene menos de 14 años y el 13.6% tiene más de 65 años. La población blanca y no indígena es la más dominante y representa el 88.9% de la población total. Los Mapuches, un grupo indígena del sur-central región de Chile, representa 9.1% de la población, y otros grupos indígenas representa el 2% restante (CIA, 2025) y la población afrodescendiente solo representa 0.04% (Minority Rights Group, 2023). En los últimos 60 años casi la mitad de la población rural ha dejado las zonas rurales y se ha mudado a las zonas más urbanas, dejando solo el 12% viviendo en zonas rurales en 2023 (GBMb, 2025). Desde la introducción de la democracia al gobierno de Chile, las tasas de inmigración han aumentado mucho. En 1991, los inmigrantes representaron sólo 1% de la población, pero en 2020, casi 9% de la población chilena eran inmigrantes. Este aumento de la inmigración ha determinado niveles de xenofobia más altos, que ha sido perjudicial para esta población durante la pandemia de COVID-19, porque la población inmigrante era vista como portadores de enfermedades e indigno de los servicios de salud (Doña-Reveco, 2022).

En 2020, se reportó una disminución de 53.8% en la tasa de mortalidad materna en Chile en comparación con el 2000, con una nueva tasa de 15 muertes por 100,000 nacimientos. También hubo una disminución de la tasa de mortalidad infantil entre los mismos años (Pan

American Health Organization [PAHO], 2024). En 2019, antes de la COVID-19, la principal causa de muerte en Chile eran las enfermedades cardiovasculares, como los accidentes cerebrovasculares y los infartos. En 2021, la COVID-19 se convirtió en una de las principales causas de muerte, representando casi el 21% de todas las muertes en el país (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2021). La mayoría de las principales causas de muerte son enfermedades no transmisibles, seguidas de las enfermedades transmisibles y la última es las muertes accidentales (IHME, 2021).

Según De la Jara y Bossert (1995), las funciones de salud pública en Chile comenzaron como parte del gobierno central en 1918 con la Ley Sanitaria, que exigía programas de sanidad pública y atención sanitaria preventiva. Esta ley marcó el inicio de una era de creación de atención médica primaria y preventiva nacional obligatoria. Esta era de reformas concluyó en 1938 con la Ley de Medicina Preventiva, que inició la detección de la sífilis y la tuberculosis. El Servicio Nacional de Salud (SNS) de Chile, inspirado por el SNS británico, se creó en la década de 1950. Proveía más servicios de atención primaria con énfasis en la salud materno e infantil, así como más capacitación para los profesionales médicos (de la Jara & Bossert, 1995). Durante el régimen de Pinochet, de 1973 a 1990, se llevaron a cabo numerosas reformas de descentralización que crearon 26 servicios regionales de salud. Esta época también introdujo el desarrollo del sector privado del sistema de salud. Después de la era de Pinochet, los gobiernos democráticos mantuvieron la estructura del sistema de salud existente, pero implementaron reformas que abordaron sus deficiencias, incluyendo mayor financiación y mejor infraestructura. Estas reformas intentan reducir la desigualdad y la ineficiencia (Manuel, 2002).

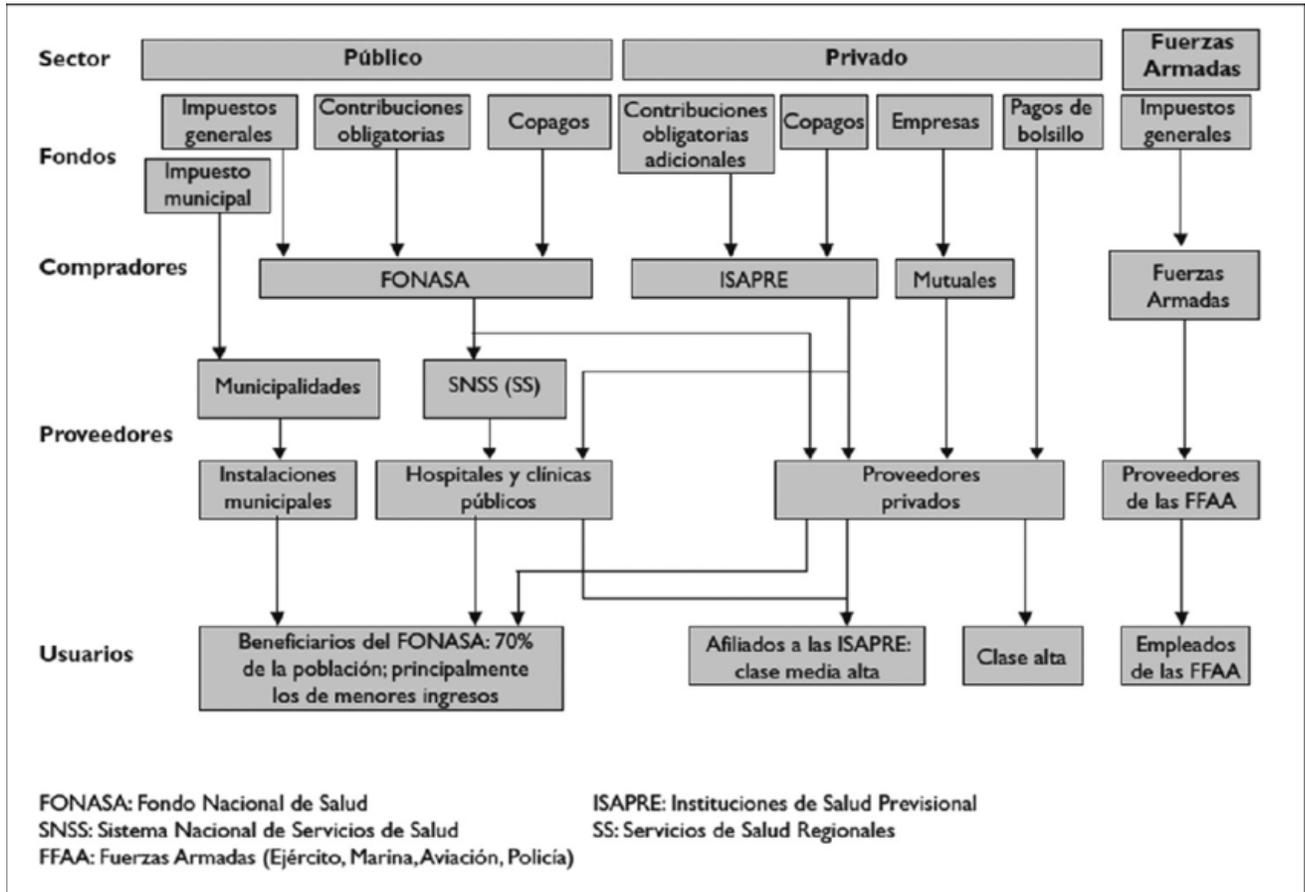
En este estudio se utilizó una metodología de revisión de la literatura existente, consiste en artículos científicos revisados por pares, informes gubernamentales y otras publicaciones

relevantes, publicados entre los años 1995 a 2025. Esta revisión de la literatura incluirá una descripción del modelo actual de atención médica, una revisión de los procesos de descentralización y análisis de las reformas del sistema de atención médica. Este artículo tiene el objetivo determinar qué reformas al sistema de salud chileno han tenido mayor impacto, analizar qué desafíos todavía existen en el sistema de salud chileno y proporcionar sugerencias para posibles reformas futuras.

El Modelo del Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud de Chile opera utilizando el Modelo de Seguridad Social (Modelo Bismarck) de servicios de salud. Este modelo se caracteriza por pagos obligatorios y múltiples fuentes de financiación (Sanhueza et al., 2019). Como se ve en la figura 1, en Chile existe el sector público, el sector privado y el sector de las fuerzas armadas (Becerril et al., 2011). Debido a la forma en que se ha configurado este sistema, los tres sectores están casi totalmente separados y no interactúan ni trabajan juntos para alcanzar objetivos de salud compartidos. Si bien los componentes del financiamiento son diferentes en cada uno de ellos, los tres sectores están financiados en parte por un impuesto universal del 7% del ingreso individual (Bastías et al., 2008).

Figura 1 - La Estructura del Sistema de Salud Chileno



(Becerril et al., 2011)

El sector público sirve a la mayoría de la población de Chile, con un 76.5% de los ciudadanos cubiertos por los servicios públicos de salud. Este sistema se financia principalmente con fondos estatales denominados Fondo Nacional de Salud o FONASA. También hay alguna financiación mediante transferencias gubernamentales (Cerde et al., 2022). Según la Superintendencia de Salud, entre el sistema público, los usuarios son divididos en cuatro grupos basados en el nivel socioeconómico. Los grupos A y B son los usuarios con recursos limitados (A) y tienen un ingreso mensual de \$276,000 al mes o menos (B), y los usuarios en estos grupos reciben servicios de salud gratuitos en centros de salud públicos. El grupo C está compuesto por quienes tienen ingresos mensuales entre \$276.001 y \$402.960. Este grupo debe pagar un copago

del 10% por sus servicios de salud, a menos que tengan tres o más familiares que los incluyan en el grupo B. El último grupo, grupo D, está compuesto por quienes tienen ingresos mensuales superiores a \$402,961. Este grupo debe pagar un copago del 20% por sus servicios de salud, a menos que tengan tres o más familiares que los califiquen para el grupo C (Superintendencia de Salud, n.d.). El sector público se centra en la prevención primaria de enfermedades, proporcionando servicios de salud primaria bien organizados a nivel municipal y local (Bastías et al., 2008).

El sector privado, si bien sigue teniendo acceso a los impuestos obligatorios como parte de su financiamiento, también se financia con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Los usuarios que pueden pagar más del 7% que ya pagan en impuestos, muchas veces deciden comprar seguro privado de las ISAPRE porque proporciona mayor calidad de atención y acceso a los centros de salud privados (Cronin, 2025). Mientras que el sector público está más centrado en la atención primaria, el sector privado se centra más en proporcionar servicios secundarios o terciarios, como especialistas en problemas cardiovasculares o neurológicos (Bastías et al., 2008).

El último sector atiende únicamente a las fuerzas armadas y policiales que representan alrededor del 1.75% de los usuarios de salud (Cerdeira et al., 2022). Este sector se financia con impuestos generales y los servicios de salud se prestan en hospitales privados únicamente para el uso de las fuerzas armadas (Becerril et al., 2011).

El Proceso de Descentralización de la Gestión del Sistema de Salud Chileno

Históricamente, el sistema de salud de Chile ha sido muy centralizado, sin embargo, en los últimos años ha experimentado un incremento en los procesos de descentralización administrativa. La principal forma de descentralización en Chile es la desconcentración regional

o municipal (Dazarola, 2019). Fundado en 1979, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) comprende la totalidad del sistema de salud chileno. Incluye al Ministerio de Salud y sus cinco organismos: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Chile está dividido en 29 regiones del Servicio de Salud. Cada una de estas regiones tiene cierta autonomía de decisión y gestión, aunque debe seguir las estrictas normas del Ministerio de Salud (Observatorio Chileno de Salud Pública, n.d.).

En 1981, el SNSS transfirió la atención primaria de salud y la educación a los municipios. Sin embargo, la atención secundaria y más especializada permaneció en los centros de salud más centralizados (Organization for Economic Co-operation and Development [OCDE], 2017). A estos Servicios de Salud se les ha encomendado la promoción de la salud y el desarrollo de planes de prevención de enfermedades que sigan las directrices del Ministerio de Salud (Manuel, 2002). Para financiar los servicios que prestan estas instituciones, existe un sistema financiero que reembolsa a los centros de salud municipales. Con esta falta de desconcentración de las funciones financieras, los centros de salud del nivel municipal tienen autonomía para hacer decisiones, sin embargo, los precios de los reembolsos para las decisiones los establece el Ministerio de Salud, limitando la autonomía real (Gideon, 2001). Mientras los municipios también tienen la capacidad de tomar decisiones sobre recursos humanos, es una de sus responsabilidades más débiles. Esto se debe, en parte, al hecho de que mientras tienen capacidad de decisión y algún financiera, dependen del reembolso de fondos de las instituciones centralizadas, lo que limita severamente su autonomía porque las regulaciones del gasto son estrictas (OCDE, 2017).

Sin embargo, sólo hay devolución de las responsabilidades financieras a los municipios con respecto a los servicios de atención de salud primaria y preventiva (Bossert et al., 2003).

Esta transferencia de responsabilidad como de recursos podría ser beneficiosa para el éxito de las decisiones de salud municipalizadas, sin embargo, debido a la ley de presupuesto de 2024, los recursos financieros se han visto severamente limitados (Flores, 2024). En el artículo por Flores (2024, pp#), hay una cita del profesor Patricio Meller de la Universidad de Chile en donde dice, “En gran medida esta decisión sigue siendo a nivel central, a través de los ministerios sectoriales, lo que produce un desnivel dentro de lo que es la regionalización efectiva”, que se refiere al hecho de, aunque en el papel y por ley existe una devolución de los servicios de salud primaria, no es una verdadera devolución debido a los recursos limitados.

En el caso del sector privado, las 5 funciones están delegadas a las ISAPRE vía contrato (Manuel, 2002). Este contrato con el gobierno central permite a los usuarios del sistema privado de salud transferir su contribución al impuesto de ingreso del 7% para financiar las ISAPRE, junto con los gastos de bolsillo, lo que otorga a las ISAPRE un control financiero completo sobre los servicios que prestan (Bustamante & Méndez, 2015).

Las Reformas de Descentralización del Sistema de Salud Chileno

Las reformas de descentralización a través de los años 1979 a 1981, contribuyeron a la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que inició el proceso de descentralización del sistema de salud chileno (Manuel, 2002). Esta reforma combinó el SNS existente y el Servicio Médico Nacional para los Empleados (SERMENA) en el SNSS y descentralizó las funciones fiscales, de decisión y de prestación de servicios en todo el sistema público de salud. Esta reforma llevo a la creación de los 26 servicios regionales de salud responsables de proporcionar servicios de salud primaria y preventiva siguiendo las instrucciones y las reglas del Ministerio de Salud nacional. 1981 marcó la transferencia de las funciones de atención primaria a los 341 municipios con el objetivo de que los programas de salud sean más pertinentes a nivel

local para las necesidades de un municipio específico y mejorar la cooperación entre diferentes sectores como la educación (Manuel, 2002). Un último aspecto importante de las reformas relacionadas con la descentralización fue el cambio de los mecanismos de financiamiento del sector público. Antes de las reformas, los proveedores públicos tenían un presupuesto basado en las necesidades de la población, pero en 1978 se introdujo un Sistema de Facturación por Atención Prestada (FAP) que reembolsaba a los hospitales retrospectivamente con base en una lista de precios para las intervenciones médicas. Existía un sistema similar en los municipios que reembolsaba los costos de la misma manera para los servicios de salud primaria (Manuel, 2002).

Esta forma inicial de descentralización trajo muchos problemas al sistema de salud chileno (Manuel, 2002). Una falta de coordinación entre las autoridades municipales y los servicios de salud condujo a un deterioro de las condiciones de los proveedores de servicios, quienes no recibieron reembolsos suficientes para cubrir todos los costos porque se subestimaron los precios de los servicios de atención de salud (Manuel, 2002). Los gastos en servicios de atención primaria de salud aumentaron al 34% del gasto total en salud en 1993, lo que indica una baja eficiencia. Las comunidades pobres y rurales fueron las más afectadas y redujeron su nivel de salud (Manuel, 2002). Antes de estas reformas la esperanza de vida en Chile era de 63.6 años (1970), mientras que después de ellas la esperanza de vida aumentó a 71.3 años (1982). La tasa de mortalidad materna se redujo considerablemente entre 1970 (1.72 muertes por cada 1,000 nacidos vivos) y 1982 (0.4), al igual que la tasa de mortalidad infantil (82.2 en 1970 a 23.6 en 1982) (Manuel, 2002). Esto demuestra el éxito del enfoque específico en los servicios de salud materna e infantil presente en estas reformas. Sin embargo, las principales causas de muerte reflejaron un aumento en la representación de enfermedades que pueden prevenirse fácilmente con un acceso adecuado a servicios de salud preventivos (Manuel, 2002). En 1970, las

enfermedades cardiovasculares representaban el 22.3% de las muertes, pero aumentaron al 27.6% en 1982. Esta tendencia también está presente en los tumores cancerosos (12% a 16.8%) durante los mismos años (Manuel, 2002). Esto también podría deberse a la falta de coordinación entre las distintas entidades sanitarias que menciona Manuel (2002).

Dimensión económica del sistema de salud de Chile

El sector público del sistema de salud chileno se financia mediante contribuciones obligatorias (impuestos) del 7% de los ingresos de los usuarios (Cerde et al., 2022). Parte de la financiación también proviene de otros impuestos generales, y los servicios de salud municipales se financian parcialmente con impuestos municipales generales (Becerril et al., 2011). Los usuarios de este sistema también son responsables de pagar copagos, cuyo porcentaje, dependiendo de su situación financiera y número de dependientes, varía entre el 0% y el 20% del costo total de los servicios (Superintendencia de Salud, n.d.). También hay alguna financiación mediante gastos gubernamentales (Cerde et al., 2022).

En 2022, el gasto público en salud fue del 4.92% del PIB total de Chile (PAHO, 2024). Este porcentaje es bajo en comparación con otros países de la región de LAC, por ejemplo, Cuba, con un gasto del 12.6% del PIB en 2021 (PAHO, 2024). Sin embargo, en 2022 el porcentaje del presupuesto total del gobierno gastado en servicios de salud es alto, un 19% (aumentado desde 11% en 2000), en relación con el promedio del resto de la región de las Américas (14.3%) (Organización Mundial de Salud [OMS], 2025). A partir de 2010, aproximadamente el 30% del presupuesto total de atención sanitaria se asigna a servicios de salud primaria (Missoni & Solimano, 2010). Anderson (2022) sugiere que, mientras que los países de bajos ingresos destinan alrededor del 70% de su presupuesto de salud a servicios de

atención primaria, los países de ingresos medios y altos destinan entre el 40% y el 50%. Esto significa que Chile gasta menos en servicios de atención primaria que la mayoría de los países.

Evaluación de las condiciones y el desempeño del sistema de salud de Chile

Evaluación de las condiciones del sistema de salud: calidad y cobertura

La calidad del sistema

La satisfacción de los pacientes con la disponibilidad de recursos de calidad en Chile es mucho menor que el promedio de 67% en los países miembros de la OCDE con solo un 39% de satisfacción entre los chilenos (Swiss Info, 2023). Lo más probable es que esto se deba a una menor disponibilidad de recursos y a unos costes más altos que en muchos de los otros países miembros, lo que indica que es necesario realizar mejoras en estas áreas (Swiss Info, 2023). El porcentaje de pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo de ETE fue 55.1% en 2018 y aumentó a 61.6% en 2022 (Zapata & Contreras, 2022). Esto demuestra una mejora notable en la calidad de la atención prestada en sólo 4 años.

La cobertura del sistema

Según el Grupo Banco Mundial (2022), Chile tiene alrededor de 2 camas de hospital disponibles por cada 100,000 habitantes. Esta es una disminución significativa con respecto al año 2000, cuando había 2.7 camas de hospital disponibles por cada 100,000 habitantes. El resto de la región de LAC en promedio se mantiene relativamente estable con un ligero aumento en el número de camas disponibles en los últimos años, con 2 camas por cada 100,000 habitantes disponibles a partir de 2021. Mientras Chile se encuentra en línea con el promedio de la región, las tendencias son opuestas, con la cobertura decreciente en Chile y un aumentando ligeramente en el resto de la región (GBM, 2021). El porcentaje de ciudadanos cubiertos por el seguro público de salud (FONASA) es del 76.5% (Cerdeira et al., 2022). Esto es ligeramente inferior al

promedio del 77% de cobertura de salud pública en la región de LAC (PAHO, 2022). Esto significa que mientras algunos países tienen tasas de cobertura más bajas que Chile, hay mejoras que se podrían hacer. Sin embargo, un 1.75% de la población utiliza el sector de las Fuerzas Armadas (Cerdea et al., 2022) lo que podría estar afectando las tasas de cobertura pública para Chile.

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

La eficiencia del sistema

En 2023, los gastos de bolsillo representaron el 35.04% del gasto total en salud en Chile (GBM, 2025a). El gasto de bolsillo promedio para LAC fue de 29.93% (GBM, 2025a). El mayor porcentaje de gastos de bolsillo de los ciudadanos significa un menor nivel de eficiencia (Sirag & Mohamed Nor, 2021) en el sistema de salud chileno que el promedio de LAC. El costo por día de hospitalización en Chile es de 264.25 dólares internacionales, lo que es mayor que el promedio de la región sur de Latinoamérica que es de 240.13 dólares internacionales (OMS, 2010). De manera similar a los costos de bolsillo, estos costos más altos por día de hospitalización podrían significar una menor eficiencia. El costo por visita hospitalaria ambulatoria en Chile es de 21.12 dólares internacionales, lo que es menor que el promedio de la región sur de América Latina que es de 23.06 dólares internacionales (OMS, 2010).

La eficiencia técnica del sistema

Chile tiene una de las razones de enfermeras por médico más bajas de todos los países miembros de la OCDE, con 1.2 enfermeras por médico (OCDE & GBM, 2023). El promedio de todos los países miembros de la OCDE es de aproximadamente 2.7 enfermeras por médico. La razón promedio de enfermeras por médico en los países de LAC fue de 1.9 enfermeras por

médico (OCDE & GBM, 2023). Según la Asociación Estadounidense de Enfermeras (n.d.), contar con suficiente personal de enfermería mejora los resultados y la satisfacción de los pacientes, por lo tanto, con menos enfermeras por médico, la eficiencia técnica es peor porque no hay suficiente apoyo.

La eficacia del sistema

La esperanza de vida en Chile fue 81 años en 2023 (GBM, 2024c). En 2023, el promedio de la esperanza de vida en los países de LAC fue de 76 años (GBM, 2024c). Una mayor esperanza de vida en Chile refleja una mayor eficacia del sistema de salud chileno que el promedio de la región, porque una mayor esperanza de vida refleja una prevención, un tratamiento y una cura más efectiva dentro de un sistema de salud (Peterson Center on Healthcare & Kaiser Family Foundation, 2025). En comparación con la tasa bruta de mortalidad de 7 muertes por cada 1,000 habitantes en los países de LAC, Chile tiene una tasa de mortalidad ligeramente menor de 6 muertes por cada 1,000 habitantes (GBM, 2024b). Esto significa una efectividad ligeramente mejor en Chile que en la región como un todo.

La equidad del sistema

En 2022, el 3% de las personas que vivían en zonas urbanas no tenían ningún tipo de seguro médico (Economic commission for Latin America and the Caribbean [ECLAC], 2023). Esta es más alta que el 2.8% de las personas que vivían en zonas rurales que no tenían seguro médico (ECLAC, 2023). Esto muestra una pequeña disparidad en la equidad de la cobertura de atención de salud proporcionada dentro del país. Sin embargo, existe una inequidad mucho mayor de pacientes operados con riesgo de ETE y medidas preventivas aplicadas en Aisén, una comunidad rural de Chile (26.5%) y Reloncaví, (100%) una zona urbana (Zapata & Contreras, 2022).

Análisis

Ha habido muchas reformas del sistema de salud de Chile a lo largo de su historia, y que han sido destinadas a mejorar sus condiciones y desempeño (Manuel, 2002). Una de las series de reformas más impactantes han sido las reformas de descentralización bajo el régimen de Pinochet. Como resultado de estas reformas, programas adaptados a las necesidades municipales aumentaron la esperanza de vida por casi 8 años y reducir significativamente la tasa de mortalidad materna (Manuel, 2002). Sin embargo, estas reformas tuvieron muchas consecuencias negativas. Esto dio lugar a una mala cooperación y comunicación entre los niveles de autoridad y otros municipios, malas condiciones de trabajo para los profesionales médicos y financiación insuficiente. A pesar de estas insuficiencias y de muchas reformas posteriores para reducir las, estas reformas establecieron la estructura básica del sistema de salud que todavía se utiliza hasta el día de hoy (Manuel, 2002).

Uno de los principales problemas del actual sistema de salud en Chile es la falta de comunicación entre los sectores público y privado (Bastías et al., 2008). Debido a la delegación de responsabilidades y recursos a las ISAPRE del sector privado, no existe prácticamente ninguna coordinación de servicios entre ambos sectores. Esto genera importantes problemas, con el sector público se centra en los servicios de salud primaria y el sector privado en la prestación de servicios de salud secundaria y terciaria de calidad (Bastías et al., 2008). En ambos sectores se proporcionan todos los niveles de servicios, sin embargo, la calidad y la eficiencia difieren debido al descuido de los niveles correspondientes. Esto ha resultado en las personas de bajos ingresos y alto riesgo usando el sector público y las personas de altos ingresos y bajo riesgo usando el sector privado, lo que contribuye aún más a las disparidades (Bastías et al., 2008).

Las ineficiencias del sistema de salud chileno se reflejan en los indicadores de condiciones y desempeño. Los elevados gastos de bolsillo en atención sanitaria en comparación con otros países son un ejemplo de la ineficiencia del sistema (GBM, 2025a). Esto también se puede ver en el alto costo de los días de hospitalización que refleja una menor eficiencia (OMS, 2010). Además, a pesar de que no existe una disparidad significativa en la cobertura entre las zonas rurales y urbanas, sí existe una inequidad significativa en la calidad de la atención entre los tipos de área, lo cual se refleja en una reducida cantidad de pacientes operados con riesgo de ETE y medidas preventivas aplicadas en zonas rurales (Zapata & Contreras, 2022).

Conclusión y Recomendaciones

El sistema de salud en Chile es un sistema complejo conformado por tres sectores: público, privado y fuerzas armadas (Becerril et al., 2011). A pesar de los intentos de descentralizar dentro del sector público para mejorar los programas y servicios de salud municipales, esto ha llevado a una falta de comunicación y coordinación que ha tenido impactos negativos sobre las condiciones y el desempeño de todo el sistema (Manuel, 2002). Los esfuerzos de descentralización también no han sido completamente exitosos, con una transferencia técnica de poderes para los servicios primarios de salud, pero una falta de verdadera financiación descentralizada ha limitado el éxito de la descentralización (Flores, 2024).

Para aumentar la equidad y el desempeño de todo el sistema de salud chileno, es fundamental fortalecer la comunicación entre los sectores para coordinar servicios de calidad (Bastías et al., 2008). En adición de este fortalecimiento de la comunicación, también es importante que el sector público preste más atención a la mejora de los servicios secundarios y terciarios, mientras que el sector privado mejora la calidad de sus servicios primarios (Bastías et

al., 2008). El gobierno debe regular las ISAPRE del sector privado para reducir las barreras al acceso a la atención privada basado en el ingreso y las condiciones predispuestas, así que las personas de bajos ingresos y alto riesgo tengan acceso a los servicios privados (Bastías et al., 2008).

Bibliografía

- Anderson, S. (2022, Aug 12). *WHO: Spending on Health Increased 6% in 2020; but Detailed Data Mostly Covers Rich Countries*. healthpolicy-watch.news. Retrieved Apr 27, 2025, from <https://healthpolicy-watch.news/who-finds-spending-on-health-increased-in-2020-but-sparse-dataset-leaves-many-questions-unanswered/#:~:text=WHO's%202021%20report%20found%20primary%20health%20care,reduced%20to%20around%2050%%20and%2040%%20respectively.>
- AQUASTAT Programme. (2013). *Chile: UN- Water Country Brief*. Food and Agriculture Organization of the United Nations: United Nations. https://www.unwater.org/sites/default/files/app/uploads/2017/05/CHL_spread.pdf
- Asociación Estadounidense de Enfermeras. *Nurse Staffing*. nursingworld.org. Retrieved Apr 27, 2025, from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nurse-staffing/>
- Bastías, G., Pantoja, T., Leisewitz, T., & Zárata, V. (2008). Health care reform in Chile. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Medicale Canadienne*, 179(12), 1289–1292. 10.1503/cmaj.071843
- Becerril-Montekio V, Reyes Jd, & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Scielo*, <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>
- Bossert, T. J., Larrañaga, O., Giedion, U., Arbelaez, J. J., & Bowser, D. M. (2003). Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(2), 95–100.
- Bustamante, A. V., & Méndez, C. A. (2015). Regulating self-selection into private health insurance in Chile and the United States. *Onlinelibrary.Wiley.Com*, 31(3), 219–234. <https://doi.org/10.1002/hpm.2321>

Carmagnani, M. A., Johnson, J. J., Caviedes, C. N. & Drake, P. W. (2023, Dec 20). *History of Chile*. Britannica.com. <https://www.britannica.com/topic/history-of-Chile/additional-info#contributors>

Central Intelligence Agency [CIA]. (2025, Mar 28). *Explore all Countries- Chile*. CIA.org. Retrieved Apr 7, 2025, from <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/chile/#geography>

Cerda, A. A., García, L. Y., Rivera-Arroyo, J., Riquelme, A., Teixeira, J. P., & Jakovljevic, M. (2022). Comparison of the healthcare system of Chile and Brazil: strengths, inefficiencies, and expenditures. *Cost Effectiveness and Resource Allocation : C/E*, 20(1), 71–9. 10.1186/s12962-022-00405-9

Cronin, J. (2025). *Chile's Healthcare System*. International Citizens Insurance. Retrieved Apr 8, 2025, from <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/chile.php>

Dazarola, G. (2019). Descentralización en Chile - Avances y temas pendientes. *Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile*, https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27720/1/BCN_Estado_Descentralizacion_Chile_2019_def.pdf

de la Jara, J. J., & Bossert, T. (1995). Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy*, 32(1), 155–166. 10.1016/0168-8510(95)00733-9

Doña-Reveco, C. (2022). Chile's Welcoming Approach to Immigrants Cools as Numbers Rise. *The Online Journal of the Migration Policy Institute*, <https://www.migrationpolicy.org/article/chile-immigrants-rising-numbers#:~:text=Immigrants%20accounted%20for%20just%201,percent%20of%20the%20country's%20population>

Economic commission for Latin America and the Caribbean. (2023, Nov 30). *Share of population without medical insurance in Chile in 2022, by urbanization level*. Statista. Retrieved Apr 27, 2025,

from <https://www.statista.com/statistics/1474312/share-of-population-without-medical-insurance-urbanization-in-chile/>

Flores, V. A. (2024, Jul 30). *Descentralización en Chile: ¿Qué tanto hemos avanzado?* uchile.cl.

Retrieved Apr 27, 2025, from <https://uchile.cl/noticias/218852/descentralizacion-en-chile-que-tanto-hemos-avanzado-#:~:text=Chile%20a%20partir%20de%20la,y%20la%20distribuci%C3%B3n%20del%20capital>

Gideon, J. (2001). The decentralization of primary health care delivery in Chile. *Public Administration and Development*, 21(3)<https://doi.org/10.1002/pad.175>

Grupo Banco Mundial. (2021). *Hospital beds (per 1,000 people) - Chile, Latin America & Caribbean*. data.worldbank.org. Retrieved Apr 27, 2025,

from https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=CL-ZJ&name_desc=false

Grupo Banco Mundial. (2023, Dec 6). *Chile avanza hacia una cobertura de salud primaria universal y resiliente con apoyo del Banco Mundial*. BancoMundial.org. Retrieved Apr 8, 2025,

from <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2023/12/06/chile-moves-towards-universal-and-resilient-primary-health-coverage-with-support-from-the-world-bank>

Grupo Banco Mundial. (2024a). *Chile avanza hacia una gestión más sostenible y equitativa de los recursos hídricos con apoyo del Banco Mundial*. BancoMundial.org: Grupo Banco

Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2024/06/10/chile-avanza-hacia-una-gesti-n-m-s-sostenible-y-equitativa-de-los-recursos-h-dricos-con-apoyo-del-banco-mundial>

Grupo Banco Mundial. (2024b). *Death rate, crude (per 1,000 people) - Latin America & Caribbean, Chile*. WorldBank.org. Retrieved Apr 27, 2025,

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

Grupo Banco Mundial. (2024c). *Life expectancy at birth, total (years) - Chile, Latin America & Caribbean*. Grupo Banco Mundial. Retrieved Apr 27, 2025, from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=CL-ZJ>

Grupo Banco Mundial. (2025a, Apr 4). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Latin America & Caribbean, Chile*. Grupo Banco Mundial. Retrieved Apr 27, 2025, from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=ZJ-CL>

Grupo Banco Mundial. (2025b). *Población Rural (% de población total) - Chile*. BancoMundial.org. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=CL>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *GBD Compare*. healthdata.org. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Manuel, A. (2002). The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud Pública De México*, 44, 60–8. 10.1590/S0036-36342002000100009

Minority Rights Group. (2023). *Afro-Chileans in Chile*. Minority Rights Group. <https://minorityrights.org/communities/afro-chileans/>

Missoni, E., & Solimano, G. (2010). *Towards Universal Health Coverage: the Chilean experience*. Organización Mundial de Salud. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/technical-briefs-background-papers/4chile.pdf?sfvrsn=2a6c48a1_3#:~:text=Primary%20Health%20Care%20\(PHC\)&text=Currently%2C%2030%25%20of%20the%20health,Vargas%20and%20Poblete%2C%202008\).](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/technical-briefs-background-papers/4chile.pdf?sfvrsn=2a6c48a1_3#:~:text=Primary%20Health%20Care%20(PHC)&text=Currently%2C%2030%25%20of%20the%20health,Vargas%20and%20Poblete%2C%202008).)

Observatorio Chileno de salud pública. *Organizational Structure of the SNSS*. ochisap.cl. https://www.ochisap.cl/estructura-organizacional-del-snss/?utm_source=chatgpt.com

OECD. (2017). Making Decentralisation Work in Chile: Towards Stronger

Municipalities. <https://doi.org/10.1787/9789264279049-en>

Organización Mundial de Salud. (2010). *WHO-CHOICE estimates of cost for inpatient and outpatient*

health service delivery. Organización Mundial de Salud: Department of Health Systems

Governance and Financing. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health->

[economics/who-choice-estimates-of-cost-for-inpatient-and-outpatient-health-service-](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/who-choice-estimates-of-cost-for-inpatient-and-outpatient-health-service-delivery.pdf)

[delivery.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/who-choice-estimates-of-cost-for-inpatient-and-outpatient-health-service-delivery.pdf)

Organización Mundial de Salud. (2025, Apr 4). *Gasto nacional de salud de las administraciones*

públicas (GGHE-D) como porcentaje del gasto de las administraciones públicas (ESB)

(%). data.who.int. Retrieved Apr 27, 2025,

from <https://data.who.int/es/indicadores/i/8C8FB8F/B9C6C79>

Organization for Economic Co-operation and Development, & Grupo Banco Mundial. (2023). *Health*

at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. OECD Publishing,

Paris. [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/health-at-a-](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_7ba284d7/532b0e2d-en.pdf)

[glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_7ba284d7/532b0e2d-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_7ba284d7/532b0e2d-en.pdf)

Pan American Health Organization. (2022). *Advancing towards universal health in Latin America and*

the Caribbean: Lessons from the COVID-19 pandemic. paho.org. Retrieved Apr 27, 2025,

from [https://www.paho.org/en/stories/advancing-towards-universal-health-latin-america-and-](https://www.paho.org/en/stories/advancing-towards-universal-health-latin-america-and-caribbean-lessons-covid-19-pandemic)

[caribbean-lessons-covid-19-pandemic](https://www.paho.org/en/stories/advancing-towards-universal-health-latin-america-and-caribbean-lessons-covid-19-pandemic)

Pan American Health Organization. (2024, Oct 16). *Chile - Country*

Profile. PAHO.org. <https://hia.paho.org/en/country->

[profiles/chile#:~:text=Health%20situation&text=The%20maternal%20mortality%20ratio%20in,c](https://hia.paho.org/en/country-profiles/chile#:~:text=Health%20situation&text=The%20maternal%20mortality%20ratio%20in,c)

[hildren%20throughout%20their%20reproductive%20lives.](https://hia.paho.org/en/country-profiles/chile#:~:text=Health%20situation&text=The%20maternal%20mortality%20ratio%20in,c)

- Peterson Center on Healthcare, & Kaiser Family Foundation. (2025). *Life Expectancy*. healthsystemtracker.org. Retrieved Apr 27, 2025, from <https://www.healthsystemtracker.org/indicator/health-well-being/life-expectancy/#Life%20expectancy%20at%20birth%20in%20years,%20by%20race/ethnicity,%2008-2022>
- Sanhueza, X., Laborde, C., Correa, T., Becerra, I., Bravo, R., Bradford, M., Wiedmaier, C., Aday, M. &, Willemsen, I., Normandin, A., Araya, A., Ortiz, O., & Santiago, M. (2019). *Estructura y Funcionamiento del sistema de salud Chileno* (2nd ed.)
- Santiago, P., Fiszbein, A., García Jaramillo, S., & Radinger, T. (2017). OECD Reviews of School Resources:Chile 2017., 17. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285637-en>
- Sirag, A., & Mohamed Nor, N. (2021). Out-of-Pocket Health Expenditure and Poverty: Evidence from a Dynamic Panel Threshold Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(5), 536. doi: 10.3390/healthcare9050536. 10.3390/healthcare9050536
- Superintendencia de Salud. *Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile*. Superintendencia de Salud. Retrieved Apr 7, 2025, from https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/como-funciona-el-sistema-de-salud-en-chile/#accordion_0
- Swiss Info. (2023, Nov 7). *La satisfacción por disponibilidad de atención médica en Chile está bajo el promedio OCDE*. swissinfo.ch. Retrieved Apr 27, 2025, from <https://www.swissinfo.ch/spa/la-satisfacci%C3%B3n-por-disponibilidad-de-atenci%C3%B3n-m%C3%A9dica-en-chile-est%C3%A1-bajo-el-promedio-ocde/48959162#:~:text=%2D%20Solo%20un%2039%20%25%20de%20los,2023%20de%20este%20organismo%2C%20que>
- The Borgen Project. (2024, Oct 18). *Medical Reforms in Chile*. The Borgen Project. Retrieved Apr 8, 2025, from https://borgenproject.org/medical-reforms-in-chile/?utm_source=chatgpt.com

World Bank Group. (2023). *GDP Per Capita (Current US\$) - Chile*. WorldBank.org. Retrieved Apr 7, 2025,

from https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CL&name_desc=false

World Bank Group. (2025). *Metadata Glossary*. WorldBank.org. Retrieved Apr 7, 2025,

from <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/world-development-indicators/series/SI.POV.GINI>

Zapata, C. P., & Contreras, J. F. (2022). *Informe de Indicadores de Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención 2022*. Ministerio de

Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2023/10/articles-23969_recurso_1.pdf