



Hacia un sistema de salud equitativo y sostenible





En la última década, Chile implementó políticas que permitieron avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud. Sin embargo, aún existen diferencias importantes en las oportunidades de desarrollo saludable que tiene cada persona. Las desigualdades debidas al tipo de cobertura, en las condiciones de acceso a la atención de salud, sumadas a las diferencias sociales, económicas y culturales de la población, imponen grandes desafíos para el desarrollo sostenible y equitativo del país. La pandemia de COVID-19 ha significado un punto de inflexión, dejando en evidencia el lugar central que ocupa la salud, como condición previa, resultado e indicador del bienestar social y el desarrollo económico. Actualmente, resulta urgente repensar el sistema de salud de Chile para asegurar un sistema resiliente, asequible y equitativo.



Chile ha logrado importantes avances en materia de salud pero aún existen tanto desigualdades significativas en cómo se ejerce este derecho, como en desafíos para mejorar el desempeño del sistema de salud. Chile tiene un sistema que, en cuanto a eficiencia y resultados, se ha posicionado en América Latina entre aquellos que tienen un alto desempeño¹. Políticas públicas como las Garantías Explícitas de Salud (GES) de 2005 y el Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo (conocida como Ley Ricarte Soto) de 2015, constituyen hitos claves en el avance del país hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS). Sin embargo, aún persisten desafíos en cuanto a la estructura del sistema, la carga financiera de los hogares, el acceso a la atención, los riesgos de salud para la población, y la ejecución de las funciones de salud pública. A la vez, la pandemia de COVID-19 ha puesto en tensión al sistema completo, mostrando viejos y nuevos problemas y abriendo nuevas oportunidades para mejorar.

PRINCIPALES DESAFÍOS

1. El sistema de salud presenta problemas estructurales que generan desigualdad.

El sistema de salud de Chile está conformado por dos subsistemas de aseguramiento, siendo esto un componente estructural de las desigualdades en salud. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), seguro público, cubre al 77% de la población, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), seguros privados, entregan cobertura al 17%. Ambos se

involucran en el aseguramiento y en la prestación de los servicios sanitarios de manera fragmentada. Aunque proveen una base de servicios universal (las GES, el listado de prestaciones de FONASA), estos presentan importantes diferencias.

El financiamiento mensual por beneficiario corresponde a USD 50,94 en FONASA, alcanzando casi el doble en ISAPRE con USD 94,79². Así, la población con dificultades para acceder a servicios de salud en FONASA llega al 27,8% y en ISAPRE al 12,6%³. Por otro lado, los usuarios de FONASA son, en general, personas con menores recursos económicos, donde 9 de cada 10 se encuentran en los cuatro quintiles de menores ingresos. Dadas las desigualdades descritas, el sistema de salud no se percibe como equitativo, solidario o universal, existiendo un descontento generalizado entre los usuarios de ambos subsistemas. En general, los usuarios no están suficientemente familiarizados con la noción de “derecho a la salud”⁴. Más bien, piensan en sí mismos, y los afiliados a ISAPRE se ven a sí mismos como meros consumidores de servicios de atención médica. Un estudio de la Superintendencia de Salud de 2016⁵, encontró que un 53% de los encuestados consideró que “se necesitan cambios fundamentales” en el sistema de salud, mientras que un 37% respondió que hay que “reconstruirlo por completo”. El alto costo de las atenciones y/o la poca cobertura financiera, junto a la percepción de una mala calidad en la atención, fueron las dos principales razones de desprotección entre usuarios de FONASA y de ISAPRE. Esto se traduce en que la ciudadanía tiene una alta percepción de injusticia en el acceso a

¹ World Bank. (2016). Study on the Insurance Model and the Regulatory Capacity in the Health Sector in Chile. © World Bank.

² Castillo-Laborde C, et al. Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile. MEDICC Review, April–July 2017, Vol 19, No 2–3.

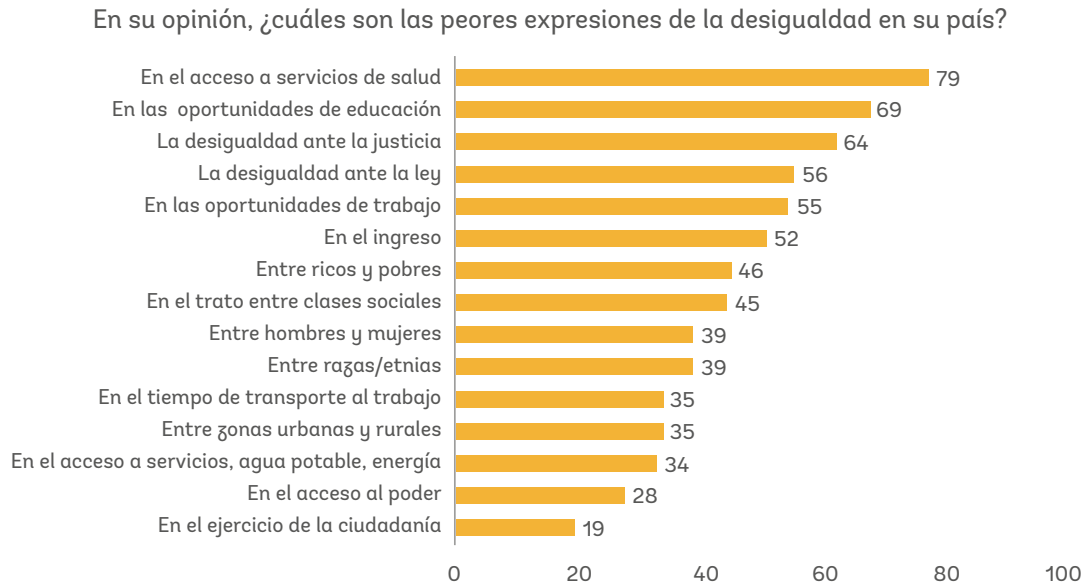
³ Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2017). CASEN 2017: Encuesta de caracterización socioeconómica nacional.

⁴ World Bank. (2016). Study on the Insurance Model and the Regulatory Capacity in the Health Sector in Chile. © World Bank.

⁵ Superintendencia de Salud (2016). Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud.



Figura 1. Expresiones de la desigualdad en Chile, 2020.



Fuente: Latinobarómetro 1995-2020.

la salud, situando este problema como el de la peor expresión de la desigualdad en el país (Figura 1).

2. El gasto en salud ha aumentado pero la protección financiera de los hogares aún es deficiente y desigual.

El gasto total en salud en Chile aumentó de un 6,8% del PIB en 2010 a un 9,4% en 2020, lo que implicó pasar de USD 1.254 a USD 2.232 de gasto per cápita en el mismo periodo, siendo uno de los incrementos más importantes entre los países de la OCDE. Sin embargo, en 2019, el gasto de bolsillo en salud, es decir los gastos que pagan los usuarios directamente por servicios de salud, llegó a 32,8% del gasto total en salud, siendo mayor solo en Grecia, Letonia y México entre los países miembros de la OCDE. A pesar de su mejor situación económica, Chile se sitúa cerca al

promedio de América Latina y el Caribe en este último indicador⁶. Este alto gasto de bolsillo representa un problema de equidad, pues los hogares más pobres podrían no tener los recursos para pagar los gastos de la atención. Al no tener el dinero necesario no podrán o no intentarán recibir los servicios de salud, condicionando la situación económica del hogar el acceso a la salud.

La Encuesta de Presupuestos Familiares 2017⁷ muestra que, en promedio, el 6,3% del gasto total de los hogares es destinado a salud (como gasto de bolsillo), y aumenta hasta un 10,7% cuando en el hogar hay un adulto mayor. Más de la mitad de los hogares del país registran gasto de bolsillo debido a medicamentos, seguido de cerca por los gastos en

⁶ OCDE Health Statistics, 2021.

⁷ [https://www.ine.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/viii-epf---\(julio-2016---junio-2017\)/presentacion-del-director-nacional-sobre-resultados-viii-epf.pdf?sfvrsn=701d6d92_2](https://www.ine.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/viii-epf---(julio-2016---junio-2017)/presentacion-del-director-nacional-sobre-resultados-viii-epf.pdf?sfvrsn=701d6d92_2). Publicada en 2018, consultada en junio 1, 2021.



Tabla 1. Distribución de hogares en EPF 2017, según quintil* y situación de Gasto Catastrófico.

	Gasto de bolsillo en salud como proporción de gasto de bolsillo total	Proporción de hogares con GC	Hogares siniestrados: exceso de gasto de bolsillo en salud** como proporción del gasto de bolsillo total
	Promedio	Promedio	Promedio
Q1 (bajo)	4,2%	4,4%	9,0%
Q2	5,2%	4,2%	10,2%
Q3	6,2%	5,2%	10,3%
Q4	7,7%	6,6%	13,1%
Q5	7,9%	4,2%	11,6%
Total	6,3%	4,9%	11,0%

GC: Gasto catastrófico. *Corresponde al quintil de ingreso per cápita del hogar.

Q: Quintil de ingreso. **El exceso corresponde al gasto por encima del umbral de 30%.

Fuente: Priority Risks to Middle-Class Wellbeing? Functional Dependence, Catastrophic Health Spending, and Long-duration Unemployment. World Bank. (2021), basado en datos de la EPF 2017.

consultas médicas. FONASA brinda buena protección financiera para la atención institucional (internación), pero no así para la cobertura de medicamentos. Los beneficiarios de ISAPRE también tienen altos gastos de bolsillo y gastan más en términos relativos (6,1% vs 3,8%). El gasto catastrófico debido a salud⁸ afecta a casi un 5% de los hogares del país, con un gasto promedio en salud del 41% de sus ingresos en estos hogares siniestrados.

La creciente carga del gasto en salud en los presupuestos de los hogares (gasto de bolsillo regular y gasto catastrófico) obedece a varias fallas: en la definición de las coberturas, en la regulación de los precios de los medicamentos, y en la organización de la atención ambulatoria (p. ej. falta de horas). Estas

fallas, que derivan de la complejidad del sistema y de problemas de regulación e información, hacen que el ciudadano deba acudir a consultas privadas para atenderse o hacer exámenes de laboratorio, asumiendo el costo como gasto de bolsillo.

3. La atención de salud refleja diversas desigualdades en el país.

Existen importantes brechas en el acceso a los servicios de salud entre poblaciones de distintos territorios del país y entre subsistemas de aseguramiento. Persisten importantes retos de infraestructura, integración de los sistemas de información y disponibilidad de tratamientos y médicos especialistas, sobre todo en las regiones extremas del país. Esto limita a parte importante de

⁸ El Gasto Catastrófico corresponde a una situación presupuestaria del hogar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo mide como la proporción del "gasto total de bolsillo en salud, sobre gasto total de bolsillo, luego de descontar del gasto total del hogar el gasto básico de subsistencia", que en Chile es equiparable al llamado "ingreso disponible". Cuando esta proporción supera el 30%, se habla de gasto de salud catastrófico para ese hogar.



la población en el ejercicio de su derecho a la salud de manera adecuada, tanto en la provisión de servicios de salud municipales y estatales financiados por FONASA, como en los servicios privados provistos a través de ISAPRE. Las ISAPRE concentran prestadores en las áreas más pobladas, brindando servicios principalmente donde logran economías de escala. La falta de médicos especializados en las redes públicas de salud ha sido bien documentada desde hace tiempo⁹. En 2009, Chile contaba con aproximadamente 30.000 médicos, equivalentes a 1 médico cada 553 habitantes. Actualmente cuenta con aproximadamente 44.000 médicos, equivalentes a 1 médico cada 434 habitantes. Sin embargo, la distribución regional que presentaba grandes diferencias, aún no se ha corregido. En la Región Metropolitana había un médico cada 385 habitantes, mientras que en las regiones Del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins y del Maule había un médico para más de 1.000 habitantes. A nivel nacional, FONASA ofrece un médico por cada 920 beneficiarios, mientras que en el subsistema privado existe un médico por cada 276 beneficiarios. El problema de la distribución regional y por subsistema aún persiste, aunque en menor cuantía que en 2009.

El acceso a servicios de salud es desigual entre los distintos grupos sociales y demográficos. En

El gasto total en salud en Chile aumentó de un 6,8% del PIB en 2010 a un 9,4% en 2020.

términos generales, la utilización de los servicios sanitarios muestra que las visitas al dentista, los exámenes de laboratorio, las visitas a especialistas y las hospitalizaciones, se concentran en los hogares más ricos; mientras que el uso de los servicios de urgencia y la medicina preventiva se concentra en gran medida en las personas pobres¹⁰. En el ámbito de los servicios de salud preventiva (p. ej. para enfermedades

crónicas o salud dental), las mujeres los utilizan un 16% más que los hombres, mientras que los afiliados a ISAPRE los utilizan un 11% menos que los afiliados a FONASA¹¹. La pandemia por COVID-19 mostró una fuerte asociación entre nivel socioeconómico y mortalidad: en la Región Metropolitana, en los municipios de nivel socioeconómico más bajo, las pruebas de testeo para detección estuvieron casi ausentes al comienzo de la pandemia y, en esos municipios, la movilidad humana no se redujo con los confinamientos como en los lugares más ricos. La positividad de las pruebas y los retrasos en estas fueron mucho mayores, indicando una capacidad deteriorada del sistema de atención médica para contener la propagación de la epidemia. También, entre mayo y julio de 2020, se observó un 73% más de muertes que en un año normal, y los municipios en el extremo inferior del espectro socioeconómico fueron los más afectados, tanto en cuanto a las muertes por COVID-19 como con el exceso de muertes¹².

⁹ World Bank. (2009). Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. © World Bank.

¹⁰ Nunez A, et al. Health outcomes, utilization, and equity in Chile: an evolution from 1990 to 2015 and the effects of the last health reform. Public Health, Volume 178, January 2020, Pages 38-48.

¹¹ Rotarou ES & Sakellariou D. Determinants of utilisation rates of preventive health services: evidence from Chile. BMC Public Health volume 18, Article number: 839 (2018).

¹² Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile G. E. Mena et al., Science 10.1126/science.abg5298 (2021).



4. Los riesgos para la salud siguen siendo sustanciales y son la base de las desigualdades en la salud poblacional, y su contención, el principio de mejora.

En Chile, la inequidad en salud poblacional se refleja en las diferencias en las tasas de afectación por enfermedades con fuertes determinantes sociales y factores de riesgo evitables, que por su naturaleza exceden al sector salud propiamente dicho y, por tanto, requiere de un abordaje intersectorial. Dentro de los más destacados, y aunque se han realizado notables avances en materia regulatoria, el sobrepeso se sitúa como una prioridad para la salud pública y el desarrollo del país. **La tasa de sobrepeso/obesidad en la población mayor de 15 años que en la OCDE es de 60%, en Chile alcanza un 74%, situándolo como el país con la más alta tasa, por encima de México (72,5%) y Estados Unidos (71%). Las tasas de sobrepeso infantil no se quedan atrás y se acercan al 45%**¹³. Estas tasas se asocian con un riesgo más alto de desarrollar enfermedades crónicas, que se estima reducirán la esperanza de vida en 3,5 años durante el período 2020 a 2050¹⁴. El impacto de la obesidad se extiende al Producto Interno Bruto (PIB), pudiendo reducirlo en los próximos 30 años en un 3,8%, afectando directamente la economía del país. Abordar este problema de sobrepeso y obesidad requiere garantizar no solo el acceso sostenible a una alimentación adecuada y nutritiva, sino también a ambientes que propicien la ingesta de alimentos más sanos, y un entorno familiar, educativo y laboral que facilite y refuerce estilos de vida saludables.

El consumo de tabaco se ha reducido, pero sigue siendo alto, especialmente en hombres y jóvenes, generando impacto en salud y costos económicos que podrían evitarse mediante un mayor desarrollo de las políticas antitabaco. Si bien las tasas de tabaquismo han disminuido en los últimos años para llegar al 33,3% en 2017, estas se mantienen muy por encima del promedio de 18,4% de la población¹⁵ de la OCDE. Los fumadores chilenos inician el consumo de tabaco a relativa temprana edad. Sin un cambio importante a estas tendencias, el aumento en la carga de enfermedades crónicas en las próximas décadas se traducirá en un impacto económico importante y en la pérdida de años productivos vividos con mejor nivel de salud. En Chile no existe aún cobertura del costo del tratamiento para la cesación tabáquica por parte de los seguros de salud. Esto implica una barrera financiera para el acceso a este tipo de tratamientos por parte de los grupos de población más desfavorecidos y dificulta que los fumadores puedan superar su adicción. Además, en políticas antitabaco, la regulación de publicidad, puntos de venta y cigarrillos mentolados, aún se encuentra pendiente de avanzar.

El consumo de alcohol se ha mantenido relativamente estable en la última década, pero en los próximos 30 años su impacto en la salud y la economía será mayor que en la mayoría de los países OCDE¹⁶. Chile es el segundo país con mayor consumo de alcohol en Latinoamérica, con 9 litros de alcohol puro per cápita/año y el cuarto en las Américas, luego de Argentina

¹³ OECD (2019). OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow, OECD Publishing, Paris.

¹⁴ OECD (2019). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

¹⁵ OECD (2019). OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow, OECD Publishing, Paris.

¹⁶ OECD (2021). Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.



con 9,1 litros, los Estados Unidos con 9,3 litros y Canadá con 10 litros. El consumo nocivo de alcohol constituye un factor clave en el aumento de las enfermedades no transmisibles, lesiones y muertes prematuras, pudiendo reducir la esperanza de vida de los chilenos en 1,2 años en los próximos 30 años, por sobre el promedio de la OCDE (0,9 años). Asimismo, se espera que el PIB de Chile observe por esta causa una reducción de casi 2% cada año, por sobre el promedio de la OCDE (- 1,6%). Revertir estas cifras requiere una combinación de políticas que pueden operar tanto a nivel de población (campañas de comunicación, políticas de precios), como a nivel individual (tratamiento farmacológico personalizado para la dependencia, esquemas de sanciones progresivas por conducción bajo los efectos del alcohol, entre otros). Es necesario promover políticas económicas impositivas que aumenten el precio de las bebidas alcohólicas y/o el costo de beber, y avanzar en políticas de regulación en la publicidad del alcohol. Chile es uno de los pocos países que aún mantiene restricciones parciales, en detrimento de prohibiciones completas, sobre la publicidad de bebidas alcohólicas en la televisión nacional¹⁷.

5. La autoridad sanitaria tiene una tarea clave para resguardar la salud poblacional y la seguridad sanitaria, pero nuevas amenazas han tensionado el sistema.

El Ministerio de Salud, como ente rector del sistema de salud, regula y ejecuta la mayor parte de las funciones esenciales de salud pública. Además, instituciones como el Instituto de Salud Pública y la Superintendencia de Salud han desconcentrado algunas de estas tareas. Entrando a la tercera década

del siglo XXI, existen diversos ámbitos en los que el contexto ha evolucionado y tensionado este sistema. El más evidente tiene que ver con las emergencias sanitarias, donde la pandemia de COVID-19 ha puesto en jaque a todos los países del mundo. En Chile, si bien los esfuerzos por parte del Gobierno, municipios, servicios de salud, agrupaciones profesionales, sector privado y sociedad civil han sido extraordinarios, el impacto ha sido sustantivo. **El nuevo escenario global exige una revisión de la estructura actual para entregar mayor autonomía a las decisiones de la autoridad sanitaria, con altos estándares técnicos, sólida vigilancia sanitaria y herramientas para fortalecer su comunicación social y confianza desde la ciudadanía.** Por otro lado, Chile ha destacado por su campaña de vacunación ante el COVID-19, abriendo oportunidades concretas para reinstalar la producción de vacunas en el país, lo que requerirá desarrollar nuevas condiciones institucionales para fortalecer la autoridad sanitaria y su capacidad regulatoria, facilitar la colaboración público-privada, y promover la investigación y desarrollo.

Por otra parte, la regulación de medicamentos ha avanzado en priorizar el uso de genéricos, pero aún tiene problemas como, por ejemplo, la persistencia de medicamentos sin certificación de bioequivalencia en el mercado o la existencia de múltiples subgrupos de genéricos (de marca, sin marca, similares), cuando en países desarrollados solo se hace la diferencia entre innovadores y genéricos. Además, los farmacéuticos no tienen un mayor rol en estimular el uso de medicamentos genéricos, y la participación de usuarios en el diseño y evaluación de estas políticas es limitado¹⁸.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ OECD (2021). Enhancing economic performance and well-being in Chile - Policy actions for affordable and accessible pharmaceuticals.



Finalmente, dado el desarrollo de múltiples tecnologías sanitarias (p. ej. medicamentos y dispositivos médicos), es necesario contar con mecanismos para asegurar que el sistema de salud incluya bajo su cobertura a aquellos que entreguen un mayor valor público a los recursos destinados. Actualmente, el Ministerio de Salud tiene esta función, lo que ha significado un gran avance. Sin embargo, su capacidad para cubrir las tecnologías en juego aún es limitada y su desarrollo institucional sigue siendo un desafío.

La tasa de obesidad en mayores de **15 años** alcanza un **74%**, lo que reduciría la esperanza de vida en **3,5 años** al **2050**.



RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

1. EL ACTUAL MODELO DE ASEGURAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE PUEDE REFORMARSE PARA RESPONDER A LOS PRINCIPIOS ÓPTIMOS DE UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD, EQUIDAD, CALIDAD Y EFICIENCIA.

Los factores que hoy impiden avanzar hacia un sistema de salud equitativo y con mayor protección financiera en Chile son múltiples. Su solución requiere de un compromiso social, intersectorial y a largo plazo con el objetivo de avanzar hacia:

- Un esquema de seguridad social en salud unificado para toda la población, incluyendo un conjunto común de beneficios sanitarios.
- La creación de un fondo único que mancomune los recursos financieros, los que pueden distribuirse a las distintas regiones o servicios de salud del país en base a sus necesidades.

La conjunción de estos dos factores mencionados permitiría un uso más eficiente de los recursos, los cuales podrían ser distribuidos con lógica sanitaria en base a las necesidades de salud de la población, buscando mejorar la calidad de los servicios y los resultados en salud para las personas. El Cuadro 1 comenta algunos ejemplos internacionales.

2. CHILE AÚN TIENE ESPACIO PARA INCREMENTAR Y MEJORAR LA CALIDAD DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, PARTICULARMENTE BUSCANDO REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO DE LOS HOGARES.

Una mayor inversión pública en salud guiada por una fuerte institucionalidad de evaluación de tecnologías e intervenciones sanitarias para tomar acciones

Cuadro 1. Diversos modelos de países desarrollados tienen en común la existencia de un fondo que mancomuna los recursos de la seguridad social en salud.

Países que recaudan los recursos de salud a través de impuestos generales (p. ej. España) o por cotizaciones obligatorias (p. ej. Alemania), tienen fondos que mancomunan los recursos de la seguridad social en salud. Además, desde dicho fondo mancomunado los recursos pueden distribuirse hacia territorios (p. ej. Canadá) o hacia seguros en competencia regulada (p. ej. Holanda), asegurando la cobertura universal a toda la población.

El sistema de salud de Uruguay es un buen ejemplo en LAC del uso de metas asistenciales en un seguro social universal¹⁹, asignado a las aseguradoras/proveedoras de servicios un porcentaje del per cápita del seguro en función del nivel de cumplimiento de las metas definidas. Esto ha contribuido a direccionar el trabajo asistencial hacia objetivos sanitarios comunes de mejora del nivel de salud de la población.

¹⁹ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/met-asistenciales>.



basadas en evidencia y costo-efectivas, debe asegurar la participación social en su proceso. En particular, se podría fortalecer la cobertura a medicamentos de prescripción en un listado nacional y la promoción decidida de medicamentos genéricos, debido a que esta es la principal fuente de gastos de bolsillo en el país. Igualmente, Chile podría identificar y monitorear las principales fuentes de ineficiencias en el gasto en salud, tanto público como privado, y concretar acciones lideradas por el MINSAL e implementadas por los Servicios de Salud y Municipios (ver Cuadro 2).

3. EL MODELO DE ATENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD REQUIERE TRANSFORMARSE PARA EL NUEVO PERFIL DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO, ASÍ COMO PARA CENTRARSE MÁS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS Y FORTALECER SU PARTICIPACIÓN.

Resulta necesario dar prioridad al análisis de los patrones de utilización de cuidados de las personas que más demandan servicios de salud (p. ej. personas mayores, frágiles y/o multimórbidos) para informar cómo modificar la prestación de servicios. La creación de rutas de atención coordinadas desde la Atención Primaria de la Salud en estrecha colaboración con los niveles secundario y terciario, permitiría entregar una atención de mayor calidad, con un mejor uso de los recursos disponibles y más centrada en las necesidades de cada paciente (ver Cuadro 3 sobre la experiencia en Australia). De la misma forma, una participación más activa e institucionalizada de los propios pacientes en su cuidado, como en España²⁰ y en Reino Unido²¹ y en la toma de decisiones en general, permitiría mejorar los resultados y aumentar

Cuadro 2. Francia logra gastos de bolsillo en medicamentos muy bajos, gracias a seguros públicos universales complementados con seguros privados voluntarios regulados.

La combinación de Francia de un sistema de seguro médico público universal básico (“assurance maladie”), complementados con seguros privados voluntarios (“mutuelles”) —que proporciona tanto el reembolso de los copagos requeridos por el sistema público como la cobertura de bienes y servicios médicos que no están cubiertos por este sistema—, ha dado como resultado un bajo nivel de gasto de bolsillo (reste à charge). En particular, el gasto de bolsillo en que deben incurrir los pacientes, representa solo el 13% de todo el gasto en medicamentos adquiridos en el retail, muy por debajo del promedio de la OCDE que alcanza un 39%. En efecto, un 77% del gasto total en atención médica se financia con fondos públicos, por sobre el promedio de la OCDE (71%). En los últimos años, y en base al principio de equidad, se han empleado dos herramientas con el objetivo de controlar el nivel de gasto de bolsillo: (i) la expansión del seguro complementario de salud a una mayor proporción de la población y (ii) la implementación de restricciones sobre el nivel de facturación adicional por parte de médicos.

²⁰ <https://www.plataformadepacientes.org/actualidad/los-pacientes-logran-la-participacion-real-en-el-sistema-nacional-de-salud>.

²¹ <https://www.england.nhs.uk/get-involved/involvementguidance/>.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

Cuadro 3. Australia define rutas de atención óptima y navegadores para pacientes con cáncer.

Las rutas de atención óptimas en Australia²², describen un modelo de atención del cáncer que sitúa al paciente en el centro de las decisiones asistenciales, promoviendo el estándar nacional de atención oncológica de alta calidad que todos los australianos deberían esperar. Tienen como objetivo mejorar los resultados de todas las personas diagnosticadas independientemente de donde vivan o reciban el tratamiento. En la actualidad, 18 tipos de cáncer tienen su ruta de atención óptima publicada, con guías de referencia rápida, y material específico para pacientes en cada una, además de material particularmente diseñado para garantizar la prestación de una atención culturalmente segura y competente a las personas de pueblos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres.

A esto se suman programas de navegación como el del Estado de Queensland, donde equipos de enfermeras registradas de práctica avanzada, prestan servicios a personas que tienen condiciones de salud complejas y requieren un alto grado de atención clínica integral. Las enfermeras de navegación identifican las acciones necesarias y los dirigen hacia el servicio preciso, en el momento y el lugar adecuados, siendo claves para la coordinación de las prestaciones. Además, entregan educación para el automanejo óptimo y para hacer partícipe al paciente en su cuidado de salud.

la confianza en el sistema de salud. Por último, un fuerte énfasis en la digitalización de la información de los servicios de salud, ayudaría a todos los actores del sistema y facilitaría el uso de herramientas de salud digital para alcanzar con servicios especializados a poblaciones alejadas de los grandes centros urbanos.

El problema de la distribución de profesionales de la salud continúa siendo un problema de difícil solución en muchos sino en casi todos los países del mundo. Sin embargo, hay experiencias positivas que pueden ser observadas por su interés de aplicación, como la de Francia que se describe en el Cuadro 4.

4. LA EXPANSIÓN DE POLÍTICAS INTERSECTORIALES PARA ENFRENTAR LOS FACTORES DE RIESGO Y ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD SERÁ CLAVE PARA EL PRESENTE Y FUTURO DE LA SALUD POBLACIONAL Y LA ECONOMÍA CHILENA.

Chile podría avanzar en la aprobación del Proyecto de Ley Antitabaco que se encuentra en el Congreso Nacional desde 2015. Además, podría ampliar la estrategia para el control de la obesidad incluyendo más colaboración con la industria (p. ej. etiquetado de menús en restaurantes), regulando la publicidad de alimentos “altos en” (p. ej. en eventos deportivos), e implementar un sistema de monitoreo y evaluación permanente del ambiente alimentario en Chile, incluyendo consumo, formulación de alimentos y precios, y acceso más directo, con menor intermediación comercial, a frutas y verduras frescas, entre otras áreas. En el ámbito tributario, se podría revisar la estructura de impuestos y precios de alimentos “altos en” y de los alcoholes de manera de

²² <https://www.cancer.org.au/health-professionals/optimal-cancer-care-pathways>.



desincentivar su consumo excesivo (ver Cuadro 5). La coordinación de políticas preventivas poblacionales con el área económica y educativa del Gobierno resulta fundamental para estos propósitos.

Cuadro 4. Experiencia de Francia para mejorar la distribución geográfica del personal de salud.

Para mejorar el acceso geográfico a la atención, Francia desarrolló intentos sucesivos de alentar a los médicos a trasladarse a áreas desatendidas²³. Los incentivos financieros directos (tanto negativos como positivos) resultaron ineficaces. En cambio, las iniciativas centradas en mejorar la calidad de vida de los médicos en el lugar de trabajo han resultado positivas, floreciendo a nivel local. Estas iniciativas están centradas en proporcionar infraestructura adecuada, reducir los costos de puesta en marcha de la radicación, pagar los costos de los seguros por mala praxis, cubriendo sus riesgos de responsabilidad y facilitar la cobertura de vacaciones. Además, desde 2010 se han fomentado nuevos métodos de organización de la atención sanitaria mediante la transferencia y coordinación de tareas ofreciendo la oportunidad trabajar en prácticas grupales conectadas con otros profesionales de la salud y el uso de tecnologías de la información y de la telemedicina, tanto como soporte como complemento de la atención local.

Cuadro 5. El precio mínimo por unidad de alcohol como alternativa para reducir su consumo nocivo se ha implementado en diversos países desarrollados.

El precio mínimo por unidad (PMU), establece un precio mínimo obligatorio por unidad de alcohol o bebida estándar, con lo que se dirige a las bebidas alcohólicas baratas. A diferencia de los impuestos, impide que los minoristas absorban el coste adicional de producción. Varios países han implementado el PMU, incluyendo Canadá (algunas provincias), un territorio de Australia y el Reino Unido (Escocia y Gales). En Escocia, se encontró que el PMU provocó una reducción del 7,6% en las compras de alcohol, con un impacto mayor en los hogares que consumían más alcohol, lo que indica que la política tuvo éxito al dirigirse a las personas que beben en exceso. En Australia, una investigación sobre la introducción del PMU encontró que la política condujo a una reducción del suministro mayorista de alcohol per cápita (en 0,22 litros de alcohol puro), una reducción de las agresiones relacionadas con el alcohol y un descenso de los ingresos en ambulancias y urgencias relacionados con el alcohol.

²³ https://www.euro.who.int/...data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

5. LA AUTORIDAD SANITARIA REQUIERE UNA MODERNIZACIÓN QUE LE PERMITA RESPONDER A LAS DEMANDAS DE LOS NUEVOS TIEMPOS.

Chile podría revisar la actual estructura institucional de la autoridad sanitaria buscando entregar mayor autonomía, altos estándares técnicos y herramientas para fortalecer su comunicación con actores claves y la ciudadanía en general. Esto es esencial para tener un esquema robusto de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, lo que se ha puesto a prueba en todo el mundo con el COVID-19. Por otro lado, los estándares de regulación de medicamentos, dispositivos médicos y vacunas deben seguir fortaleciéndose, a la vez que se deben desarrollar capacidades institucionales para la nueva tarea de producción de tecnologías sanitarias (p. ej. vacunas), buscando colaboraciones a nivel de la región de Latinoamérica (ver Cuadro 6). El desarrollo de una institucionalidad fortalecida y autónoma para la evaluación de tecnologías sanitarias también es un desafío clave.





Cuadro 6. El Instituto Butantan del Estado de São Paulo, Brasil y las capacidades de investigación y desarrollo de tecnologías sanitarias en el mundo y en Latinoamérica.

A. El Instituto Butantan es una institución pública vinculada a la Secretaría de Salud de su Estado. Es el principal productor de inmunobiológicos y biofármacos de Brasil y Latinoamérica, responsable de un gran porcentaje de la producción de sueros hiperinmunes y del mayor volumen de la producción nacional de antígenos vacunales. Mantiene un programa de investigación científica financiado por subvenciones de organismos federales y estatales y a través de la Fundación Butantan administra buena parte de la producción de vacunas. El Consejo de Administración del Instituto y el Consejo de Curadores de la Fundación están compuestos por las mismas personas, asegurando la coordinación. Además, cuenta con el Hospital Vital Brazil y tiene estrechas relaciones científicas con la Universidad de São Paulo. A mediados de 2020, el Instituto Butantan se asoció con el laboratorio chino Sinovac Biotech para iniciar la producción de la vacuna CoronaVac, marcando así el hito de la primera producción de vacunas para COVID-19 en Latinoamérica. Al mismo tiempo, el Instituto ya comenzó los ensayos clínicos de la vacuna de desarrollo nacional contra el COVID-19 denominada ButanVac.

B. El “National Institute for Health and Care Excellence”, NICE²⁴, de Reino Unido, es la institución que ha fijado el estándar del mundo desarrollado occidental en términos de evaluación de tecnologías sanitarias, a través de sólidos esquemas de trabajo con los pacientes, el sistema nacional de salud de UK y la industria de las ciencias de la vida, evaluado los nuevos medicamentos, dispositivos, diagnósticos y tecnologías digitales para brindar un acceso más rápido y justo en su sistema de salud. En Latinoamérica destacan el Instituto de Evaluación de Tecnología de Salud, IETS²⁵, de Colombia, como entidad independiente del Ministerio de Salud, pero también otras entidades como la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud; CONETEC²⁶, de Argentina; la Comisión Nacional de incorporación de tecnologías en el Sistema Único de Salud, CONITEC²⁷, de Brasil; y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC²⁸, de México; que aunque ligadas directamente con los Ministerios de Salud, son modelos de alta validez que pueden ser analizados para definir la aplicación de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en la escala adecuada a las necesidades de Chile.

²⁴ <https://www.nice.org.uk/>.

²⁵ <https://www.iets.org.co/>.

²⁶ <https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec>.

²⁷ <http://conitec.gov.br/>.

²⁸ <https://www.gob.mx/salud/cenetec/documentos/atribuciones-de-cenetec?>



ENTRANDO EN ACCIÓN

Desafío a corto plazo	Costo de la falta de acción	Acciones de política públicas
Fortalecer la universalidad y reducir la fragmentación del sistema.	<ul style="list-style-type: none">• Desigualdades en el acceso y resultados de la atención de salud.• Percepción de desigualdad y mayor desconfianza en el sistema.• Mayor ineficiencia en el uso de los recursos.	<ul style="list-style-type: none">• Avanzar hacia un esquema de seguridad social en salud unificado para toda la población, incluyendo un conjunto común de beneficios sanitarios.• Crear un fondo único que mancomune los recursos de la seguridad social de salud.
Aumentar y mejorar la calidad del gasto público en salud.	<ul style="list-style-type: none">• Persistencia del alto gasto de bolsillo en salud.• Limitaciones al acceso de la salud de los sectores más humildes.• Presencia de bolsones de malgasto o ineficiencia en el gasto.	<ul style="list-style-type: none">• Continuar con la tendencia incremental del gasto público de salud.• Regular precio de medicamentos.• Fortalecer la institucionalidad de la evaluación de tecnologías sanitarias, por ejemplo, creando una entidad pública autónoma para estos fines.• Identificar las principales áreas de ineficiencia en el sistema de salud y concretar acciones para subsanarlas.
Expandir las políticas intersectoriales para enfrentar los principales factores de riesgo para la salud de la población.	<ul style="list-style-type: none">• Aumento progresivo de costos de atención médica de las enfermedades crónicas no transmisibles.• Incremento de la discapacidad y de los costos vinculados.• Pérdida de beneficios de contar con una mayor participación social.• Pérdida de oportunidades de sinergias entre diversos sectores.	<ul style="list-style-type: none">• Adecuar la legislación antitabaco en acuerdo a los estándares del Convenio Marco de la Organización Mundial de Salud (OMS) para el Control del Tabaco.• Ampliar la estrategia para el control de la obesidad incluyendo más colaboración con la producción y la industria (p. ej. disminución impuestos y costos de intermediación en productos frescos, etiquetado de menús en restaurantes), regulando la publicidad de alimentos “altos en” (p. ej. en eventos deportivos), e implementar un sistema de monitoreo y evaluación permanente del ambiente alimenticio en Chile.• Revisar la estructura de impuestos de alimentos “altos en” y de los alcoholes y tabaco de manera de desincentivar su consumo.



Desafío a corto plazo	Costo de la falta de acción	Acciones de política públicas
<p>Ajustar el modelo de atención y organización de los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Baja integración entre los distintos niveles de atención.• Aumento progresivo de costos de atención por duplicación estudios entre actores, errores médicos y polifarmacia.• Deterioro progresivo del acceso y calidad en la atención de salud.• Mala percepción de calidad de atención.	<ul style="list-style-type: none">• Crear rutas del cuidado basadas en la atención primaria y navegadores para pacientes crónicos multimórbidos, con estrecha coordinación con los niveles de atención secundarios y terciarios.• Fortalecer la participación activa e institucionalizada de los propios pacientes en su cuidado y en la toma de decisiones en general.• Expandir la estrategia de salud digital.
<p>Modernizar la autoridad sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Menor calidad y seguridad en medicamentos, dispositivos y vacunas.• Débil capacidad para fiscalizar la implementación de políticas de salud pública.• Frágil preparación y respuesta ante emergencias sanitarias.• Pérdida de potencial en la generación y uso de estadísticas e información sanitaria.• Escasa colaboración entre expertos, las industrias y los tomadores de decisiones.	<ul style="list-style-type: none">• Reformar la estructura institucional de la autoridad sanitaria buscando niveles de mayor autonomía, altos estándares técnicos y herramientas para fortalecer su comunicación social.• Desarrollar el esquema de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias.• Fortalecer los estándares de regulación de formación de RRHH, medicamentos, dispositivos médicos y vacunas, junto con considerar el desarrollo de la capacidad de producción de tecnología y productos relacionados a la salud en el país.

