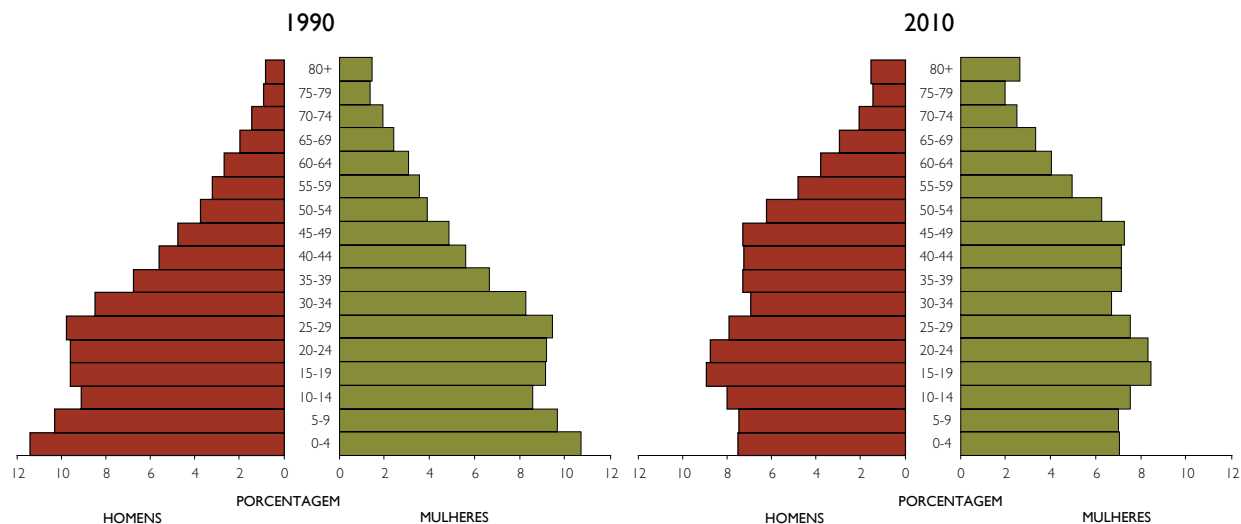


Chile

INTRODUÇÃO

O Chile localiza-se no extremo sudoeste da América do Sul e faz fronteira com Argentina, Bolívia e Peru. Seu território é longo (4.329 km) e estreito (largura média, 177 km), com uma superfície de 756.626 km². A divisão político-administrativa estabelece 15 regiões, 53 províncias e 346 municípios (1). É uma república unitária com um sistema político democrático estável, cujo Estado tem três poderes independentes: Executivo, Legislativo e Judiciário.

A população estimada em 2010 era de 17.094.275 habitantes, dos quais 22,3% eram menores de 15 anos e 11,1% tinham 60 anos ou mais de idade (1). A população tem envelhecido progressivamente devido à diminuição da natalidade e o aumento da expectativa de vida em todos os grupos etários (Figura 1) (2). Em 2010, a taxa de natalidade era de 14,8 por 1.000 habitantes e a taxa de fertilidade de 1,9 filhos por mulher. A mortalidade infantil foi de 7,7 por 1.000 nascidos vivos em 2009. A expectativa de vida ao nascer estimada para o quinquênio 2006-2010 foi de 78,5 anos

FIGURA 1. Estrutura da população por idade e sexo^a, Chile, 1990 e 2010

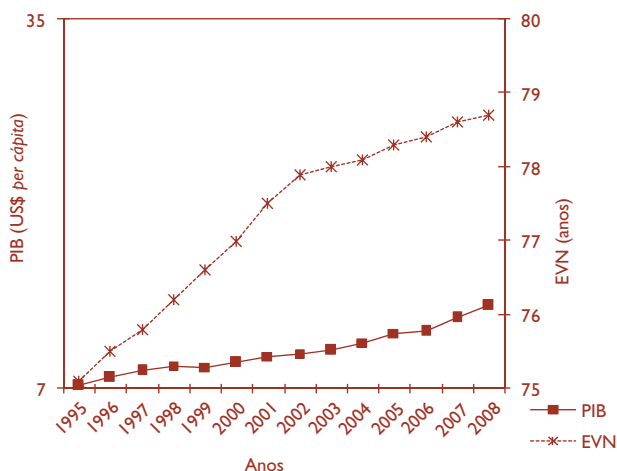
A população aumentou 29,9% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal nos maiores de 25 anos de idade, e outra nos menores de 15 anos, com relativa semelhança entre os de 15 a 29 anos, em consonância com as mudanças na fertilidade durante as três décadas anteriores. Em 2010, a pirâmide muda em direção às idades maiores e há relativa estabilidade nos menores de 50 anos, refletindo taxas de fertilidade e mortalidade relativamente baixas nas últimas cinco décadas.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, com base nos dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População, Perspectivas da população mundial, revisão 2010. Nova Iorque, 2011.

^a O percentual de cada grupo de idade é uma proporção em relação ao total de cada sexo.

(75,5 anos para homens e 81,5 anos para as mulheres) (1, 3).

A economia chilena tem crescido de forma constante. Em 2009, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* foi de US\$ 14.341 e a taxa anual de inflação de 0,3% (4). A Figura 2 mostra o aumento sistemático do PIB *per capita* e da expectativa de vida ao nascer

FIGURA 2. Evolução do Produto Interno Bruto (PIB, US\$ per capita) e da Esperança de Vida ao Nascer (EVN), Chile, 1995-2008

Fonte: Referência (5).

entre 1995-2008. O estado de saúde da população é proporcional à crescente melhora da situação social e econômica do país; às medidas de proteção social dos grupos mais vulneráveis; à existência de políticas sociais e de saúde que favorecem a promoção, o acesso e a cobertura assistencial; e ao desenvolvimento do sistema de saúde (5). O desempenho do sistema público de saúde com relação às pessoas mais necessitadas e isoladas geograficamente tem promovido a equidade por meio da prevenção da mortalidade materna e infantil, a mortalidade prematura, as doenças transmissíveis e a desnutrição, além da melhora das condições de saneamento (3, 6).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Em 2009 a renda média mensal familiar girava em torno de US\$ 1.500, embora no quintil de maior renda tenha sido 15,7 vezes maior do que no de menor renda. O desemprego tem diminuído progressivamente na última década, e foi de 8,1% em 2010 (1). Em 2009, 15,1% da população vivia em situação de pobreza e 3,4% em situação de extrema pobreza (indigência). A Figura 3 mostra os níveis de pobreza e extrema pobre-

za nas 15 regiões do país. A pobreza é maior onde há mais crianças, adolescentes e grupos familiares chefiados por mulheres, em áreas rurais e nos povoados indígenas (7).

As políticas sociais redistributivas e os subsídios financeiros voltados à população mais pobre e vulnerável constituem uma proteção social efetiva. Os subsídios correspondem a 43,7% da renda total no decil inferior por estratificação de renda autônoma, enquanto representam um mero 0,1% no decil superior de renda (focalização efetiva). O percentual de domicílios aumentou em 30,6% na última década (34,2% nas áreas urbanas e 13% nas áreas rurais). A taxa de alfabetismo na população maior de 15 anos de idade é de 98,6%. A média de escolaridade é de 10,4 anos, sendo de 10,8 nas áreas urbanas e de 7,8 nas áreas rurais (6-9).

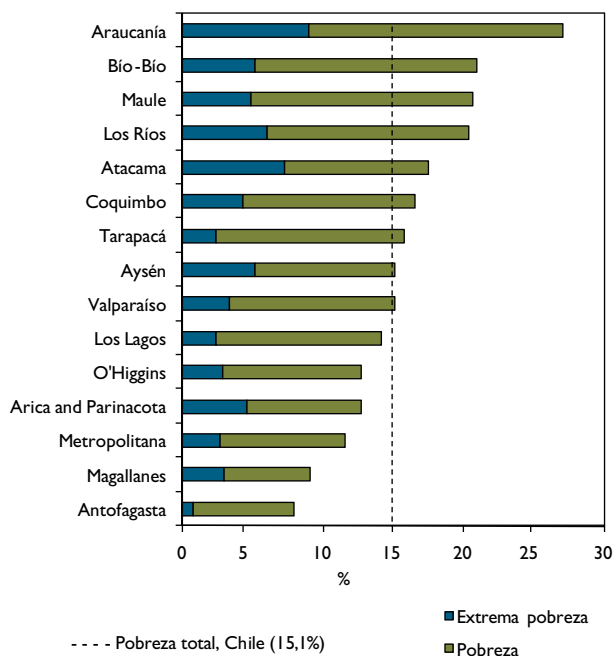
Algumas políticas públicas refletem a perspectiva de gênero e têm envidado esforços intersetoriais para a promoção dos direitos das mulheres. A participação das mulheres no mercado de trabalho e na política é relativamente baixa. A taxa de participação no mercado de trabalho é de 40,3% para mulheres e de 71,4% para homens. Mais de 60% das mulheres que trabalham são menores de 40 anos de idade. Persistem

padrões tradicionais de divisão do trabalho nos domicílios, o que implica uma sobrecarga de trabalho para as mulheres. Também, muitas mulheres são chefes de família (10).

No Chile 6,9% da população informa pertencer ou descender de algum povo indígena, e apenas 12% da população indígena falam e compreendam sua língua originária. Da população indígena, 31,1% vivem em áreas rurais, 19,9% são pobres, 56,9% têm escolaridade de nível fundamental e, por vezes, menor, e somente 11,9% têm escolaridade de nível superior. A renda média entre os indígenas está 48% abaixo da renda média nacional da população não indígena (7).

Em 2006, um estudo sobre municípios agrupados por renda familiar identificou 273,9 anos potenciais de vida perdidos (APVP) por 1.000 habitantes (antes dos 80 anos) no decil de menor renda e 181,2 APVP por 1.000 habitantes no decil de maior renda. No mesmo ano, 0,9% de crianças de até 6 anos de idade vivendo em domicílios do quintil de menor renda apresentavam desnutrição, e 8,6% eram obesos ou estavam em sobrepeso, enquanto no quintil de maior renda, tais percentuais foram de 0,1% e 5,6%, respectivamente (3, 7).

FIGURA 3. Distribuição da pobreza e da extrema pobreza no Chile, por Região, 2009



Fonte: Referência (7)

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

O Chile conseguiu uma ampla cobertura no saneamento básico. Em 2009, a cobertura de água potável era universal nas áreas urbanas e maior que 95% nas rurais, enquanto 82% dos domicílios dispunham de rede de esgoto e o tratamento das águas residuais chegava a 83%. O desenvolvimento urbano e industrial produziu um conjunto de efeitos secundários, como a deterioração de algumas condições ambientais (mais intenso na capital do país), que inclui a contaminação de ar, água e solo, e a eliminação de resíduos sólidos (7, 11). Em 2010, a Lei nº 20.417 entrou em vigor, criando o Ministério do Meio Ambiente, o Serviço da Avaliação Ambiental e a Superintendência do Meio Ambiente (12).

Com sua natureza montanhosa e vulcânica, o Chile possui uma atividade sísmica frequente. Destacam-se os violentos terremoto e tsunamis de fevereiro de 2010, que afetaram, em especial, quatro regiões

e provocaram 512 mortes e 16 desaparecidos. Além dos danos diretos ocasionados à saúde, mudanças nas condições de vida e no saneamento implicaram riscos importantes para a saúde. Houve 800.000 pessoas atingidas por problemas de moradia, pobreza, saneamento, saúde mental e outros, enquanto 18 hospitais e centenas de ambulatórios ficaram inutilizáveis. As características de desenvolvimento do país e a infraestrutura antissísmica das moradias e das obras públicas, assim como o grau de prontidão nacional para desastres evitaram consequências ainda piores (13). O país deve se preparar para enfrentar alguns problemas antropogênicos, especialmente a poluição ambiental (13, 14).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde Materna e Reprodutiva

A taxa de mortalidade materna, de 19,8 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2008, tem experimentado uma redução importante e histórica, especialmente desde 1965, com a introdução de programas de planejamento familiar e aumento progressivo da cobertura de atenção pré-natal e do parto. A taxa global de fertilidade diminuiu de 2,5 filhos por mulher em 1983 para 1,9 em 2009, e 53,4% das mulheres em idade fértil utiliza algum método contraceptivo: DIUs (39%), anticoncepcionais orais (44%) e outros (17%). A esterilização feminina voluntária foi realizada por 7,6% das mulheres em idade fértil. Em 2008, 11,6% dos nascidos vivos tinham mães menores de 20 anos de idade, a gravidez em adolescentes é preocupante, especialmente porque se associa a riscos sociais e de saúde e porque esse grupo de idade não tem facilidade de acesso a serviços de contracepção. A proporção da população de 15 a 19 anos sexualmente ativa eleva-se em 49,1%, com o início da atividade sexual acontecendo em média aos 15 anos de idade (3, 15).

Crianças com até 5 anos de idade

Houve um declínio sustentado da mortalidade infantil, incluindo seus componentes neonatal e pós-neonatal, com uma tendência assintótica de cerca de 8

óbitos por 1.000 nascidos vivos desde 2002. Em 2008, a mortalidade infantil foi de 7,9 por 1.000 nascidos vivos (mortalidade neonatal em 5,5 por 1.000 nascidos vivos). Por outro lado, 81,9% de mortes infantis ocorreram na primeira semana de vida. As principais causas da mortalidade infantil foram os transtornos relativos à prematuridade, malformações congênitas do coração e dificuldade respiratória do recém-nascido. As mortes perinatais deveram-se principalmente à prematuridade (44%) e às doenças congênitas (35%). As causas de hospitalização mais frequentes de crianças até 1 ano de idade foram as doenças do sistema respiratório (33,4%) e quadros decorrentes do período perinatal (23%). A síndrome obstrutiva brônquica foi a principal causa específica de hospitalização e motivou entre 23% a 25% das consultas médicas sobre doenças. Em 2008, registrou-se uma taxa de 6,9 casos de diarreia aguda por 100 em crianças menores de 5 anos, com um aumento dos casos durante o verão (16). Em 2008, houve 5,9% de crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) e 1% de crianças com baixíssimo peso (menos de 1.500 g) a 1%. Das crianças menores de 6 anos atendidas pelo sistema público de saúde em 2009, 21,6% tinham sobrepeso, quase 10% eram obesas, 0,3% apresentavam quadro de desnutrição e 2,3% com risco de desnutrição. Desde 2003, as taxas de sobrepeso e obesidade vêm se mantendo relativamente estáveis nessa faixa etária (3).

Crianças de 5 a 9 anos de idade

Em 2008, a taxa de mortalidade na faixa etária de 5 a 9 anos foi de 0,17 mortes por 1.000 crianças, principalmente devida a causas externas (22,3%), neoplasias (19,4%) e anomalias congênitas (16,8%). As principais causas de internações foram doenças do sistema respiratório (26,3%) e do sistema digestivo (14,2%) (3).

Adolescentes (10 a 19 anos)

Em 2009, a taxa de mortalidade na população de 10 a 19 anos de idade foi de 0,35 mortes por 1.000 habitantes nessa faixa etária, devidas principalmente a causas externas (59%), neoplasias malignas (11,4%) e doenças do sistema nervoso (9,6%). As causas mais frequentes de internação foram gravidez, parto e puerpério (30%), doenças do sistema digestivo (13,6%) e

traumatismos, envenenamentos e outras causas externas (13,2%). Os principais fatores de risco entre os adolescentes são tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, sexo sem proteção, gravidez e acidentes (3, 15).

Adultos (20 a 64 anos)

Em 2009, a taxa de mortalidade no grupo de 20 a 64 anos de idade foi de 2,6 mortes por 100.000 habitantes (3,4 por 100.000 para homens e 1,8 por 100.000 para mulheres). Em 2006, as principais causas foram as causas externas (44%), os tumores (17%) e as doenças do sistema circulatório (9,3%) e digestivo (7,2%). Em 2008, as causas de internações mais frequentes foram gravidez, parto e puerpério (45%), seguidas por lesões e outras causas externas (9,7%). Essa faixa etária respondeu por 93% dos acidentes ocupacionais. Os acidentes de trânsito causaram 13% das mortes no grupo de 20 a 64 anos e 3,3% no subgrupo de 45 a 64 anos (3, 15).

Idosos (65 anos ou mais)

Em 2009, a taxa de mortalidade na faixa etária de 65 a 79 anos foi de 31,9 por 100.000 nos homens e 18,9 por 100.000 nas mulheres. Em 2006, as principais causas de morte foram os tumores (31%) e as doenças dos sistemas circulatório (30%), respiratório (8,4%) e digestivo (7,5%). No grupo de 80 anos ou mais de idade, as causas mais frequentes de morte foram as doenças do sistema circulatório (35,7%), os tumores (17,5%) e as doenças do sistema respiratório (15,2%). Em 2008, as causas mais comuns de internação foram as doenças dos sistemas circulatório (18,4%), respiratório (16,3%) e digestivo (12,8%), seguidas por tumores (10,5%) (3).

A Família

De todas as famílias, 84,5% são nucleares. Em 2009, as famílias vivendo em situação de pobreza tinham mais filhos (média de 2,0) que as famílias não pobres (média de 1,7). A renda familiar e a pobreza, bem como a escolaridade da mãe, causaram diferenças na mortalidade infantil e de alimentação deficiente (desnutrição, sobrepeso e obesidade) e nos APVP (3, 7).

Trabalhadores

No ano de 2004 perdeu-se em média 1,0 dias de trabalho por trabalhador em decorrência de acidentes e 0,03 dias de trabalho por doenças ocupacionais. Em 2008, a mortalidade por acidentes ocupacionais foi de 7,7 mortes por 100.000 trabalhadores; dessas mortes, 28% deveram-se a acidentes no trajeto até o trabalho. A taxa de acidentes foi de 8,5% e a de doenças ocupacionais de 0,15% (3).

Grupos étnicos ou raciais

Diversas pesquisas têm mostrado sistematicamente o pior estado de saúde e o menor acesso aos serviços de saúde entre a população indígena quando comparada à população não indígena. No período de 2001 a 2003, a mortalidade geral em seis serviços de saúde que tinham essas informações foi entre 30% a 80% maior na população indígena do que na população não indígena (Tabela 1). A mortalidade infantil na população indígena foi também entre 90% e 250% maior. Especialmente desde 2005, as autoridades sociais e sanitárias têm aprofundado o seu conhecimento sobre a população indígena e organizaram programas intersetoriais de proteção social tais como “Chile Solidário”, “Chile Cresce Contigo” dentre outros, voltados aos grupos populacionais vulneráveis (17, 18).

Outros Grupos

Pessoas com deficiência

Dados de 2004 (última informação nacional disponível, da Pesquisa Nacional FONADISINE) indicam que havia 2.068.072 pessoas com deficiência (uma prevalência de 12,9%), dentre as quais 7,2% tinham deficiência leve, 3,2% moderada e 2,5% severa. As deficiências mais frequentes foram de tipo visual (45,6%) e física ou motora (31%). Múltiplas deficiências foram registradas em 13,8% das pessoas, cuja maior causa notificada foram as doenças crônicas. Apenas 6% das pessoas com deficiência informou que possuía acesso a serviços de reabilitação. Das pessoas com deficiência,

TABELA 1. Mortalidade na população indígena e não indígena, segundo os serviços de saúde selecionados, Chile 2001-2003

Serviços de Saúde	Mortalidade geral /1.000 Habitantes			Mortalidade infantil/1.000 Nascidos Vivos		
	Indígena	Não indígena	Risco Relativo	Indígena	Não indígena	Risco Relativo
Arica	6,6	4,3	1,5	7,9	3,8	2,2
Iquique	6,2	4,2	1,5	16,9	8,9	1,9
Magallanes	10,9	5,9	1,8	18,2	8,1	2,2
Araucanía Sur	8,7	6,5	1,3	21,8	6,3	3,5
Valdivia	10,1	6,2	1,6	17,7	9,4	1,9
Arauco	7,3	4,8	1,5	24,3	10,5	2,3

Fonte: Referência (19).

43,1% não tinham concluído o ensino fundamental e sua taxa de participação no mercado de trabalho era de somente 31,5% (19).

MORTALIDADE

As 90.168 mortes registradas em 2008 representaram uma taxa bruta de mortalidade de 5,4 mortes por 1.000 habitantes (6,1 homens e 5,2 mulheres). As principais causas de morte foram as doenças do sistema circulatório (27,5%), tumores (25%), causas externas (9,2%) e as doenças do sistema respiratório (9,2%) (3).

MORBIDADE

Doenças Transmissíveis

Doenças Transmitidas por Vetores

A Doença de Chagas se estende desde a Região I até da VI do país, incluindo a Região Metropolitana de Santiago. Em 1999, a transmissão vetorial do *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma infestans* foi interrompida. A taxa de mortalidade foi de 0,3 mortes por 100.000 habitantes, das quais 80% corresponderam a cardiopatias e o restante a outros tipos de visceromegalia. Não foram notificados casos de febre amarela, peste, esquistossomose e nem casos autóctones de malária. Em 2010 houve 4 casos de leptospirose (0,03 por 100.000 habitantes) e 23 casos confirmados de dengue (0,1 por 100.000 habitantes), esses últimos aconteceram todos

na Ilha de Páscoa, a 3.500km do território continental. No mesmo ano, foram registrados 59 casos de hantavírose, com uma taxa de incidência de 0,35 casos por 100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 18%. Essas doenças são endêmicas, com surtos sazonais (70% entre novembro e abril) em algumas regiões do país (16).

Doenças Imunopreveníveis

A poliomielite foi eliminada, não há circulação do poliovírus silvestre e não foram notificados casos associados à vacinação. A cobertura da vacinação é de 96%. Não foram registrados casos de difteria. A cobertura da terceira dose de vacina tríplice bacteriana é de 96%. Casos autóctones de sarampo, doença considerada em vias de eliminação, foram notificados pela última vez em 2004. Casos de rubéola não têm sido notificados desde 2008. A coqueluche apresenta incidência anual de 4,4 casos por 100.000 habitantes, dos quais 79,7% corresponderam a crianças de até 5 anos de idade. O tétano apresenta-se de forma esporádica, com sete casos em 2010 (uma incidência de 0,04 por 100.000 habitantes), e não foram registrados casos de tétano neonatal. Em 2010, foram notificados 857 casos de caxumba (incidência de 5 casos por 100.000 habitantes), que atingiram principalmente os menores de 15 anos (74,6%). A influenza apresentou-se de forma epidêmica a cada 3 ou 4 anos. Em 2009, foram notificados 16.096 casos (1,05 por 100.000 habitantes), principalmente em pessoas de 5 a 19 anos, com mor-

talidade de 0,9 por 100.000 habitantes. A influenza A (H1N1) ocasionou 4.037 casos. Em 2010, as taxas de incidência de hepatite B e C foram de 3,3 e 3,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Registraram-se 79 casos de meningite meningocócica (incidência de 0,6 por 100.000 habitantes), dos quais 55% afetaram crianças de até 5 anos de idade. A sua letalidade foi de 8,6% (16).

Zoonoses

A hidatidose é endêmica no país; em 2010, foram notificados 220 casos (2,14 por 100.000 habitantes), concentrados nas áreas rurais com rebanhos de ovinos. A hidatidose ocasiona entre 30-40 mortes anuais, com taxa de mortalidade de 0,2 por 100.000 habitantes. O antraz é encontrado esporadicamente no Chile, foi notificado um caso em 2009 e nenhum em 2010. Houve cinco casos de brucelose em 2010, com uma taxa de 0,03 casos por 100.000 habitantes e não foram registradas mortes por essa doença. Foram registrados 14 casos de triquinose em 2010, com uma taxa de incidência de 0,08 por 100.000 habitantes. As mortes variaram entre zero e duas por ano no período em análise. Todos os surtos estiveram relacionados com a matança clandestina de porcos. Os últimos casos registrados de raiva humana ocorreram em 1996 (16).

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Estima-se que havia 40.000 portadores do vírus HIV em 2009, com uma prevalência de 0,4% (12 portadores por 100.000 habitantes). Das pessoas infectadas, 97,5% eram maiores de 15 anos de idade e as taxas mais altas estavam entre as pessoas de 30-39 anos. A razão homem/mulher era de 3,6 para o HIV e de 5,6 para Aids. Em 43% dos homens portadores do HIV, a transmissão ocorreu por meio de relações sexuais com outros homens; em 79,6% das mulheres, ela ocorreu por meio de relações heterossexuais. Estima-se que a prevalência do HIV nos grupos de alto risco seja de 5%. A taxa de letalidade por caso tende a declinar, com aumento da sobrevivência devido à garantia de acesso ao tratamento com antirretrovirais. A taxa de incidência anual da sífilis em 2008 foi de 16,6 casos por 100.000

habitantes, sendo 2,2% desses casos de sífilis congênita. Em 2008, a maior proporção de casos foi notificada em mulheres (53%) e a faixa etária mais afetada foi de 20 a 24 anos. A taxa de incidência de gonorreia foi de 5,6 casos por 100.000 habitantes em 2008 (86,4% eram homens). Em 2003, 0,1% da população maior de 17 anos de idade era portadora do vírus da hepatite B e 15% das mulheres com vida sexual ativa eram portadoras do HPV, especialmente as de até os 35 anos de idade (23%) (16, 20).

Tuberculose

A taxa de incidência de tuberculose foi de 13,8 casos por 100.000 habitantes em 2008 e a redução observada se relaciona com as atividades do programa de prevenção e controle, tais como: baciloscopia em casos com suspeita e culturas para diagnóstico e controle, bem como tratamento para todas as formas da doença (16).

Doenças Intestinais

As febres tifoide e paratifoide são doenças endêmicas com tendências sazonais (março, outubro e novembro). Em 2010, a taxa de incidência foi de 1 caso por 100.000 habitantes. A incidência foi maior em duas regiões do norte, Antofagasta e Arica e Parinacota. O grupo de maior risco foi o de 15 a 24 anos. A hepatite A apresenta-se de forma endêmica intermediária, com surtos epidêmicos a cada 4 ou 5 anos. A taxa de incidência em 2010 foi de 3,2 casos por 100.000 habitantes. Afetou principalmente o grupo de 5 a 14 anos de idade (33%). O último caso de cólera foi registrado em 1998 (16).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Em 2010, a prevalência estimada de diabetes mellitus foi de 9,4% (8,4% em homens e 10,4% em mulheres). A taxa aumenta com a idade e chega a 16,9% no grupo de 45 a 64 anos e 25,8% na faixa etária de 65 anos ou mais. Sua mortalidade foi de 20,8 por 100.000 habitantes em 2010. Por outro lado, a taxa de mortalidade

por cardiopatia isquêmica foi de 48,9 por 100.000 habitantes, enquanto as doenças cerebrovasculares apresentaram uma taxa de 49,0 por 100.000 habitantes. A taxa de hospitalização por cardiopatia isquêmica foi de 127,9 por 100.000 e por doenças cerebrovasculares de 124,7 por 100.000 (3, 15).

Em 2009, as neoplasias malignas responderam por 25% das mortes, equivalente a uma taxa de 125 por 100.000 habitantes. Anualmente diagnosticam-se mais de 30.000 novos casos de câncer e se produzem 111.335 internações por essa causa. Os principais tipos de câncer vitimadores são de estômago (18,6 mortes por 100.000 habitantes) e de pulmão (14,6 por 100.000 habitantes). Entre os homens, os principais tipos de câncer letais são os de estômago (24,4 por 100.000 habitantes), de próstata (20,2 por 100.000 habitantes) e de pulmão (18,3 por 100.000 habitantes), enquanto nas mulheres, foram de vesícula (15,6 por 100.000 habitantes), de mama (14,5 por 100.000 habitantes) e de estômago (12,9 por 100.000 habitantes). Entre 1999 e 2008, a mortalidade total por câncer cervicouterino ajustada por idade encolheu 37%, enquanto entre as mulheres maiores de 25 anos a taxa diminuiu de 17 para 14,4 por 100.000 habitantes (3).

Doenças Nutricionais

Da população chilena maior de 15 anos de idade, 64,5% têm excesso de peso (IMC \geq 25): 39,3% apresentam sobrepeso e 25,1% obesidade, que inclui 2,3% de obesidade mórbida. Somente 1,8% da população tem baixo peso: 1,1% são homens e 2,4% mulheres (15).

Acidentes e violências

Os acidentes constituem a terceira causa de morte. Em 2009, a taxa de mortalidade por acidentes era de 48,2 por 100.000 habitantes e essa taxa era 3,5 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres. A taxa de mortalidade relacionada a acidentes de trânsito foi de 12,8 por 100.000 habitantes e 5 vezes maior entre os homens. A mortalidade por lesões e envenenamentos atingiu principalmente aos adultos e foi mais elevada entre as pessoas com mais de 20 anos de idade (3).

Transtornos mentais

Em 2009, a prevalência de depressão estimou-se em 17,2% (8,5% entre os homens e 25,7% entre as mulheres) e a incidência anual de esquizofrenia na população adulta foi estimada em 12 por 100.000 habitantes. A taxa de suicídios ajustada por idade no período de 2006-2008 foi de 7,1 por 100.000 habitantes. Entre os adultos, 17,7% estão em risco de se tornarem alcoólatras (29,3% dos homens e 6,7% das mulheres) (3, 15). O Plano Nacional de Saúde Mental 2000-2010 incluiu estratégias para o fortalecimento de programas públicos de saúde que abordem essa questão (21, 22).

Outros problemas de saúde

Saúde Bucal

A média de dentes danificados por cáries na dentição definitiva é de 0,59 dentes em crianças de 6 a 8 anos e de 2,60 dentes nos de 12 anos. Na população maior de 17 anos, 66% apresentam cáries e 13,3% espaços edêntulos em um ou ambos os maxilares. A percepção da necessidade de prótese dentária (parcial ou total) foi de 0,4% no grupo de 15 a 24 anos, 18,8% no de 25 a 44 anos, 43,2% no de 45 a 64 anos e 59,7% no de 65 anos ou mais. Nos adultos, 5,5% apresenta perda total da dentição, valor que aumenta para 33,4% entre os adultos maiores de 65 anos e mais. Os valores são mais elevados entre as mulheres, na população rural e na população com menos de oito anos de escolaridade (15).

Fatores de Risco e Proteção

Segundo a Pesquisa Nacional de Qualidade de Vida e Saúde 2009-2010 (15), a prevalência estimada de hipertensão arterial nos adultos foi de 26,9% (28,7% nos homens e 25,3% nas mulheres). A prevalência do colesterol total elevado atingiu 38,5% (39% nos homens e 38,1% nas mulheres). Mais da metade dos adultos apresentaram pelo menos dois dos principais fatores de risco cardiovascular (tabagismo, idade, antecedentes familiares, colesterol elevado e hipertensão arte-

rial), e 6,6% da população maior de 17 anos encontravam-se em alto risco cardiovascular, sem considerar o diabetes. Incluindo-se o diabetes, 13% da população estariam em risco máximo (15). O sedentarismo atinge 88,6% dos adultos, e seu nível mais severo atinge 27,1% dos adultos (22,2% dos homens e 37,1% das mulheres). Da população de 24 a 44 anos, 39% apresenta simultaneamente tabagismo, excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) e sedentarismo. Entre os adultos, 44,2% dos homens e 31,1% das mulheres fumam. A prevalência dos fatores de risco e doenças crônicas é sistematicamente maior nas pessoas com menor escolaridade (Tabela 2) (15).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

O PAPEL DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde é misto (público e privado) e o Estado desempenha uma função de liderança e regulação por meio do Ministério da Saúde (Tabela 3). O financiamento do setor deriva principalmente do Estado, das contribuições fiscais de trabalhadores e empresas e do pagamento direto dos usuários. A Superintendência de Saúde fiscaliza para assegurar o cumprimento das garantias de seguro e oferta de serviços. Desde 1990, tem-se realizado reformas específicas no sistema

de saúde, embora se mantenha a estrutura básica estabelecida em 1979 quanto a organização, seguro, financiamento e oferta de serviços. Entre 2006 e 2010, o Governo priorizou a proteção social, que no âmbito da saúde refletiu-se na organização do Programa “Chile Cresce Contigo”. Na última década os Objetivos em Saúde 2001-2010 orientaram o desenvolvimento do setor, junto com uma série de reformas específicas destinadas a consolidar as funções do sistema. A avaliação do progresso na realização desses objetivos em 2010 foi o alicerce para a elaboração do Plano Decenal de Saúde 2011-2020, cujos objetivos visam manter os êxitos alcançados na área da saúde; enfrentar os desafios decorrentes do envelhecimento da população e as mudanças no estilo de vida e na sociedade; reduzir as inequidades em saúde; e melhorar a qualidade dos serviços. Em 2010, a Comissão Presidencial de Saúde propôs ao Poder Executivo a modernização das atuais políticas de saúde e a formulação de um novo plano com garantias que incorporem solidariedade e universalidade (6, 14, 21, 23).

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde em geral foi tem alcançado um alto patamar de cobertura e acesso (até para os grupos mais vulneráveis e sem seguro), de acordo com o relativamente bom nível de saúde da população. No entanto, há deficiências em matéria de gestão, eficiên-

TABELA 2. Prevalência (%) de problemas de saúde segundo os anos de escolaridade, Chile, 2009-2010

Problema de Saúde		Anos de Escolaridade			Total
		< 8	8 a 12	>12	
Hipertensão Arterial	> 140/90	51,1	22,8	16,7	26,9
Colesterol total elevado	> 200 mg/dl	43,6	39,3	33,8	38,5
Obesidade	IMC > 30	35,5	24,7	18,5	25,1
Diabetes	> 126 mg/dl	20,5	7,1	6,2	9,4
Síndrome Metabólica	3 de 5 critérios	47,8	32,7	26,4	35,3
Sintomas Depressivos	Notificação	20,8	18,4	11,8	17,2
Tabagismo Ativo	Notificação	25,6	41,3	50,3	40,6
Risco cardiovascular alto	ATP III	28,0	11,9	9,1	15,5
Deficiências (trabalho, domicílio)	Notificação	14,7	6,0	3,2	6,9

Fonte: Referência (15).

TABELA 3. Funções das principais entidades e setores do sistema de saúde do Chile

Função	Setor estatal/ público	Setor privado
Gestão	- Estado (Ministério da Saúde)	
Regulação	- Estado (Ministério da Saúde) - Superintendência de Saúde	
Financiamento	- Estado - Contribuições dos trabalhadores - Pagamento compartilhado por bens e serviços	- Empresas privadas - Contribuições dos trabalhadores - Pagamento compartilhado por bens e serviços - Pagamento direto aos prestadores de serviços
Seguros	- FONASA - Forças Armadas - Outros seguros públicos	- ISAPRE - Mútuas de empresas/empregadores - Seguros específicos (escolares, transporte)
Serviços Assistenciais	- Hospitais do SNSS - Hospitais das Forças Armadas e outros hospitais estatais - Centros de atenção ambulatorial do SNSS (incluindo administração municipal)	- Hospitais e clínicas - Centros ambulatoriais - Laboratórios - Centros de Imagem - Outros centros de apoio diagnóstico ou terapêutico

Fonte: Referência (5)

cia e equidade. Segundo a avaliação dos Objetivos em Saúde 2001–2010 e as propostas feitas pela Comissão Presidencial de Saúde de 2010, é preciso melhorar o financiamento, o seguro, a oferta de serviços, a equidade no acesso e o impacto, assim como a resposta às necessidades em saúde prioritárias para a população. Será necessário aprimorar a gestão, a qualidade e a segurança da atenção; aperfeiçoar o modelo de atenção; criar redes integradas de atenção; incorporar tecnologias da comunicação e informação; e melhorar o acesso a medicamentos. Entre os mecanismos destinados a monitorar e melhorar a qualidade da atenção são os mandatos da Superintendência de Saúde para acreditação de estabelecimentos de atenção e do Ministério da Saúde para implantação de programas tais como um destinado a reduzir filas de espera (14, 21, 24).

O seguro público está a cargo do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) e o sistema privado é administrado por Instituições de Saúde Previdenciárias (ISAPREs). Em 2009, o FONASA cobria 73,5% da população (incluindo as pessoas pobres ou impossibilitadas de pagar as cotas de seguridade), as ISAPREs cobriam a 16,3%, e 6,7% da população estavam cobertas por outros sistemas específicos como das Forças Armadas e o restante, 3,5%, informou que não era segurado formalmente (excluídos os pobres, que têm direito à co-

bertura pelo FONASA). O sistema de seguro privado (ISAPRE) discrimina as mulheres em idade fértil, já que seus planos de seguro acarretam uma taxa extra pelo risco adicional e, assim, tais mulheres pagam um preço maior pelos serviços em saúde. Existe um fundo de proteção contra gastos catastróficos. O Sistema de Garantias Explícitas (GES) contribui para a cobertura social em saúde, especificando um grupo de doenças cujo tratamento deve ser garantido pelos prestadores públicos e privados (8, 25–27).

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

No marco das políticas e planos para o Governo no período de 2006–2010, foi promulgada a Lei nº 19.966 sobre o Sistema Geral de Garantias em Saúde, em que foi criado o Sistema de Acesso Universal com Garantias Explícitas (AUGE, e mais tarde GES), que estabelece quatro garantias básicas para um conjunto de problemas de saúde (que em 2010 eram 69): acesso, oportunidade, qualidade e proteção financeira. A Lei nº 19.937, de Autoridade Sanitária e Rede de Hospitais Autônomos, fortalece a autoridade sanitária e gera condições de maior flexibilidade para a gestão hospitalar (14, 21, 24, 28).

FINANCIAMENTO E GASTO COM SAÚDE

O sistema de saúde é financiado com recursos públicos e privados, que são dotados e distribuídos entre as distintas entidades de seguro e prestadoras de serviços. O aporte público é proveniente do orçamento geral do Estado, o qual resulta do pagamento de impostos gerais e específicos pelos contribuintes. Os recursos privados incluem contribuições diretas e indiretas, pagamento direto dos usuários e pagamento dos prêmios dos usuários vinculados ao sistema de previdência privada. Os gastos vinculados ao pagamento direto dos usuários correspondem à coparticipação de gastos com tratamento médico, pagamentos de medicamentos e taxas de assistência médica privada pagas pelos usuários diretamente aos prestadores de serviços. Em 2009, o gasto total com saúde correspondeu a 8,3% do PIB. Desse montante, 47,4% eram cobertos por recursos públicos e representou 16% do orçamento do Governo. Do gasto privado, 64,6% corresponderam a gasto direto dos usuários (que é a forma mais regressiva de gasto). Entre 2005 e 2009, o gasto com saúde *per capita* aumentou de US\$ 841 para US\$ 1.185. Apesar desse aumento, a proporção do gasto privado foi maior que do gasto público, o que dificulta o alcance da universalidade com equidade e eficiência (8, 25).

POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

A política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde tem favorecido historicamente a formação centrada na especialização médica tradicional, o que não é totalmente consistente com as necessidades atuais, em especial no que se refere à atenção primária. Os recursos humanos do setor público migraram para o privado e se concentraram em áreas urbanas, causando iniquidade na distribuição geográfica dos médicos, que se encontram principalmente no centro do país e servem, sobretudo, os beneficiários de seguros privados (ISAPREs) (29). Em 2008, o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS) registrou a existência de 15,8 médicos, 9,1 enfermeiros e 6,0 dentistas por 10.000 habitantes. Estima-se que o país conta com 26.821 médicos com registro ativo de especialista em 70 especialidades diferentes, embora somente a metade tenha recebido formação universi-

tária de pós-graduação; estima-se que 60% dos especialistas trabalham exclusivamente no setor privado. A maioria dos médicos contratados no setor público atua também no setor privado. Em geral, 44% dos médicos trabalham no setor público, sendo 9% na atenção primária e 35% no SNSS. Entre 2004 e 2008, o número de médicos que trabalha em atenção primária quase dobrou, embora persista a falta de médicos, em particular especialistas formados para trabalhar na atenção primária. O Ministério da Saúde formulou estratégias orientadas à obtenção do número de especialistas necessário para a atenção primária e outras especialidades deficitárias. O país tem 25 escolas de medicina e mais de 70 escolas de enfermagem universitárias (3, 29).

SERVIÇOS DE SAÚDE

A oferta de serviços de saúde pública é responsabilidade do Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), que conta com 29 serviços e uma rede assistencial constituída por hospitais, centros de diagnóstico terapêutico, centros de referência em saúde e estabelecimentos de atenção primária (consultórios médicos urbanos e rurais, centros de saúde da família, clínicas rurais e postos médicos rurais). Os serviços de atenção primária são administrados principalmente pelos municípios. Esse nível de serviços tem ampla cobertura de atenção ambulatorial em consultórios médicos urbanos e clínicas rurais. Neles realizam-se atividades de promoção, prevenção, cuidados continuados e reabilitação, bem como programas de saúde coordenados pelo Ministério da Saúde. Além disso, há unidades de atenção primária de emergência que cobrem grande parte da demanda desses serviços. Em 2010, a proporção de consultas de morbidade resolvidas localmente (na atenção primária) foi de 87,7%. Na área hospitalar enfatizou-se a autogestão dos hospitais e a liberação de concessões para novos estabelecimentos. O sistema privado de prestação de serviços de saúde é bastante amplo e conta com clínicas, centros médicos, laboratórios, farmácias e outros estabelecimentos em todo o país (3, 5).

A atividade regulatória fortaleceu-se com a criação da Agência Nacional de Medicamentos. A política de medicamentos busca assegurar a toda população a disponibilidade e o acesso aos medicamentos essen-

ciais incluídos no Formulário Nacional, com eficácia e garantia de qualidade. A Agência zela pela segurança, pelo custo acessível e uso racional de medicamentos para o maior benefício e o menor custo. Uma proporção considerável de medicamentos genéricos ou de denominação comum internacional (DCI) é produzida pelos laboratórios nacionais, de modo que se conseguem preços relativamente baixos (aproximadamente US\$ 1 por unidade vendida, enquanto os similares de marca registrada têm um preço 5,8 vezes mais alto). Três cadeias de farmácias controlam 90% das vendas de medicamentos; 35 dos 346 municípios do país ainda carecem de farmácias comunitárias ou de bairro (6, 14, 30, 31).

AÇÃO INTERSETORIAL E SAÚDE

No cumprimento dos Objetivos em Saúde 2001-2010, destacou-se o trabalho intersectorial em nível nacional, regional e local, especialmente nas esferas da promoção e prevenção e da proteção social da população vulnerável. Um importante trabalho intersectorial foi realizado diante das consequências sociais e de saúde do terremoto de fevereiro de 2010. A efetiva resposta foi facilitada pela experiência das autoridades e os organismos governamentais e não governamentais, assim como da comunidade em geral. Contou-se com medidas de resposta a desastres, estabelecimentos de saúde relativamente seguros, assistência internacional e coordenação das autoridades em distintos níveis. Nas ações de resposta destacaram-se o plano da defesa civil, a coordenação e a assistência prestada à população atingida. Foram asseguradas ações essenciais de saúde de forma continuada, bem como de recuperação da infraestrutura crítica e de prevenção dos tipos de complicações próprias da deterioração das condições de saúde, moradia, alimentação e o estado psicossocial da população (13, 21).

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

O Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CONYCIT) incentiva a pesquisa em saúde, em especial voltada às áreas de ciências básicas e pesquisas clínicas. O Fundo Nacional de Pesquisa e Desenvolvi-

mento em Saúde tem como missão financiar projetos que produzem novos conhecimentos para melhorar o processo decisório na saúde. Suas funções englobam desde a elaboração de políticas em saúde até a tomada de decisões clínicas. Em 2008, o gasto com ciência e tecnologia girou em torno de US\$ 673,58 milhões. Em 2010, 41% da população usava a Internet em média 3,6 horas diárias.

A autoridade sanitária e o sistema de saúde contam com modernos sistemas de registros e programas de computação para estatísticas, informações financeiras, gestão de insumos, processos administrativos e técnicos, bem como monitoramento do desempenho e dos resultados de programas. Uma estratégia de saúde está sendo trabalhada para o país. Um grupo interinstitucional coordenado pelo Ministério da Saúde participa da Rede Internacional de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNET). Consolidou-se a rede nacional da Biblioteca Virtual em Saúde no Chile e formou-se uma incipiente rede interinstitucional para o ramo chileno do Campus Virtual de Saúde Pública (5, 6, 32).

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Considerando o nível intermediário de desenvolvimento econômico e do setor saúde chileno, a cooperação internacional se concentra em temas de saúde específicos da população, tais como doenças emergentes, desastres, doenças crônicas não transmissíveis e necessidades do SNSS (planejamento e gestão de recursos humanos, desenvolvimento de programas prioritários de saúde e atenção primária). As agências do Sistema das Nações Unidas com escritórios no Chile participam de uma programação estratégica conjunta, a partir da qual se define o Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDAF) para o país. Como parte da assistência que o Chile recebeu para a reconstrução do setor saúde posterior ao desastre de 2010, o Ministério da Saúde recebeu doações no valor de US\$ 29,6 milhões durante esse ano (13).

A partir de 2006, o setor saúde intensificou a cooperação técnica com os países da Região, principalmente nas áreas de programas nutricionais, gestão de serviços de saúde, mecanismos de seguro e pagamento, fiscalização em saúde, vigilância da qualidade do ar,

gestão hospitalar, sistemas de abastecimento e reabilitação para pessoas com deficiência.

Em sua condição de membro associado da Comunidade Andina de Nações e do Mercosul, o Chile participou de uma série de iniciativas sub-regionais sobre o controle de vetores e zoonoses, assuntos relativos ao Regulamento Sanitário Internacional, economia da saúde e proteção social. Participou também da Rede Andina e Sul-americana de Vigilância Epidemiológica, e na abordagem de questões sobre a política andina de medicamentos, deficiências e Avaliação de Tecnologias em Saúde (ETESA). Em 2008 e 2009, com a liderança da Presidenta do Chile, o país contribuiu para a aliança da saúde materna, neonatal e infantil em cooperação com Bolívia, Brasil e Equador. Em 2009, o Chile promoveu e liderou a formação do Conselho Consultivo de Saúde da União de Nações Sul-americanas (Unasul).

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

No quinquênio 2006–2010, seguindo a tendência observada nas últimas décadas no Chile, deu-se prosseguimento a um consistente desenvolvimento econômico e social, acompanhado de progressos no estado de saúde da população e no sistema de saúde. Melhores condições de vida, de proteção social e a existência das políticas e planos de saúde favoreceram a redução das doenças infecciosas, os problemas materno-infantis e a mortalidade evitável e prematura, aumentando a expectativa de vida ao nascer e desenvolvendo um sistema nacional misto de saúde com grande cobertura de serviços de seguro e de saúde. Essas mesmas conquistas ensejam novos desafios, os quais devem se traduzir no estabelecimento de novas políticas, estratégias e planos que continuem a melhorar o estado de saúde da população, reduzindo as iniquidades e fortalecendo a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde.

Persistem diferenças geográficas, econômicas, étnicas e educacionais que constituem fatores determinantes das desigualdades em saúde. O desenvolvimento e as mudanças epidemiológicas e demográficas, em combinação com o envelhecimento populacional, produziram um aumento importante da prevalência de doenças crônicas, a presença de idosos enfermos com maior sobrevivência e a conseqüente carga de doen-

ças, bem como a deterioração das condições ambientais. Entre os problemas de saúde pública emergentes ou reemergentes destacam-se a influenza A (H1N1), a contaminação ambiental, a obesidade, as doenças crônicas e os acidentes ocupacionais e de trânsito. O sistema de saúde conta com sólidas políticas de saúde, cobertura e proteção social. No entanto, existem ainda imperfeições, especialmente no sistema público, em termos de quantidade e distribuição de recursos, financiamento, seguro, gestão e qualidade da atenção. Essas questões evidenciam a necessidade de elaborar e implementar mudanças estruturais no sistema de saúde. O objetivo é avançar rumo à maior equidade na distribuição dos recursos humanos e financeiros, de modo a favorecer o acesso a uma atenção de qualidade e fornecer respostas adequadas às necessidades dos diversos grupos da população. Esses temas têm sido devidamente considerados na avaliação dos Objetivos de Saúde da Década 2001–2010, bem como na projeção de metas para o Plano Nacional de Saúde 2011–2020.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio estadístico 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
2. Instituto Nacional de Estadísticas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile: proyección y estimaciones de población. Total país, 1950–2050 [Internet]; 2007. Disponível em: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
3. Chile, Ministerio de Salud. Reportes estadísticos 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://deis.minsal.cl/index.asp>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
4. Banco Central. Estadísticas económicas [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.bcentral.cl/estadisticas-economicas/publicaciones-estadisticas/index.htm>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile [Internet]; 2011. Dis-

- ponível em: <http://www.paho.org/chi>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
6. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Red Internacional de Políticas Informadas por Evidencias en las Américas [Internet]; 2011. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/vambisle.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 7. Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación. Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2009. Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación; 2010.
 8. Fondo Nacional de Salud. Protección social en salud en Chile [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.slideshare.net/eltrbxhiigh/libroproteccion-social-en-salud-en-chile>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 9. Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer informe de gobierno de Chile [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.pnud.cl/odm/tercerinforme/Tercer%20Informe%20Nacional%20ODM%20Chile%202010.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 10. Observatorio de Equidad de Género y Salud de Chile. Informe 2007–2008 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20090828093629Informe%20observatorio%202007-2008.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 11. Comisión Nacional del Medio Ambiente. Información de la Comisión Nacional del Medio Ambiente. Santiago: CONAMA; 2008.
 12. Chile, Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 20417 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma51010459>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 13. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. El terremoto y tsunami del 27 de febrero en Chile. Crónica y lecciones aprendidas del setor salud [Internet]; 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/terremoto-101125094619-phppp02.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 14. Chile, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2011–2020 (Borrador). Santiago: MINSAL; 2011.
 15. Chile, Ministerio de Salud. III Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2009–2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_home/submenu_portada_2011/ens2010.pdf. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 16. Chile, Ministerio de Salud. Reportes estadísticos 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.minsal.cl/problemasdesalud/epidemiologia>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 17. Chile, Fondo Nacional de la Discapacidad; Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Discapacidad 2004 [Internet]; 2005. Disponível em: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/presentacion.pdf. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 18. Chile, Ministerio de Salud. Serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Santiago: MINSAL; 2011.
 19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas en Chile: limitaciones y potencialidades. Notas de Población No. 89 [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/38300/lcg2427-P_5.pdf. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 20. Chile, Ministerio de Salud. Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984–2010 [Internet]; 2011. Disponível em: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2010_vih_sida.pdf. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 21. Chile, Ministerio de Salud. Los objetivos sanitarios para la década 2000–2010. Evaluación de final del período. Grado de cumplimiento de los objetivos de impacto [Internet]; 2010. Disponível em: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvaluacionObjetivosSanitarios2000-2010.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 22. Chile, Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud mental: un salto adelante. Propuesta para una construcción colectiva [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.minsal.gob.cl/portal/>

- [url/item/a73ea8bff9392ac4e04001011e011f16.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/5640/lcl1425e.pdf). Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
23. Titelman D. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 104 [Internet]; 2000. Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/5640/lcl1425e.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 24. Chile, Biblioteca del Congreso Nacional. Guía legal sobre el Plan GES [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.bcn.cl/guias/plan-gesex-aug>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 25. Chile, Ministerio de Salud. Informe de la Comisión Presidencial de Salud, Diciembre 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.alames.org/documentos/comisionchile.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 26. Fondo Nacional de Salud. Indicadores 2000–2010. Santiago: FONASA; 2011.
 27. Arenas A, Benavides P. Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990–2000 [Internet]; 2003. Disponível em: <http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/pro/pro008.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 28. Urriola R. Chile: Protección social de la salud [Internet]. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 2006; 20(4): 273–286. Disponível em: http://journal.paho.org/index.php?_ID=776. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 29. Chile, Ministerio de Salud. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración Banco Mundial-Gobierno de Chile. Serie Cuadernos de Redes No. 31. Santiago: MINSAL; 2010.
 30. Chile, Ministerio de Salud. Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud [Internet]; 2004. Disponível em: <http://seremi5.redsalud.gov.cl/url/item/938721cbefd04dbce-04001011f017ddc.pdf>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 31. Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos. Estadísticas 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.asilfa.cl/>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.
 32. Biblioteca Virtual en Salud. Información de la Biblioteca Virtual en Salud y su Consejo Consultivo Nacional [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.bvs.cl/php/index.php>. Acessado em 6 de fevereiro de 2012.