



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

# **SALUD PARA CHILE:** Reflexiones y aportes de la Facultad de Medicina UC a la discusión pública

---

SANTIAGO | JUNIO 2021

---

### **Coordinadores generales**

Jaime Godoy

Vicedecano, Facultad de Medicina

Jaime Cerda

Secretario Académico, Facultad de Medicina

### **Coordinadores de grupo**

Claudia Bambs

Paula Bedregal

Solange Campos

Álvaro Erazo

Manuel Espinoza

Fernando Poblete

Paulina Ramos

Jaime Santander

Álvaro Téllez

Gonzalo Valdivia



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

# **SALUD PARA CHILE:** Reflexiones y aportes de la Facultad de Medicina UC a la discusión pública

---

SANTIAGO | JUNIO 2021



# Índice

---

<b>Presentación del documento</b> .....	<i>pág. 07</i>
<b>Prólogo</b> .....	<i>pág. 08</i>
<b>Declaración de conflictos de interés</b> .....	<i>pág. 10</i>
<b>Tema 1. El derecho a la salud</b> .....	<i>pág. 11</i>
<b>Tema 2. Sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud</b> ....	<i>pág. 21</i>
<b>Tema 3. Acceso a medicamentos</b> .....	<i>pág. 38</i>
<b>Tema 4. La espera en atención de salud: oportunidad de mejora</b> .....	<i>pág. 49</i>
<b>Tema 5. Enfrentando las enfermedades crónicas</b> .....	<i>pág. 60</i>
<b>Listado de colaboradores</b> .....	<i>pág. 73</i>



## Presentación del Documento

---

El “estallido social” ocurrido en Chile en el mes de octubre de 2019 puso en el centro de la discusión pública diversos temas, siendo aquellos referentes a la salud de las personas uno de los más recurrentes. La ciudadanía manifestó en diferentes marchas y foros su descontento con la atención de salud que recibe, exigiendo a las autoridades numerosos cambios, algunos de ellos de tipo estructural. La pandemia que siguió a este estallido solo enfatizó aún más la relevancia de la salud pública, de la integración de las redes asistenciales y del acceso universal, oportuno y expedito a todas las atenciones que se requieran. Como una forma de contribuir a la discusión pública, sobre este crucial tema, el Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Dr. Felipe Heusser, convocó a un grupo de expertos, a quienes encomendó reflexionar en torno a cinco tópicos, a saber, (1) derecho a la salud, (2) sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud, (3) acceso a medicamentos, (4) listas de espera, y (5) enfrentamiento de las enfermedades crónicas. Para ello, los expertos conformaron grupos de trabajos de entre 10 a 15 personas, siendo los integrantes académicos y alumnos de la Facultad de Medicina, y funcionarios de la Red de Salud UC CHRISTUS.

El presente documento es el resultado del trabajo realizado por académicos y otros miembros de la comunidad de la Facultad que revisaron cinco “temas”, los cuales pueden ser leídos de manera independiente unos de otros. Cada uno de ellos hace referencia a los aspectos centrales del tema en cuestión y, cuando correspondió, se presentó una tabla de “problemas y propuestas”. De esta forma, se espera que el presente documento contribuya a enriquecer las distintas instancias de discusión nacional, con el fin último de avanzar hacia un mejor estado de salud para todas las personas.



# Prólogo

---

Noventa años al servicio del país fue el lema que la Facultad de Medicina escogió para su nonagésimo aniversario como expresión fidedigna de lo que ha sido su historia. En estos ya casi cien años, Chile ha vivido profundos cambios de todo orden, sociales, culturales, económicos, valóricos e incluso ecológicos, que se han sucedido no pocas veces en contextos de marcadas crisis sociales, incluyendo sin ir más lejos el año fundacional, 1929, fecha de inicio de la llamada Gran Depresión económica mundial. Y en todas estas circunstancias nuestro compromiso de servicio se ha sabido mantener, intentando siempre contribuir a construir un Chile mejor.

Hoy nos vemos enfrentados no solo a una nueva y significativa crisis social, tanto o más profunda que otras ya experimentadas, sino además a una crisis sanitaria sin precedentes producto de la pandemia COVID-19. Ante ambas situaciones, y por las experiencias generadas a partir de ellas, podemos avizorar reales oportunidades para avanzar en solucionar lo que es parte importante de las quejas ciudadanas: la inequidad, particularmente en salud. Estas crisis nos interpelan como institución y nos convocan a contribuir desde nuestro ser y quehacer universitario, aportando desde reflexiones basadas en el conocimiento, con una mirada en lo alto, más allá de las contingencias.

Ciertamente los problemas del área salud se ubican en la “zona cero” de las demandas y necesidades sociales y como Facultad de Medicina estimamos un deber generar propuestas concretas, que

esperamos se conviertan en un insumo para el necesario debate que se está llevado a cabo en torno a la nueva institucionalidad que construiremos como país y en la que todos debemos colaborar.

El presente documento pretende ser el inicio de esa contribución. Es el producto de cinco comisiones compuestas por académicos y otros integrantes de las distintas escuelas de la Facultad de Medicina, quienes, junto a alumnos y personal de la Red de Salud UC CHRISTUS, abordaron desde la serenidad académica algunos de los más complejos problemas relativos a la salud del Chile de hoy, desde algunos conceptuales, tales como de qué manera presentar el derecho a la salud en la Constitución, o qué sistema de salud sería el más apropiado para nuestro país, pasando a otros de gran y directo impacto en pacientes y familias, tales como la propuesta de cambios a introducir en las políticas de medicamentos para mejorar el acceso a ellos, cómo optimizar las listas de espera o cómo abordar las enfermedades crónicas con una política de salud pública.

Las reflexiones que aquí presentamos han sido realizadas con entusiasmo, compromiso y generosa participación de muchos académicos, a quienes agradecemos su esmerado trabajo.

---

**Dr. Jaime Godoy**

Vicedecano

Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Católica de Chile

## Declaración de conflictos de interés

---

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile presta servicios sanitarios, hospitalarios y ambulatorios, tanto en sus propias instalaciones como en las de la Red de Salud UC CHRISTUS, entidad, esta última, de la que participa como socio mayoritario. Asimismo, en sus distintas escuelas (Medicina, Enfermería, Odontología y Ciencias de la Salud) forma profesionales y académicos, impartiendo docencia a nivel de pregrado, postgrado y extensión. Parte de la formación de profesionales de la salud tiene lugar en establecimientos pertenecientes a la red pública (Complejo Asistencial Hospital Sótero del Río, Hospital Clínico Metropolitano Dra. Eloísa Díaz Inzunza - La Florida, Red de Centros de Salud Familiar Áncora).

# Tema 1: El derecho a la salud

## Introducción

Estas páginas son fruto de un diálogo político, plural y abierto, construido en base a experiencias y dominios de los integrantes, referencias documentales, contactos con expertos, lectura y aportes de documentos de trabajo y reflexión originados al interior de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y de información recopilada en el entorno social y político nacional. Se busca aportar a la discusión ciudadana constitucional a realizarse en el curso de este año con motivo de la redacción de una nueva Carta Política, en relación con el sentido y alcance del derecho a la salud.

Este texto tiene la particularidad de haber sido escrito a finales del año 2019, durante el estado de emergencia debido a la crisis político-social a consecuencia del estallido del 18 de octubre de ese año, revisado en abril de 2020 y en abril de 2021, encontrándose nuestro país en estado de catástrofe sanitaria por la pandemia del coronavirus. Esta pandemia ha confirmado las ideas planteadas, en especial la necesidad de coordinación social, de cooperación pública y privada, así como el deber de las universidades y sus académicos de aportar evidencias científicas para justificar las políticas públicas, en particular aquellas relacionadas a la salud.

Surgen diversas consideraciones derivadas de esta experiencia de crisis sanitaria mundial relacionadas con el derecho a la salud. Ellas refirman la importancia

de numerosos planteamientos incluidos en este texto y agregan elementos importantes que relevan la pertinencia de una reflexión profunda en torno a este derecho fundamental.

## ¿Qué agrega la pandemia a la reflexión sobre el derecho a la salud?

- Refuerza la necesidad de disponer de un sistema de salud robusto, dotado de estándares de funcionamiento social y técnicamente consensuados, que dé garantía de calidad para todos los habitantes del país.
- Muestra que la integración del sistema de salud, al menos en el mundo hospitalario, materializada con la adhesión de las camas públicas y privadas para pacientes complejos en esta emergencia sanitaria, constituye una evidencia sólida de las ventajas de un sistema de salud con mayores niveles de alineamiento, tanto en infraestructura, tecnología y del personal.
- Ha visibilizado crudamente las dificultades operativas que tiene la gobernanza actual que adoptó el sistema de salud en su último proceso de reforma, la que fragmenta la natural integración de las tareas de la salud pública con el desempeño de las redes asistenciales, incluyendo sus valiosos recursos humanos.
- La participación social y la cercanía que debe tener por el sistema de salud con la población a la que sirve, se ha mostrado frágil y con débil desarrollo. La postergación del nivel primario de

atención en las acciones que le son propias ha dejado una lección que debe capitalizarse.

- El ensañamiento que ha mostrado esta pandemia entre las personas mayores, con las comunidades de alto nivel de marginación social y geográfica, con aquellos privados de libertad, que tienen empleos precarios y malas condiciones de trabajo, con niños, niñas y adolescentes, acentúan la necesidad de considerar estos elementos al reflexionar sobre el derecho a la salud en el contexto de una nueva constitución.
- Las severas consecuencias que ha tenido para muchos habitantes del país el contraer COVID-19, coexistiendo con enfermedades crónicas prevenibles, es el reflejo de políticas sectoriales desbalanceadas y centradas en el daño.
- El enfoque actual del derecho a la salud, centrado en lo prestacional, no se condice con la importancia de otras dimensiones de la salud que han quedado desatendidas en esta pandemia y cuyas consecuencias han quedado de manifiesto.

Hay acuerdo en el mundo sanitario internacional que este derecho en particular ha sido objeto de menor atención que la que amerita, producto de controversias de diferente orden que el concepto suscita, a saber: aspectos legales (derecho que no necesariamente dispone de legislación vinculante), factibilidad (¿cómo exigirlo al Estado, cuando no es posible asegurar que todos tengan buena salud?) y razones políticas (¿por qué pensar en la salud como un derecho, en lugar del cuidado de la salud, considerando que el cuidado de ésta se encuentra bajo el control de la formulación de políticas?)<sup>1</sup>.

El abordaje del concepto de derecho a la salud debe tomar en consideración a la Constitución Política de la República de Chile (CPR), dado que esta es la norma jurídica superior del vigente ordenamiento jurídico nacional. Predominan en el mundo los Estados que hacen explícita mención a este derecho en sus Constituciones, el cual se expresa en términos aspiracionales, como un derecho, como un deber, en términos regulatorios o de rectoría o en términos referenciales<sup>2</sup>.

La CPR establece las bases de la institucionalidad, los principales derechos y deberes y la estructura y organización del Estado, de allí su gran importancia para la vida en comunidad. Este instrumento corresponde a *“la norma interna más importante de un Estado de derecho soberano. Así, se dice que la Constitución es la norma jurídica, escrita o no, de más alto rango en el ordenamiento jurídico de una sociedad y está destinada a regular los aspectos fundamentales de la vida política”*<sup>3</sup>. Por esto, la Constitución de un Estado también es llamada Carta Magna o Fundamental y, en un orden de jerarquía, es la ley suprema de nuestro ordenamiento jurídico. Como tal, se espera que todas las leyes y demás normativas que se encuentran en nuestro ordenamiento jurídico deban estar creadas conformes a la CPR.

Con respecto del derecho a la protección de la salud, la CPR señala, en su Capítulo III, Artículo 19, N°9, lo siguiente: *“El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber*

*preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”<sup>A</sup>. Se puede apreciar en una primera instancia que este derecho está expresado en la CPR en términos de provisión de servicios y prestaciones (con un enfoque regulatorio), lo que permite en este documento profundizar en torno a su alcance general.*

La distancia existente para el ciudadano común entre los significados del Derecho Constitucional y el lenguaje ordinario plantea un reto no sólo semántico, sino también político, en cuanto a ofrecer un mínimo de garantía de una adecuada comprensión de conceptos e ideas; a esta necesidad obedecen algunas definiciones incorporadas en el presente texto. Es conveniente también señalar que la CPR vigente es, en términos comparativos, extensa en su redacción<sup>B</sup>.

## **I. Valores que se deben consagrar en la Carta Constitucional**

Las personas nacen, se desarrollan y mueren *libres e iguales en dignidad y derechos*.

La dignidad es el valor intrínseco de cada persona que la hace única e irrepetible, siendo esta cualidad la fuente de los derechos fundamentales de todo individuo de la especie humana. Vinculado con estos conceptos, puede reconocerse en la CPR, Capítulo III, Artículo 19, N°1, lo siguiente: “La

*Constitución asegura a todas las personas: El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La ley protege la vida del que está por nacer [...]”*. Por naturaleza, el ser humano es un ser social, lo que le da un carácter particular respecto de sus derechos: la dimensión individual y la dimensión colectiva (dimensión poblacional o comunitaria, de bien común).

El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común (que se condice con la dimensión colectiva del ser humano), para lo cual debe contribuir a crear las condiciones que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización material y espiritual posible. El Estado reconoce y ampara a los grupos intermedios<sup>C</sup> a través de los cuales la sociedad se organiza y estructura y les garantiza la adecuada autonomía para cumplir sus propios fines específicos.

## **II. Principios de la acción de las personas, de las comunidades y del Estado en relación con la vida y salud<sup>D</sup>**

- **Bien común**, el cual comprende al conjunto de aquellas condiciones materiales y espirituales con las cuales personas, familias y comunidades pueden lograr con mayor plenitud y facilidad su propia perfección. En otras palabras, el bien de todos y cada uno. El bien común es el fin del Estado. En el caso chileno, el derecho a la salud corresponde a un derecho prestacional (se expresa como “el derecho a la protección de la salud”), siendo entendido como derecho individual en la CPR y tratado como derecho social en la jurisprudencia<sup>4</sup>.

A. Ver Ley 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

B. Las constituciones de los países de la OCDE tienen en promedio 10 mil palabras. La CPR de 1980 de Chile contiene 27 mil palabras (Tsebelis, G. “En Chile quieren incluir muchos derechos sociales en la Constitución”. The Clinic, 12-05-2014).

C. Como ser, la Red de Salud UC CHRISTUS.

D. Los principios son enunciados normativos que contienen un mandato de optimización caracterizado por la indeterminación de sus condiciones de aplicación y por su cumplimiento gradual en función de las condiciones fácticas y jurídicas. La teoría de los principios cumple un rol fundamental en la teoría general de los derechos fundamentales. La comprensión de la norma de derecho fundamental se encuentra estrechamente vinculada a la noción de principios como una estructura normativa que se diferencia de las reglas, ya sea en su forma de aplicación, como en la solución de antinomias. En esta lógica, los principios constituyen piezas centrales para comprender el Derecho Constitucional contemporáneo, especialmente, en el marco de tribunales que tienen la competencia para controlar la constitucionalidad de las reglas fijadas por la ley (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

- **Solidaridad** entre las personas y sus comunidades, entendida como el valor ético-moral, vinculado a la idea de fraternidad, que obliga a asumir como propia la necesidad de un tercero, identificarse con él, hacerse incluso responsable de sus necesidades. Da cuenta del sentimiento de cohesión social basado en valores compartidos y en un destino común. Para el Estado es la obligación constitucional que responde al desequilibrio y diferencias de desarrollo y oportunidades en lo económico y social entre las diferentes personas y comunidades, y que establece un deber estatal de disminuir o al menos no agravar tales distinciones mandando, a través de políticas públicas, la redistribución de recursos.

- **Subsidiaridad:** Es la regla de reconocimiento de los grupos intermedios y del deber de amparo estatal de su adecuada autonomía y aporte al bien común. Este principio promueve que aquellas familias, vecindarios o comunidades locales que pueden resolver sus problemas de manera efectiva, lo hagan, y sólo cuando no pueden, intervengan los gobiernos y otras estructuras de poder de nivel superior para proveerles de ayuda (es decir, subsidium)<sup>5</sup>. Dos de los principales requisitos de la subsidiariedad son: (i) libertad sin interferencia y empoderamiento de las comunidades locales, y (ii) coordinación entre las partes interesadas mediante la descentralización del poder. En esencia, la subsidiariedad en el derecho comunitario representa un enriquecimiento de la idea de democracia, pues intensifica la participación de los ciudadanos en la esfera pública más cercana y favorece el control por los actores públicos. Debe servir como natural contrapeso a la tendencia natural del centro por acumular poder<sup>6</sup>.

Para el caso chileno, y citando a Allard et al., *“parte del contenido del principio de subsidiaridad va a impactar directamente en la manera en que se concibe al derecho a la salud en la Constitución del 80. El modelo a través del cual se configura la prestación de los servicios de salud se formula sobre la base de dos sistemas a los que las personas pueden optar: un subsistema privado y un subsistema público”*. Como crítica a este precepto, se debe señalar que nuestro constituyente de 1980 no advierte que estos valores en el constitucionalismo europeo se enmarcan en regímenes políticos con altos y exigentes estándares democráticos, que al momento de la promulgación de la CPR de Chile no existían. Cabe señalar que en el sector salud este principio se ha teñido adversamente en su contenido valórico, dada la connotación negativa de la interpretación del rol del Estado como *“un Estado subsidiario con competencia limitada para realizar solamente aquellas actividades desechadas por los particulares, no recogiendo la vertiente positiva de dicho principio”*<sup>7</sup>.

- **Participación:** Las personas, comunidades y organizaciones tienen el derecho de participar en el mejoramiento y desarrollo de su propia salud. *“Asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional: obliga al Estado a ejecutar actos o implementar políticas que tutelen y garanticen a todas las personas (sin distinguir por raza, edad, sexo o condición) su derecho a tomar parte en la vida política, económica, cultural y social de la Nación con igualdad de oportunidades. En consecuencia, el Estado no sólo deberá amparar a nacionales y extranjeros su participación en los distintos ámbitos*

de la vida nacional, sino que también, deberá configurar las condiciones necesarias (ya sea equiparando o diferenciando) para que todo ser humano se desarrolle e interactúe con la sociedad, desde un mismo piso, punto de partida, o en equivalencia de medios o herramientas (sociales, espirituales, culturales, económicas, etc.), que sin garantizar su éxito o fracaso, permitan a cada cual decidir autónomamente la conducción de su vida. Así se concreta la finalidad propia del bien común” (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

- **Sustentabilidad o Sostenibilidad:** Concepto tomado de reflexiones sobre el desarrollo sustentable, que se estima adecuado incorporarlo en esta reflexión en el marco de la responsabilidad social de asegurar continuidad en el ejercicio de los derechos y de las obligaciones que de ellos se deriven. En otras palabras, este principio se apoya en el compromiso intergeneracional de dar razonables garantías del resguardo de derechos de las próximas generaciones, mediante el cuidado de los recursos necesarios para sostener los deberes del Estado y maximizar progresivamente el bien común. Desde el punto de vista interpretativo, adherimos al concepto de sustentable, orientado a la interpretación relativa a los recursos económicos requeridos responsablemente para la preservación del concepto. *“Un proceso es sostenible cuando ha desarrollado la capacidad para producir indefinidamente a un ritmo en el cual no agota los recursos que utiliza y que necesita para funcionar”*<sup>8</sup>. Por lo tanto, para cumplir con el concepto y principio de sustentabilidad, se espera que las implicancias derivadas del bienestar sectorial global del país tributen virtuosamente

en el bienestar financiero del sistema de salud que Chile adopte como diseño futuro. Asimismo, se debe considerar la intersectorialidad, es decir, contemplar el efecto que pudiera tener toda política pública en el componente o consecuencia sanitaria de sus acciones (ej. desarrollo urbano, política de vivienda, medio ambiente, educación, trabajo, seguridad social, etc.) ya que pueden propiciar mejores condiciones para la integración del concepto de “salud en todas las políticas”<sup>9</sup>.

- **Multiculturalidad:** es la expresión del pluralismo cultural, que promueve la no-discriminación por razones de raza o cultura, la celebración y reconocimiento de la diferencia cultural, así como el derecho a ella. El concepto también está vinculado con los de etnia, pertenencia o adscripción territorial, necesidad de reconocimiento y la postergación de derechos.

- **Estado garante:** La existencia del derecho a la vida y salud implica el deber intransferible e irrenunciable del Estado de garantizar su cumplimiento. Ello implica la consideración de garantía de oferta de servicios básicos a la población, entendido esto como un derecho de carácter universal.

### III. De los derechos y deberes constitucionales: la vida, la salud y el medio

En el derecho internacional y en el marco de los derechos humanos, se reconoce el principio de *interdependencia* de los derechos entre sí, según lo cual la vigencia de algún derecho humano depende, a su vez, de la protección de diversas manifestaciones de otros derechos fundamentales,

por lo que corresponde una interpretación armónica de los mismos. Bajo este prisma, no es admisible plantear divisiones u oposiciones (fragmentación) entre diferentes tipos de derechos.

La Constitución debe garantizar:

**1. El derecho a la vida.** *“Es la obligación de abstención frente a la amenaza, perturbación y privación arbitraria de la vida y la obligación de generar las condiciones materiales básicas de subsistencia. El Estado se encuentra sujeto tanto a obligaciones negativas como positivas. Entre las primeras, el Estado debe abstenerse de ejecutar conductas que afecten o eliminen la vida de la persona, como muertes extrajudiciales o la desaparición forzada de personas. Entre las segundas, el Estado debe promover y generar las condiciones materiales básicas de subsistencia que hacen posible la vida de las personas. En este aspecto, el derecho a la vida se coordina constitucionalmente con el derecho a la integridad física y psíquica y a la protección de la salud”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Por su parte, consideramos que una eventual nueva redacción de la CPR debe hacer explícita la protección de la vida del que está por nacer. Nótese que el derecho a la vida es el más básico de todos los derechos humanos.

**2. El derecho a la integridad física y psíquica.** *“Esfera de inmunidad y de abstención, que conlleva una prohibición estatal y respecto de particulares frente a interferencias ilegítimas en el organismo y la psiquis de la persona. El derecho, además, comprende la facultad individual para decidir sobre su propio cuerpo, en todos sus componentes,*

*incluyendo sus facultades mentales”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Este derecho se vincula radicalmente con la inviolabilidad de los seres humanos, el cual prohíbe la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

**3. El derecho a vivir en un medio libre de contaminación.** *“Es el derecho subjetivo sobre un nivel de protección del medio ambiente que garantice condiciones objetivas de salud pública, preservación de la naturaleza y conservación del patrimonio ambiental, compatibles con una determinada calidad de vida”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Se trata de un derecho del individuo, de la comunidad y de las generaciones venideras que en definitiva permite la sustentabilidad de la vida.

La Ley sobre Bases Generales del Medio Ambiente (Ley 19.300) define los conceptos de “medio ambiente”, “contaminación”, “normas de emisión”, “daño ambiental”, “desarrollo sustentable”, “cambio climático” o “conservación del patrimonio ambiental”, entre muchos otros conceptos. Con ello da cuenta de la complejidad de definir un solo término que englobe la noción del derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. En cumplimiento de este deber, los órganos del Estado dictan normas de emisión de contaminantes, aprueban normas de calidad ambiental o planes de prevención o descontaminación. Como se mencionó, la protección del medioambiente se ha asociado en las últimas décadas al “desarrollo sostenible”, entendiendo que *“El derecho al desarrollo debe ejercerse en forma tal que responda equitativamente*

a las necesidades de desarrollo y ambientales de las generaciones presentes y futuras” (Declaración de Río de Janeiro sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, 1992).

Es el Estado el principal obligado a proteger el medio ambiente. Por de pronto, la determinación del nivel tolerable de contaminación lo fija el Estado mediante las normas de emisión, de la misma manera que lo hace con las acciones de garantía objetiva sobre el patrimonio ambiental o la preservación de la naturaleza. En tal sentido, la protección del bien colectivo denominado medio ambiente es un auténtico fin estatal.

**4. El derecho a la salud.** *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Por su naturaleza, es fundamental por su carácter inalienable y anterior al Estado, correspondiendo también a un derecho humano plenamente reconocido. *“Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”* (núcleo mínimo del derecho)<sup>E</sup>.

Como ya fue comentado, es preciso abordar en una formulación más actualizada aquellos elementos que la sociedad moderna demanda en materia de la construcción de la salud de sus comunidades. En dicho diseño, es esencial considerar la influencia que tienen los determinantes sociales en salud, permeables a actuar positiva o negativamente sobre individuos o comunidades producto de la acción efectiva de las políticas sociales que el Estado chileno desarrolle (o no desarrolle). La

evidencia en torno a esta influencia es abrumadora, y obliga al constitucionalista a incorporar en la arquitectura constitucional la integración sectorial, preservando el principio de interdependencia de los derechos fundamentales de los ciudadanos. Es necesario señalar que la evidencia muestra que la acción del Estado centrada en los determinantes sociales incide positivamente en el bienestar de la comunidad-país, lo que agrega un componente ético relevante a este análisis<sup>10</sup>.

Por definición, las graves desigualdades en salud, puestas en evidencia desde hace más de una década en Chile, se constituyen en inequidades al arrastrar consecuencias adversas para las personas, por ser también técnica y socialmente evitables y por las profundas injusticias sociales que las enmarcan. Aun cuando hay desigualdades que son aceptables existiendo acuerdos técnico-sociales de por medio, para las inequidades en salud, por definición, no es posible aceptar este escenario dual. Se espera un intenso y profundo debate respecto de los términos y alcances en que se redactará el derecho a la salud en una eventual nueva CPR de Chile. Al respecto, se observan limitaciones de su actual formulación, en cuanto el texto se interpreta como un derecho limitado al acceso a prestaciones sanitarias. Esta interpretación sesgada del derecho a la salud lo circunscribe a una interpretación prestacional, alejándola así de los principios fundamentales que parecen ser anhelados por el colectivo. La formulación de este derecho en sus alcances aspiracionales (en cuanto a alcanzar el máximo goce posible de salud) constituye un elemento importante a considerar, el cual involucra también aspectos de promoción de la salud y prevención

E. El contenido mínimo de los derechos sociales fundamentales está relacionado con el respeto a la dignidad del ser humano y a la consideración de un mínimo vital que se concreta en cada uno y todos los derechos económicos, sociales y culturales. Nogueira Alcalá, Humberto (2003): Teoría y dogmática de los derechos fundamentales, Instituto de Investigaciones Jurídicas, serie Doctrina Jurídica, (N° 156), (Ciudad de México, Ed. UNAM).

F. La interpretación prestacional del derecho a la salud se ha potenciado por la formulación de estrategias políticas sectoriales como la de cobertura universal en salud, que ha estimulado a los Estados a aumentar el alcance de sus acciones. Ver: Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference would it make? Policy Brief. World Health Organization, 2015.

de la enfermedad<sup>F</sup>. Este derecho debe recibir su concreción en las demás fuentes del derecho, por de pronto en la legislación que deberá en su caso reformular el sistema de salud. Desde el punto de vista legal, se esperan avances adecuados en la discusión y proposición sobre el diseño que el sistema de salud debe ofrecer para concretar este derecho reformulado. Principios como los ya señalados previamente deben quedar contenidos en este proceso de reformulación del sistema de salud (por ejemplo, sustentabilidad).

Por otro lado, los deberes de Estado corresponden a “obligaciones básicas mínimas” que se configuran en base a tres atributos complementarios: inmediatez, integridad (deben cumplirse plenamente en un momento dado) y universalidad.

Son obligaciones básicas mínimas<sup>G</sup>:

1. Proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (CPR, Artículo 19, N°9).

Las acciones de *promoción* son las iniciativas de fomento a las atenciones y cuidados respectivos, como son las campañas educativas sobre prevención, higiene y salubridad dirigidas a la población fomentando el autocuidado. Las acciones de *protección* son acciones de atención como procedimientos masivos de vacunación, control de fuentes de enfermedades, decomiso de alimentos en mal estado, combate al consumo de drogas, entre otras acciones. Las acciones de *recuperación* de la salud son las prestaciones que otorgan los profesionales y personal de salud

destinadas a curar a una persona y superar su urgencia. Por último, las acciones de *rehabilitación* son aquellas posteriores a la recuperación y que tienen por objeto restablecer la funcionalidad del cuerpo o de partes de éste para la reintegración o fomento de la participación social de la persona. En atención a la situación chilena, es relevante hoy para el Estado considerar la esfera de los cuidados paliativos y los cuidados de fin de vida.

2. Al Estado le corresponde coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud (CPR, Artículo 19, N°9). Esto implica un conjunto de acciones estatales orientadas a fijar políticas, coordinar apoyos e integrar esfuerzos entre y para las instituciones públicas y privadas de salud.
3. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de acciones de salud, ya sea que su prestación se verifique en el sistema público o privado (CPR, Artículo 19, N°9). Conforme a esto, el Estado fija las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y de rehabilitación.

Se observa que en la CPR vigente el derecho a la vida e integridad física y psíquica, el derecho a un ambiente no contaminado y el derecho a la salud se encuentran tratados en números diferentes, no relacionados naturalmente entre sí, e incluso podría sostenerse en forma fragmentados, lo cual dificulta su comprensión y real aplicación, además de vulnerar las condiciones en las cuales deben operar las obligaciones básicas mínimas. Es, en consecuencia, necesario vincular estos derechos.

G. Según la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los servicios médicos deben cumplir con una serie de elementos, a saber: disponibilidad tanto de los establecimientos, como de los bienes (medicamentos e implementos de salud) y servicios; accesibilidad física (vías de acceso a los establecimientos de salud expeditas para todas las personas) y económica (una persona no puede quedar sin acceso a prestaciones de prevención o tratamiento de enfermedades por razones económicas); aceptabilidad y respeto a la ética médica y cultura (fuertemente relacionado con el respeto a la medicina tradicional de los pueblos); y calidad desde un punto de vista científico y médico.

#### IV. Deberes y responsabilidades

**1. Deber de respeto por la CPR o defensa de la Carta Política.** *“La defensa de la Constitución, también conocida como garantía de la Constitución, corresponde a la función que tienen todos los órganos del Estado de someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella, y garantizar el orden institucional de la República”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

*“La defensa de la Constitución se ejerce en dos planos principales: primero, al ejercer las potestades públicas en conformidad a lo dispuesto en la Constitución y en las normas dictadas conforme a ella. Se trata de un corolario del principio de juridicidad y pilar básico del Estado de Derecho. Segundo, al fiscalizar y controlar las infracciones a la Constitución y las leyes en que puedan incurrir otros órganos del Estado”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

La sujeción a la Constitución es una consecuencia obligada de su carácter de norma suprema que se traduce en un deber de distinto signo para los ciudadanos y los poderes públicos; mientras los primeros tienen un deber general negativo de abstenerse de cualquier actuación que vulnere la Constitución, sin perjuicio de los supuestos en que la misma establece deberes positivos, los titulares de los poderes públicos tienen además un deber general positivo de realizar sus funciones de acuerdo con la Constitución.

También los ciudadanos deben respeto a la Carta Política o lo que algunos denominan el “patriotismo constitucional.” *“Con independencia*

*de su denominación, en su alcance importa reconocer que el desarrollo de un orden jurídico está sostenido, además de normas, en prácticas que sean coherentes con los valores y principios en que se funda una sociedad democrática. Todos los días, en las relaciones de poder y en la interacción de derechos fundamentales se pone en práctica la vigencia, arraigo y profundidad del orden constitucional concebido como dinámico, abierto y plural respecto de los problemas que el presente y futuro ofrecen”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

**2. Deber de respeto de derechos de otros,** entendido como obligación negativa de no obstaculizar o impedir el ejercicio de los derechos por parte de los demás. Si los derechos se tienen frente a los demás, también se tiene frente a los demás el deber de respetarlos. Los deberes son esenciales para la eficacia de los derechos. Según la eficacia horizontal de derechos fundamentales, estos son exigibles no sólo frente al Estado y sus órganos, sino también dentro de las relaciones entre particulares. En la realidad hay ciertos particulares que tienen igual o mayor poder que el Estado, en ciertos contextos, y ello conlleva una amenaza de naturaleza privada (no estatal) al ejercicio de los derechos fundamentales.

**3. Cumplimiento de leyes y normas.** *“Supone que el ejercicio de las competencias de las autoridades públicas se realice de conformidad con lo dispuesto en la Constitución y las leyes, de forma que se disminuya el riesgo de la exlimitación de funciones”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). También todas las personas y organizaciones

tienen el deber de cumplir y acatar las leyes y los demás actos que en ejercicio de sus funciones dicten los órganos del Poder Público.

**4. Responsabilidad.** Obligación general de cumplir todos los deberes para que sea posible la vida en comunidad. Si los deberes no se cumplen, los derechos no son eficaces, y sólo queda confiar en que sus garantías lo sean en la práctica. Conviene evitar esa brecha en el modelo de convivencia, capaz de convertir el Estado de Derecho en mera ficción. El principio de la responsabilidad pública significa que cada órgano del Estado debe responder ante la ley y ante los ciudadanos por sus decisiones, actos y omisiones. Esto significa que todos los ciudadanos, instituciones, empresas y componentes de la sociedad civil son responsables ante la ley por sus decisiones, actos y omisiones. Con respecto a la “responsabilidad ambiental”, todos los ciudadanos, instituciones, empresas y componentes de la sociedad civil son responsables ante la ley por sus decisiones, actos y omisiones en relación con el cuidado y protección del medio ambiente y del patrimonio ecológico territorial.

**5. Deber de servicio a la comunidad.** Obliga a toda persona a realizar trabajos que, como servicios, deben prestar con una finalidad de utilidad pública y sin derecho a retribución. Su fundamento deriva del principio de solidaridad y de la contribución a la consecución del bien común.

## Referencias.

1. Sen A. Why and how is health a human right? *Lancet* 2008; 372(9655):2010.
2. Kinney, ED, Clark, B. Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world. *Cornell International Law Journal* 2004; 37(2): 285-356.
3. Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). Guía de Formación Cívica: La Constitución.
4. Allard R. et al. El derecho a la salud y su (des) protección en el estado subsidiario. *Estudios constitucionales* 2016; 14(1):95-138.
5. de Campos, T. The Well-being Conception of Health and the Conflation Problem, *The New Bioethics* 2016; 22(1):71-81.
6. Unión Europea. Tratado por el cual se establece una Constitución para Europa. Luxemburgo, 2004, p.10. Brandes Sánchez, Cruzat JM, Principio de subsidiariedad y la administración local (en Marcial Ponas, Madrid, 1999, p.13).
7. Nehme K. El principio de subsidiariedad en la Constitución Política de la República y su aplicación en materia de derechos sociales. Trabajo de Memoria 3, Facultad de Derecho, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile, 2014.
8. Agenda 21, Conferencia Mundial sobre el Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable en Río de Janeiro en el año 1992.
9. OMS/OPS, 2014. Salud en todas las políticas: Marco de OMS sobre Salud en Todas las Políticas para la Acción a nivel de los Países, desarrollado en enero del 2014,
10. Pickett KE, Wilkinson RG. Editorial: Immorality of inaction on inequality. *BMJ*. 2017; 356:j556.

## Tema 2: Sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud.

### Introducción

La salud se ha entendido en gran parte del mundo como equivalente a un bien público<sup>1,2</sup>, noción particularmente clara dado el esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud por la Cobertura Universal<sup>3</sup>. Es decir, una comunidad o país busca proveer acceso a toda su población, para lo cual el conjunto de la sociedad debe aportar para acceder a este bien, normalmente a través de arreglos tributarios o contributivos, entre otras estrategias que además permitan la solidaridad y protección financiera para quienes cuentan con menores recursos y poseen mayor riesgo.

Por otro lado, el gasto en salud aumenta de manera constante en Chile y en el mundo. En el año 2000, en el mundo se gastaban en promedio 587 dólares por persona, mientras que, en el 2015, la cifra alcanzó los 1.300 dólares<sup>4</sup> (dólares internacionales ajustados por paridad de poder adquisitivo-PPA). En términos globales, el 2014 se gastó en salud 9,2 billones de dólares, y para 11 años más (2030) se proyecta un gasto de 16 billones a nivel mundial<sup>5</sup>. Para el caso de Chile, solo como ejemplo, según datos de la OCDE, en el decenio 2008 a 2017 el gasto per cápita en salud prácticamente se duplicó<sup>6</sup>, y el aumento anualizado estimado del gasto per cápita para el período 2014-2040 es de 3,6%<sup>5</sup>.

Considerando lo anterior, gran parte del mundo se enfrenta a la difícil tarea de mantener un amplio

acceso al sistema de salud, a la vez que intentan mejorar la eficiencia del sistema, de modo de controlar la escalada de gasto mencionada. Además, varias economías desarrolladas se encuentran enfrentando desafíos importantes para el adecuado financiamiento en sus sistemas de salud, como el caso de Inglaterra y Francia, por nombrar algunos reconocidamente buenos modelos<sup>7,8</sup>. En este contexto, Chile no es la excepción, y desde el inicio de las movilizaciones de octubre de 2019 en el país, el tema de la salud es uno de los aspectos recurrentes en la discusión pública. La pandemia por COVID-19, por otro lado, ha evidenciado la relevancia del sector frente a las amenazas que representan las enfermedades infecciosas emergentes.

En consecuencia, se hace evidente que nuestro sistema requiere de cambios importantes, discusión en la cual la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile pretende aportar con ideas que se suman a las ya propuestas por distintos actores. Si bien en el proceso de decisiones de políticas públicas sobre estos temas hay bastante información sobre posibles arreglos institucionales para reformular la estructura del sector salud, aún hay importantes aspectos contextuales que se deben considerar para lograr reformas que avancen de manera efectiva y eficiente en la resolución del problema, para lograr acceso y equidad en salud,

como la población hoy lo demanda.

Considerando las principales demandas de la comunidad, antecedentes y estudios locales<sup>9</sup> y fuentes oficiales<sup>10,11</sup>, el diagnóstico de la necesidad de reformas se observa coherente entre distintas fuentes; las soluciones, sin embargo, muestran mayor heterogeneidad. Algunos aspectos de la problemática serán abordados brevemente más adelante. Se trata de un tema amplio y muy relevante, y las siguientes propuestas abordan los aspectos principales, ya que, debido a la extensión de cada tema y la necesidad de síntesis, en el presente análisis no se profundiza en cada uno de ellos.

En consideración a lo mencionado previamente, se propone que el Sistema de Salud que se construya para el futuro en Chile debe estar basado en las siguientes declaraciones o principios básicos:

La Salud Pública y la atención de salud son equivalentes a un bien público, que debe ser provisto por el conjunto de la sociedad, con acceso universal, solidaridad, equidad, calidad, transparencia y una fuerte participación social, considerando la centralidad en la persona como eje del sistema; con la eficiencia como un imperativo ético y técnico para los cambios que se requieren, y con un enfoque que incorpore los determinantes sociales de la salud.

## Problemas y Propuestas

### Problema 1

La actual organización del modelo de financiamiento del Sistema de Salud chileno muestra importantes debilidades y riesgos en términos de equidad, eficiencia, segmentación y falta de solidaridad.

El financiamiento de un sistema de salud consta, en términos generales, de tres grandes funciones que se deben cumplir, y que deben alinearse para el logro de los objetivos que un país se proponga en materia de salud. Estas funciones son<sup>12</sup>:

- a. Recolección de recursos (impuestos generales, contribuciones, entre otros);
- b. Mancomunación (administración de los recursos en una o más organizaciones, cuyo foco es la difusión de riesgos y evitar vincular el evento de necesitar asistencia de salud con la capacidad de pago de la persona); y
- c. Sistema de compra o transferencias a prestadores de salud, que incluye la definición del conjunto de beneficios a entregar a las personas.

Cada una de estas funciones tiene desafíos importantes y muy relacionados unos con otros. Del mismo modo, dependiendo del conjunto de arreglos que cada país posea, se pueden observar algunas consecuencias en los sistemas de salud.

Así, la experiencia comparada mundial muestra

que sistemas como el chileno son ineficientes en la asignación del gasto<sup>13</sup>, particularmente por los problemas en las fases de recaudación y de mancomunación, donde se dispone de un fondo público (FONASA) y seguros privados. Algunos factores que explican esto son: Chile posee un sistema privado menos regulado, con tendencia inflacionaria en los precios y con fuerte discriminación por riesgo (aquellos de más riesgo deben pagar primas más caras), que, pese a la reciente eliminación de las diferencias de precio por sexo, se mantienen diferencias por edad. Esto es justamente contrario a los fundamentos de un esquema de seguros de salud, donde la difusión de riesgo es un objetivo de eficiencia. De este modo, la evidencia muestra que el sistema actual posee múltiples debilidades, genera inequidades entre subsistemas, poca transparencia en el sector privado de aseguramiento con instrumentos de selección de riesgos, así como definiciones de primas de manera individual, lo que encarece los planes de salud según riesgo<sup>14,15</sup>. Asimismo, se observan problemas de déficit de financiamiento en el sector público. Aproximadamente, el gasto privado y público resultan equivalentes al 2017, en condiciones que el sector privado de aseguramiento no representa más del 20% de sus usuarios, en comparación con el sector público<sup>16</sup>. Además, una porción importante del gasto privado se debe al gasto de bolsillo de beneficiarios de ambos sistemas<sup>17</sup>. Esto genera riesgo financiero para las familias y problemas de acceso.

Por otro lado, en un análisis muy grueso y general, resulta interesante comparar algunos aspectos de

los sistemas privado y público. Según datos de la Superintendencia de Salud<sup>18</sup>, se proyectaba para el año 2019 cotizaciones anuales por 3,16 billones de pesos, considerando el adicional voluntario al 7% y otros períodos pagados durante el año. Si solo se considera el obligatorio, este llega aproximadamente a 2,01 billones. Por su parte, según datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES)<sup>19</sup> del año 2019 para FONASA, la estimación según datos enero-noviembre de aportes del trabajador es de 2,5 billones. Comparando las carteras, los cotizantes promedios estimados de Isapres abiertas fue de 1.956.488 el 2019 (3.335.830 beneficiarios). Para el caso de Fonasa, los datos disponibles del 2017 muestran que hubo 7.269.262 cotizantes (13.926.475 beneficiarios totales). Al considerar la relación aportes de cotizantes, más extras (voluntarios en el privado, y aporte fiscal en el público) se observa que, en términos gruesos, la recaudación promedio por beneficiario en el sector privado es de alrededor de 79 mil pesos, en comparación con algo más de 48 mil pesos en el sector público. A lo anterior, se debe agregar las importantes diferencias en riesgo de cada uno de los subgrupos, explicados por las diferencias en ingresos y otros determinantes sociales de la salud. Esta estimación rápida y gruesa, que sin duda requiere precisiones y más análisis, muestra importantes diferencias en disponibilidad de recursos entre subsistemas, sin considerar el problema de las diferencias de base en la infraestructura, dotaciones y disponibilidad de tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

**Propuesta 1****Establecer un Fondo Mancomunado Único de Salud.**

La disparidad de recursos y diferencias en los riesgos asumidos por los distintos segmentos (Isapre y FONASA) resulta difícil de justificar, por lo que cualquier solución debiera eliminar esa situación o, de mantenerla, sería necesario establecer algún tipo de unificación y nivelación entre ambos grupos, lo que resulta técnica y socialmente complejo. En consecuencia, un sistema de mancomunidad pública único es la mejor opción para Chile (un solo fondo, que administre todos los recursos de salud para Chile), dado que es más eficiente y permite administrar de mejor manera el riesgo de la población. La eficiencia técnica se traduce en un sistema que facilita la solidaridad, la difusión de riesgos y mejor manejo de los recursos disponibles.

La experiencia mundial comparada demuestra que una solución frecuente es poseer un fondo único para administrar los recursos, y así mejorar las funcionalidades de un sistema que asume la salud pública y la atención de salud como un equivalente a un bien público. Desde el punto de vista técnico, las alternativas para crear un modelo de mancomunidad único, en este caso se resumen en tres, siendo la primera la más recomendada, considerando las complejidades y riesgos del segundo y tercer modelo<sup>13,20,21,22</sup>:

- a. Un sistema de seguro único nacional.
- b. Un sistema nacional de salud, financiado por impuestos.

- c. Un sistema de multi-seguros que redistribuye según riesgo entre los fondos, generando así un fondo “único virtual”.

Para entender la factibilidad de cada una de estas alternativas, así como cuán recomendable puede resultar alguna alternativa sobre las otras, para el caso de Chile, a continuación, se presenta el escenario probable y se discuten brevemente ventajas y desventajas:

- a) El seguro único nacional debería reunir los cotizantes del sector privado de aseguramiento con los del sector público, permitiendo mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos. Por supuesto, ello requiere que el nuevo seguro público debería ser una institución técnica con alta capacidad de gestión, independiente, y capaz de responder a las necesidades epidemiológicas de la población, con una gobernanza que incorpore la representación de los asegurados. Este seguro único debería incluir también al actual sistema de las FF.AA. y de orden. Respecto del sistema de salud laboral, se deberá analizar la conveniencia de integración al seguro único, de acuerdo a las ventajas y desventajas de aquello, lo que no es del todo claro y podría hacer más complejo el proceso inicialmente, por lo que se recomienda analizarlo en un estado más avanzado del proceso de cambio.

La cartera de servicios (conjunto de problemas y prestaciones a cubrir) tendrá que ser definida de acuerdo a criterios de necesidad y evidencia de las soluciones, con un alcance amplio para los requerimientos de salud de la población. Es decir, el plan de salud universal debe contener

las soluciones que se necesitan para el perfil epidemiológico actual, con estricto control para evitar gastos ineficientes o tratamientos sin soporte en la evidencia. Algún mecanismo adicional se puede definir para el tratamiento de condiciones de alto costo.

Por último, es importante mencionar que por la información disponible y la ya planteada, se sabe que el 7% actual no es suficiente para lograr una adecuada cobertura. En el subsistema público actual se agregan aportes estatales que superan la contribución de los afiliados a FONASA, y en el sistema privado la cotización promedio agrega unos 3 puntos porcentuales al legal. Es decir, en cualquier caso, al transitar a un seguro nacional único, se deberán contemplar más recursos para lograr cubrir la brecha. Además, en el contexto del seguro único, los seguros privados podrían modificar su negocio hacia sistemas complementarios/suplementarios.

Considerando la factibilidad práctica y técnica, esta sería la alternativa más recomendable a corto y mediano plazo. Sin duda, no está exenta de grandes desafíos, y del análisis de escenarios posibles para una transición adecuada, la que implica necesariamente más recursos y la inclusión del sector prestador privado de salud, claro que con negociaciones de precios y regulaciones que permitan sustentabilidad a largo plazo.

b) Por otro lado, la segunda alternativa, un sistema nacional de salud, financiado por impuestos, tiene el desafío de convertir no solo el aporte actual de las contribuciones (7%

legal) en impuestos, sino que se debe generar mayores ingresos como ya se ha mencionado, lo que genera problemas desde el punto de vista de la recaudación, más aún en un contexto de reformas paralelas en otros ámbitos sectoriales. De este modo, requiere de un ajuste técnicamente mucho más complicado en el mediano y largo plazo, por lo que, siendo una buena alternativa, sería difícilmente aplicable en estos momentos.

c) Por último, la opción de un sistema multi-seguros, que en la práctica corresponde a distintos mancomunadores y que en ciertos diseños incluye competencia por asegurados. Este sistema también es llamado fondo único virtual, ya que a través de mecanismos de ajuste de riesgo permite redistribuir recursos entre los distintos seguros según la cartera de asegurados, asemejándose a un fondo único real. Para el caso de Chile, permitiría cierta continuidad del esquema actual, pero integrando mecanismos para equiparar los distintos seguros (público y privados). Sin embargo, se requiere de niveles de regulación importantes, y que de implementarse necesitaría de incentivos y controles a la selección de riesgos (es decir, evitar ingresar en algunos seguros a personas con mayor riesgo). Además, es probable que la legitimidad de esta opción sea cuestionada, considerando la evaluación negativa de los seguros privados actuales y la escasa regulación de las deficiencias que presentó desde su creación. Adicionalmente, esta opción posee más altos costos de transacción y genera la necesidad de decisiones complejas sobre cómo regular el ingreso a distintos seguros disponibles, lo que sería particularmente complejo en el

caso chileno. Considerando las características antes mencionadas, esta es la alternativa menos recomendada para el caso de Chile.

Desde la perspectiva de la experiencia comparada y la evidencia disponible, si bien la literatura analítica de calidad no es abundante, la revisión sistemática más reciente<sup>23</sup> muestra que un sistema con un fondo único real (*single payer*) es mejor en términos de equidad, reducción de costos administrativos, mejor gestión del riesgo y negociación. Por otro lado, sistemas con múltiples fondos o seguros (*multi-payer*) ofrecen más posibilidades de elección, tienen más costos administrativos, puesto que requieren sofisticados sistemas de regulación y control, y son más difíciles de ser sujetos a captura gubernamental. Otras fuentes muestran resultados favorables al fondo único<sup>24</sup>, y un estudio más antiguo analiza datos de los países de la OCDE que muestra mejoras ligeras en el fondo único, aunque la calidad de la información presentaba debilidades<sup>25</sup>. En cualquier caso, el contexto específico es importante, y ninguna alternativa está exenta de riesgos y desafíos en su implementación.

Se debe analizar, por otro lado, la gestión del subsidio de incapacidad laboral (SIL), si mantenerlo en la nueva institucionalidad de FONASA o en una organización distinta.

Se deberán analizar los impactos de distintos escenarios respecto del uso estimado de servicios del nuevo gran grupo de beneficiarios asegurados, para planificar la mejor estrategia de cambio, incluyendo el grupo de personas que seguirán utilizando el sector privado de aseguramiento (en su nuevo formato) y sistema privado prestador con nuevas regulaciones y negociaciones de precios.

## Problema 2

Discutir sobre reformas al Sistema de Salud implica analizar el conjunto de funciones y la institucionalidad en que se organiza. Actualmente, en muchos lugares se discuten marcos de organización e implementación, que permitan integrar la perspectiva de salud en otras áreas sectoriales y, en particular, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, lo que es consistente con la clásica definición de sistema de salud de la OMS: *“Un sistema de salud consta de todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud”*<sup>26</sup>. De acuerdo a esta mirada, la prestación de servicios de salud es uno de los componentes, pero suele captar gran parte de la atención. En tal sentido, un esfuerzo importante se viene realizando bajo la perspectiva de “Salud en Todas las Políticas” en el mundo<sup>27,28,29</sup>. Si bien en Chile la estructura del Ministerio considera esta dimensión, se podría pensar que la relevancia de las estrategias vinculadas a la promoción y prevención, en particular aquellas que requieren de la acción de varios sectores en el nivel local, puede ser expandida y mejorada en su capacidad de trabajar con otros ministerios sectoriales muy afines.

## Propuesta 2

**Generar una institucionalidad para que ciertas funciones de salud pública, prevención y promoción posean una estructura interministerial fuerte.**

Es fundamental para reorganizar el Sistema de Salud, distinguir dos grandes componentes: a) salud pública, prevención, promoción de la salud y bienestar, misión transversal de todos los sectores del Estado, y b) Sistema de atención de salud. La salud en sus dimensiones de prevención, promoción y bienestar trasciende ampliamente un solo ministerio, por ello, se podría potenciar parte de esta función ya sea en una nueva estructura o creando una entidad dependiente del Ministerio de Salud pero más autónoma, que pueda articular mejor su rol, sin la constante tensión entre las otras funciones ministeriales, en particular la de la red de atención. Así, con una estructura interministerial fuerte y con presupuesto definido propio, se podrán desarrollar estructuras de coordinación y trabajo conjunto con, por ejemplo, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) que implementa muchas políticas sociales que impactan fuertemente en la salud de la población. Asimismo, se requiere una mejor integración con los gobiernos locales y las redes de atención de salud, para apoyar actividades de esta línea. Esto podría generar una acción más efectiva, integrada en todos los sectores, que evite la competencia por espacios y financiamiento con el sistema de provisión de la atención, que consume buena parte del gasto. Asimismo, se diferencian mejor las acciones de promoción y prevención

desde fuera de la red de atención, muchas veces sobrecargada con actividades de esa naturaleza y que, a la vez de resultar menos efectivas, compiten con las actividades de prestación de salud.

## Problema 3

Uno de los grandes desafíos en los sistemas de salud en el mundo es la falta de eficiencia, que adopta distintas formas de expresión, como, por ejemplo, la entrega de servicios o intervenciones de poco valor o definitivamente innecesarias. La epidemia de cesáreas en el mundo es un claro reflejo de ello<sup>30</sup>: en el planeta, entre el año 2000 y 2015, casi duplicó su número<sup>31</sup>. En Chile la situación no es muy distinta, muy por sobre el 15% aproximado recomendado por la OMS<sup>32</sup>, con un 40% en el sistema público y cerca de un 70% fuera de este sistema. La misma OMS refiere que entre un 20 a 40% de los recursos en salud se pierden por ineficiencias<sup>3</sup>, según la OCDE, 1 de cada 10 pacientes es dañado en sistemas de atención, y en Australia, Bélgica, Canadá, Francia, Italia y Portugal se reporta que al menos 1 de cada 5 visitas a urgencia son inapropiadas<sup>33</sup>, por mencionar solo unos pocos ejemplos. Cualquier reforma al sistema de salud en Chile debe considerar abordar de manera profunda estos desafíos, para lograr mitigar el incremento en los costos del sistema, reorientando recursos para su mejor uso y así, en último término, responder a las necesidades de la población. Asimismo, en la solución de este problema no solo se

debe abordar la perspectiva de micro-gestión (mejoras en competencias, procedimientos, procesos, entre otros, a nivel local), sino que también fuertemente la macro-gestión (normativas, estructuras de sistemas, formas de organización, entre otras) del sistema de salud, puesto que esto último facilita la aplicación de estrategias locales para mejorar la eficiencia.

### Propuesta 3

**Se requiere una profunda reforma al Estado y las instituciones relacionadas, así como a la gestión del sistema de salud. Asimismo, es importante redefinir el modelo de gobernanza del nuevo sistema de salud.**

Una tarea como la de reformar el sistema de salud, en particular con el foco en un seguro único y un plan de salud universal, implica un esfuerzo importante en dotar al nuevo sistema de gestión con fuertes capacidades institucionales, regulatorias y de administración. La provisión de bienes públicos requiere de alta efectividad gubernamental<sup>34,35,36</sup>, ya que ello permite mayores posibilidades de éxito y mejor uso de los recursos. Asimismo, es claro que la gobernanza es un aspecto crítico para el funcionamiento de todos los sectores<sup>37</sup> y en particular salud<sup>38</sup>, ya que facilita esta efectividad gubernamental, por lo que es necesario un modelo de gobernanza con participación organizada y efectiva de la comunidad. De este modo, junto con un asegurador público independiente, moderno,

con capacidades de gestión de primer nivel, se requiere una superintendencia que a la vez pueda regular y fiscalizar adecuadamente al asegurador y prestadores, como sistema de control independiente y organizado. Un riesgo que se debe evitar es que estas instituciones funcionen con menos recursos de lo requerido. Asimismo, se debe lograr que se transformen en una repartición del Estado susceptible de ser controlada adecuadamente, que cuente con gestores con capacidad técnica y con fuerte conocimiento y consideración de la realidad de la primera línea, incorporando, por lo tanto, mecanismos para analizar el entorno local de las instituciones que gestiona. Asimismo, los sistemas prestadores de salud deben desarrollar capacidad de gestión y evaluación de alto nivel, a la vez que se debe fiscalizar el logro de metas y resultados de manera rutinaria. Por supuesto, ello en el contexto de disponer de condiciones habilitantes para un buen desempeño.

### Problema 4

Recientemente, una de las revistas más importantes en el mundo en el área de la salud publicó una serie de artículos respecto de uno de los temas ampliamente debatidos en el sector: el rol de los prestadores privados en el logro de la cobertura universal<sup>39</sup>. La evidencia recolectada en múltiples estudios y análisis es variada y compleja. Se sabe que el sector privado de provisión interactúa de manera intensa con el sector público, e incluso se influyen mutuamente en sus prácticas y formas de organización<sup>40,41</sup>; asimismo, en

lugares donde los privados dominan el sector salud, las personas de menos recursos tienen importantes barreras para acceder a atención a través del pago por servicio<sup>40,41</sup>, es decir, la tendencia del sistema es hacia conductas que favorecen la obtención de ganancias por sobre otras consideraciones. Sin embargo, en la medida que el sector privado de provisión se encuentre bien regulado, y sea parte de un sistema público que financie los servicios de salud para todos, o sea prestador de atención fuera de un conjunto universal de servicios, puede ser un aporte al sistema<sup>42,43</sup>.

#### Propuesta 4

##### **Prestadores de salud públicos y privados, sin fines de lucro.**

El sistema de prestación de servicios (domiciliario, ambulatorio y hospitalario) podría aceptar la participación de privados, pero requerirá acogerse al modelo de instituciones sin fines de lucro y a la negociación de tarifas que permitan definir un estándar de prestación y precios equivalentes entre prestadores públicos y privados, en atención a la evidencia mencionada. Los prestadores privados serán necesarios en el nuevo modelo, considerando que hay un déficit de infraestructura en el sector público, y que se incorporarán más personas a la red de atención pública, ya con problemas importantes de acceso. Por otro lado, se debe considerar que una fracción de los cotizantes del sector privado puede, aportando su 7% legal al fondo único,

seguir prefiriendo aportar extra para obtener cobertura en prestadores privados bajo un modelo privado, por lo que no necesariamente todos utilizarán la red del seguro único. Hay experiencias exitosas en la región, con modelos de este tipo en dos países comparables a Chile.<sup>44,45,46,47,48,49,50,51,52</sup>

#### Problema 5

Como en la mayoría de los sistemas de salud, se deberá establecer un proceso de priorización de coberturas que aborden la mayoría de las necesidades de salud de la población, de la manera más eficiente y equitativa<sup>53,54</sup>. Hay diversos modelos y aproximaciones para la priorización y definición del conjunto prestaciones que serán de acceso universal<sup>55,56,57,58</sup> que en todo caso son conocidos y utilizados en Chile, por ejemplo, en el proceso de priorización de las garantías GES.

#### Propuesta 5

##### **Plan Universal de beneficios garantizados.**

La estructura del plan universal de beneficios se deberá construir en base a lo que actualmente existe en términos de oferta teórica de servicios (oferta programática de Atención Primaria de Salud Pública, programas preventivos nacionales, FONASA Modalidad de Atención Institucional, Modalidad de Libre Elección, GES, Ley de Urgencia,

Ley Ricarte Soto), que podrán ser re-analizadas y re-priorizadas a través de múltiples aproximaciones, que incluyan análisis de las necesidades de la comunidad, considerando las expectativas de las personas, usando evidencia y modelos de evaluación de programas nuevos y antiguos (que ya existen en Chile, pero que deben ser ampliados y mejorados).

El control y permanente evaluación de los resultados será una necesidad, para evitar sobreuso y mal uso de intervenciones de salud. Un aspecto relevante en este punto es el excesivo gasto en medicamentos, que hoy alcanza a un 35% del gasto de bolsillo<sup>59</sup>, problema que será abordado por otro grupo de esta comisión.

### Problema 6

La estructura del sistema de prestación de servicios es un aspecto clave, sobre el cual existe abundante literatura y experiencia a través del mundo<sup>60,61,62,63,64</sup>. Asimismo, el consenso internacional sobre la importancia de la Atención Primaria<sup>65</sup> es un aspecto que Chile ha implementado desde hace ya varias décadas.

### Propuesta 6

**Provisión de servicios en una Red Integrada basada en Atención Primaria de Salud (APS).**

El sistema prestador de salud se debe articular desde una atención primaria fuerte, puerta de entrada al sistema, con los principios tradicionales de centralidad en la persona y familia, enfoque bio-psico-social-espiritual que incorpore la multiculturalidad y continuidad de la atención. Estos principios son los que define el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que si bien están declarados, no se han implementado del todo en nuestro sistema. Desde este punto de partida, se debe organizar la red de atención de manera que se integre para dar una respuesta efectiva y eficiente a las necesidades de las personas y comunidades (Redes Integradas de Servicios de Salud u Organizaciones Sanitarias Integradas).

Será necesario organizar a los prestadores (públicos y privados) con la estructura mencionada, de modo que no solo se entregue la mejor calidad de atención para la necesidad de cada persona, sino que también de la manera más eficiente, lo que implica un nivel primario de atención bien desarrollado y planificado, que interactúe de manera activa con los otros niveles de atención. Se requiere reforzar los mecanismos de coordinación/integración tales como sistemas de información, protocolos de derivación y estructuras de seguimiento/acompañamiento de pacientes a través de toda la red.

La experiencia comparada muestra diversidad de formas de organización de los prestadores<sup>64</sup>. En este marco, se abre una oportunidad para contar con modelos de organización de prestadores que permitan innovar y evaluar distintas estructuras posibles. En Chile, contamos con una muy fuerte

participación de la prestación de APS por parte de los municipios, y en el nivel secundario y terciario por los Servicios de Salud.

Así, considerando la posible organización territorial con sistemas de prestadores integrados, que podrían incorporar prestadores de propiedad pública y privada sin fines de lucro, se amplía la posibilidad de identificar nuevas formas de organizar la APS y el resto de la red de atención, considerando como criterio primordial la integración y coordinación del sistema prestador regional. De esta manera, se puede repensar el rol de los municipios y de otros actores privados, sin fines de lucro, bajo el gobierno de un ente de gobernanza público descentralizado. Como se ha mencionado, en la Región de las Américas se cuenta con experiencias interesantes en sistemas de atención, con buenos resultados y que incorporan distintos tipos de prestadores<sup>44,45,46,47,48,49,50,51,52</sup>.

### Problema 7

La ineficiencia es un permanente riesgo en el sistema de salud. Entre estos aspectos relacionados, el problema de los precios de los prestadores será un desafío relevante para enfrentar, pensando en la sostenibilidad del sistema. Precios demasiados altos presionarán al sistema en su capacidad de financiar, de modo que será necesario avanzar en modelos de transferencia (mecanismos de pago) a públicos y privados sin fines de lucro, repartiendo el riesgo financiero entre ambos actores (asegurador y prestador),

con estrategias mixtas, como per capitación (ajustada por riesgo) para atención primaria y mecanismos de pago como Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) para hospital y, cuando sea posible, pagos atados a soluciones (tipo PAD o Pago Asociado a Diagnóstico) o por desempeño. La idea es controlar calidad, eficiencia, transparencia y gobernanza<sup>53,54,66,67,68</sup>.

### Propuesta 7

**Mecanismos de pago o transferencia de recursos a prestadores/proveedores que incentiven la eficiencia y efectividad del sistema.**

Los mecanismos para la compra o transferencia de recursos a los prestadores deberán considerar las mejores prácticas internacionales en mecanismos de pago, o compra estratégica<sup>69,70,71</sup>. Desde ya, mecanismos de pago asociados al pago por prestación (*fee-for-service*) se deben eliminar en su mayoría, y solo tendrá una aplicación muy acotada, cuando el conjunto de mecanismos existentes (mecanismos mixtos de pago) requiera específicamente incentivar un tipo de prestaciones en que tal modalidad sea más eficiente. Para el futuro, se debe considerar pagos a APS vía capitación ajustada por riesgo y pagos a hospitales vía GRD. Sobre estas formas basales se pueden integrar otras formas, como pagos por programas estandarizados, pagos por soluciones y

desempeño, entre otras opciones<sup>68,69,70</sup>. Asimismo, para la generación de redes integradas, se podrían considerar combinaciones de lo mencionado previamente, en un contexto de una cápita poblacional global, donde al interior del territorio o red, los distintos mecanismos de transferencias se ejecuten para funcionar eficientemente para solucionar los problemas de salud de su comunidad.

Cada forma de transferir recursos a los proveedores posee beneficios y debilidades<sup>72</sup>. La evidencia, sin embargo, es clara en mostrar que el mecanismo de pago por acto (*fee-for-service*) es el que posee mayores efectos negativos, tanto para los pacientes, como para el sistema, ya que es inflacionario y estimula la actividad más que la calidad. En tal sentido, se deben combinar mecanismos de pago que distribuyen el riesgo entre los principales agentes (seguro y prestador) para incentivar calidad, transparencia y eficiencia.<sup>53,54,66,67,68,69,70,71,72</sup>

### Problema 8

Los equipos de salud que se desempeñan en los sistemas de salud son esenciales, y se requieren en cantidad, competencias y distribución adecuadas<sup>73,74,75</sup>.

### Propuesta 8

**Planificación de la formación del recurso humano para el nuevo sistema de salud.**

Se deben analizar las políticas de recursos humanos para salud, en particular las relacionadas a la provisión al sistema de salud de los integrantes del equipo de atención, adecuados en número y competencias. Esto implica revisar de manera importante las políticas de formación en las distintas instituciones educativas que participan en el sector salud, de manera de desarrollar programas que se ajusten mejor a las necesidades del país y, en particular, en las capacidades que se requerirán para abordar los problemas de salud con suficientes competencias que permitan asumir nuevas funciones o redistribución de roles entre los equipos de salud, como por ejemplo las estrategias de sustitución de funciones<sup>76,77</sup> o la formación de profesionales de enfermería de práctica avanzada<sup>78,79</sup> en áreas relevantes para desempeñarse en distintos contextos y niveles de atención, con particular énfasis en temas de salud mental y psicosocial, manejo de condiciones crónicas y gestión de casos, entre otras.

**Una reflexión en torno a los proyectos de ley sobre el Isapres y FONASA, y la nueva propuesta de la Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapres y del FONASA de diciembre de 2020.**

Con posterioridad a la elaboración de esta breve propuesta a inicios de marzo de 2020, han existido actualizaciones al envío de los proyectos de Ley sobre Isapres y FONASA, formándose además, en septiembre del 2020, una Comisión de Expertos para promover la reforma a las Isapres y alcanzar un “Mejor FONASA”, por lo que se realiza a

continuación un breve comentario sobre algunos de los aspectos centrales que se desprenden de los cambios durante el 2020 y 2021, sin la pretensión de tratarse de un análisis profundo y pormenorizado.

Respecto de la nueva Comisión, el principal objetivo de los comisionados fue trabajar para generar consenso en relación con los proyectos de ley presentados por el Presidente Sebastián Piñera y que se encuentran actualmente en tramitación en el Congreso.<sup>H</sup> Un aspecto interesante del trabajo de la Comisión fue que analizó con mayor profundidad las propuestas de reforma, entregando algunas recomendaciones que podrían desarrollar un proceso de mejoras relevantes en el sistema de salud. Sin embargo, no hubo acuerdo en algunos aspectos críticos, más allá de la propuesta de un plan de salud universal (PSU) en ambos sistemas. No se acordó eliminar la declaración de salud, para el ingreso al sistema Isapres. Lo anterior, más otros aspectos, refleja con cierta claridad que se mantiene, en lo central, el mismo esquema de mancomunación con sistema público y sistema privado, lo que mermaría el avance a un sistema solidario y más eficiente.

En consecuencia, en lo sustancial, la propuesta de reforma a FONASA no cubre las propuestas que se han presentado por parte de nuestro grupo de trabajo, y en esencia mantienen el sistema con altos riesgos de inequidad entre sub-sistemas, lo que no resulta satisfactorio. Sin duda, que el implementar un plan de salud universal único, para todos los chilenos, podría constituir una primera etapa donde se “equiparan” los sistemas,

incrementando la cobertura y financiamiento a los beneficiarios de FONASA, para luego fusionar en un solo seguro con Isapres, o avanzando a un modelo multi-seguros, pero con sistemas de regulación como los existentes en los países que lo han realizado de manera exitosa. Sin embargo, ello no se declara como un objetivo, y no se explicita una regulación importante que contribuya a avanzar en tal dirección.

### Referencias.

1. Galea, Sandro. Public Health as a Public Good. Disponible en: <https://www.bu.edu/sph/2016/01/10/public-health-as-a-public-good/>
2. Karsten SG. Health Care: Private Good vs. Public Good. *The American Journal of Economics and Sociology* 1995; 54(2):129-144.
3. World Health Organization. World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage 2010. Disponible en <https://www.who.int/whr/2010/en/>
4. Current Health Expenditure Per Capita, PPP. Disponible en: [https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?name\\_desc=true](https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?name_desc=true)
5. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015-40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389(10083):2005-2030.
6. OECD (2019), “Health expenditure and financing: Health expenditure indicators”. OECD Health Statistics (database). Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function\\_data-00349-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en)

H. Extraído de la introducción del documento Informe Final de Acuerdos Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y del Fonasa. Diciembre 2020.

7. Chrisafis A. French medics warn health service is on brink of collapse. *The Guardian* [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2019/jun/11/french-medics-health-service-collapse-doctors-nurses-protest-outside-french-health-ministry-strikes>
8. Yeginsu C. NHS Overwhelmed in Britain, Leaving Patients to Wait. *The New York Times* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2018/01/03/world/europe/uk-national-health-service.html>
9. Villalobos P. Why Health Reforms Fail: Lessons from the 2014 Chilean Attempt to Reform. *Health Systems & Reform* 2019; 5(2):134-144.
10. Informe Comisión Presidencial de Salud, 2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856ce04001011f015405.pdf>
11. Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL\\_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf)
12. Gottret, Pablo; Schieber, George. 2006. Health financing revisited: a practitioner's guide (English). Washington, DC: World Bank.
13. Chieber G, Baeza C, Kress D, Maier M. Chapter 12: Financing Health Systems in the 21st Century. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006.
14. Cid C y Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica* 2017;41:e170.
15. Castillo C, et al. Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile. *MEDICC Review* 2017; 19(2-3):57-64.
16. OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
17. OECD. Estadísticas de Salud. Disponible en: <https://stats.oecd.org/>
18. Superintendencia de Salud. Estadísticas básicas de cartera del sistema Isapre a octubre de 2019. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18137.html>
19. Dirección de Presupuestos. Informe de ejecución mensual período 2019, Fondo Nacional de Salud.
20. OECD/Eurostat/World Health Organization. Chapter 7: Classification of Health Care Financing Schemes", in: *A System of Health Accounts 2011: Revised Edition*, OECD Publishing, Paris. doi: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-9-en>
21. Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio Medica* 2012; 24(2):112-120.
22. van Kleef RC, van de Ven WP, van Vliet RC. Risk selection in a regulated health insurance market: a review of the concept, possibilities and effects. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2013;(6):743-752.
23. Petrou P, Samoutis G, Lionis C. Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review. *Public Health* 2018; 163:141e152.
24. Petrou P, The whole is greater than the sum of its parts: the importance of integrated, universal, and equitable healthcare coverage. *Journal of Medical Economics* 2019; 22(5):488-490.
25. Glied S. Single Payer as a Financing Mechanism. *J Health Polit Policy Law* 2009; 34(4):593-615.
26. World Health Organization (WHO). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for

action, 2007. Disponible en: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

**27.** World Health Organization (WHO). Health in All Policies Training Manual. 2015. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/health-policies-manual/en/](https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)

**28.** Shankardass K, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health Res Policy Sys* 2018; 16(26).

**29.** Public Health Institute and American Public Health Association (2013), Health in All Policies: a Guide for State and Local Governments. Disponible en: [http://www.phi.org/uploads/files/Health\\_in\\_All\\_Policies-A\\_Guide\\_for\\_State\\_and\\_Local\\_Governments.pdf](http://www.phi.org/uploads/files/Health_in_All_Policies-A_Guide_for_State_and_Local_Governments.pdf)

**30.** Editorial: Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet* 2018; 392(10155):1279.

**31.** Boerma T, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018; 392(10155):1341-1348.

**32.** World Health Organization (WHO). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization. 2015. (WHO/RHR/15.02). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1)

**33.** OECD. Tackling wasteful spending on health. 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf>

**34.** Arora P, Chong A. Government effectiveness in the provision of public goods: the role of institutional quality. *Journal of Applied Economics* 2018; 21(1):175-196.

**35.** Sánchez I, Cuadrado-Ballesteros B, Frias-Aceituno J. Determinants of Government Effectiveness. *International Journal of Public*

*Administration* 2013; 36(8):567-577.

**36.** Hauner D, Kyobe A. Determinants of Government Efficiency. *World Development* 2010; 38(11):1527-1542.

**37.** Kaufmann, D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance matters. The World Bank 1999, Policy Research Working Paper, WPS2196.

**38.** World Health Organization (WHO). Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan. Geneva: World Health Organization. 2014. Disponible en: [https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/plan\\_action-hsgov\\_uhc.pdf](https://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf)

**39.** Horton R, Clark S. The perils and possibilities of the private health sector. *Lancet* 2016; 388(10044):540-541.

**40.** Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Zhao H, Cavagnero E. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet* 2016; 388(10044):596-605.

**41.** Morgan R, Ensor T, Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet* 2016; 388(10044):606-612.

**42.** Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? *Lancet* 2016; 388(10044):613-621.

**43.** McPake B, Hanson K. Managing the public-private mix to achieve universal health coverage. *Lancet* 2016; 388(10044):622-630

**44.** Aran D, Laca H. Sistema de Salud de Uruguay. *Salud Pública Méx* 2013; 53(supl 2):s265-s274.

**45.** Asesoría General en Seguridad Social, Banco de Previsión Social. Comentarios de Seguridad Social, Tercer Trimestre 2016 - N° 53. Montevideo, Uruguay.

- 46.** Fernández M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, 2015.
- 47.** Sáenz M, Acosta M, Muiser J, Bermúdez J. Sistema de Salud de Costa Rica. Salud Pública Méx 2011; 53(supl 2):s156-s167.
- 48.** Sauma P. Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica. CEPAL. 2013. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037_es.pdf?sequence=1)
- 49.** Caja Costarricense de Seguro Social. Estadísticas actuariales. Disponible en: [https://www.ccss.sa.cr/est\\_actuarial](https://www.ccss.sa.cr/est_actuarial)
- 50.** Rodríguez A, Bustelo C. La compra de servicios de salud en Costa Rica. 2008. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/51771/S0800394\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/51771/S0800394_es.pdf)
- 51.** Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. 2003. Disponible en: [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=210-gasto-y-financiamiento-de-la-salud-en-costa-rica-situacion-actual-tendencias-y-retos&category\\_slug=analisis-de-situacion-de-salud&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=210-gasto-y-financiamiento-de-la-salud-en-costa-rica-situacion-actual-tendencias-y-retos&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&Itemid=222)
- 52.** OPS/OMS. Cinco estudios acerca del seguro social de Costa Rica. 2013. Disponible en: [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicios-de-salud&alias=302-cinco-estudios-acerca-del-seguro-social-de-salud-de-costa-rica&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicios-de-salud&alias=302-cinco-estudios-acerca-del-seguro-social-de-salud-de-costa-rica&Itemid=222)
- 53.** Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ 2013; 91(8):602-611.
- 54.** McIntyre D, Kutzin J. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Health Financing Guidance No. 1, World Health Organization (WHO). 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204283>
- 55.** Gotsadze G, Gaál P. Chapter 7: Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost sharing. En: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2010.
- 56.** Institute of Medicine, IOM. Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Cost. Washington, DC: The National Press. 2012.
- 57.** Glassman A, Giedion U, Sakuma Y, Smith P. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? Health Systems & Reform 2016;2(1):39-50.
- 58.** Hayati R, Bastani P, Javad Kabir M, Kavosi Z, Sobhani G. Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. Globalization and Health 2018; 14:26
- 59.** Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: análisis en el cambio del gasto entre 2012 y 2016. Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia, N° 491, octubre 2018. Disponible en: [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491\\_abenitez.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491_abenitez.pdf)
- 60.** Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. San Francisco, CA. Remaking health care in America: the evolution of organized delivery systems. Wiley, 2nd Edition, 2000.
- 61.** Montenegro H, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. Journal of Integrated Care 2011; 19(5):5-16.
- 62.** Burns LR, Pauly MV. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health

care? *Health Affairs* 2002; 21(4):128-43.

**63.** Vargas I, et al. Implementation of integrated healthcare networks (IHN). Starting-up guidelines. Washington, DC: PAHO; 2015.

**64.** Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26(Supl 1):94–101.

**65.** Organización Mundial de la Salud. Informe de la Salud en el Mundo 2008: La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)

**66.** Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis for health care financing arrangements. *Health Policy* 2001; 56(3):171-204.

**67.** Titelman D, Cetrángolo O, Acosta OL. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *Lancet* 2015; 385(9975):1359-1363.

**68.** OECD Health Policy Studies. Better Ways to Pay for Health Care. 2016. OECD Publishing, Paris. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>

**69.** Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic? *Health Financing Policy Brief N°6*. World Health Organization. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311387/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

**70.** Cashin C, et al. Strategic health purchasing progress: a framework for policymakers and practitioners. *Health Finance & Governance*. 2018. Disponible en: <https://www.hfgproject.org/strategic-health-purchasing-progress-a-framework-for-policymakers-and-practitioners/>

**71.** Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic

purchasing in practice: comparing ten European countries. *Health Policy* 2018; 122(5):457-472.

**72.** Cashin C, ed. Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage. Joint Learning Network for Universal Health Coverage, 2015. Disponible en: [https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN\\_ProviderPayment\\_MainGuide\\_InteractivePDF.pdf](https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN_ProviderPayment_MainGuide_InteractivePDF.pdf)

**73.** Campbell J, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):853-863.

**74.** Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet* 2004; 364(9445):1603–1609.

**75.** Frenk J, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756): 1923-1958.

**76.** World Health Organization (WHO). Task shifting guidelines: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. 2009. Disponible en: <https://www.usaidassist.org/resources/who-task-shifting-guidelines-rational-redistribution-tasks-among-health-workforce-teams>

**77.** Joshi R, et al. Task-shifting for cardiovascular risk factor management: lessons from the Global Alliance for Chronic Diseases. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001092

**78.** Aguirre-Boza F. Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento. Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia, N°447, noviembre 2016.

**79.** Aguirre-Boza F, Achondo B. Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Rev. méd. Chile* 2016; 144(10):1319-1321.

## Tema 3: Acceso a medicamentos

### Introducción

El acceso a medicamentos es un problema a nivel internacional que tiene variados determinantes, algunos de los cuales responden a las características de cómo opera el mercado global, y otros que se deben a condiciones locales. En Chile, el acceso a medicamentos está limitado, en especial en grupos más pobres y vulnerables de la población. En las últimas décadas, la innovación farmacéutica ha concentrado el desarrollo de nuevas moléculas en blancos más específicos, para subpoblaciones más restringidas y, con frecuencia, afectadas por condiciones más severas y vulnerables. Esto ha generado una demanda mayor a los sistemas de salud, que se enfrentan con el desafío de no poder financiar todas las drogas que demanda la población a los precios de mercado.

En Chile hemos observado que la percepción de acceso restringido ha ido aumentando en el tiempo. A pesar que el país ha incrementado sustancialmente el gasto en salud –en efecto, el país que más ha aumentado su gasto público en salud entre los miembros de la OCDE– y que parte del gasto se ha utilizado para dar cobertura a medicamentos (en el contexto del GES, Ley Ricarte Soto o programas de atención primaria), la población ubica a los medicamentos como uno de los cinco problemas más importantes de entre sus múltiples necesidades. Esto se ha visto acentuado

en el contexto de las últimas manifestaciones ciudadanas.

Este problema de acceso a medicamentos ha estado en la agenda pública hace varios años, y los gobiernos han hecho esfuerzos varios por introducir mejoras. Estos incluyen el propio Régimen de Garantías Explícitas (GES), la Ley de Fármacos 1, la Ley Ricarte Soto, y más recientemente el proyecto de Ley de Fármacos 2. A pesar de todos los esfuerzos, la percepción ciudadana es que el problema está lejos de haber sido resuelto.

En este documento se presentan un conjunto de problemas identificados como determinantes del reducido acceso a medicamentos que afecta a la población chilena y un set de propuestas de soluciones. Cabe destacar que este representa un inmenso desafío, pues este tema se ha abordado desde la política pública en Chile desde hace varios años. Esto implica que existen múltiples antecedentes, análisis, estudios y propuestas que han sido parte de la discusión por años. Más recientemente, la Fiscalía Nacional Económica (FNE) ha puesto a disposición un largo y detallado estudio que incluye varias propuestas de política pública. En este contexto, cualquier trabajo que se haga desde la Universidad en esta área debe estar a la altura de las propuestas que están en la discusión pública.

## 1. Problemas de funcionamiento de la industria y mercado internacional

### Problema 1.1.

Falsa creencia de que los altos precios se justifican por la inversión en I+D.

Existe evidencia que la industria farmacéutica invierte una proporción menor en investigación y desarrollo de fármacos innovadores, respecto del total de gasto que requiere dicha innovación, por ejemplo, un fármaco. La mayor parte de esta inversión de I+D es solventada por los gobiernos a través de los *grants* de investigación básica que generan nuevas alternativas terapéuticas. Además, buena parte de la inversión de la industria se gasta en *marketing* y fidelización de los prescriptores para asegurar la venta de sus innovaciones. La creencia generalizada que la innovación se debe a la inversión de la industria farmacéutica, que a su vez justificaría pagar los altos precios que cobran, es incorrecta.

### Propuesta 1.1.

- Quitar la patente por razones de salud pública es una medida excepcional acordada internacionalmente, que puede disminuir el precio de ciertos medicamentos por entrada de competidores.
- Promover I+D e innovación farmacéutica desde el sector público y privado en colaboración con universidades.

### Problema 1.2.

Fidelización de los médicos por parte de la industria farmacéutica.

La industria farmacéutica incurre en conductas para fidelizar a los médicos. Esto incluye conductas éticamente reprochables como pagos directos y financiamiento de viajes para su grupo familiar, u otras conductas menos fáciles de evaluar éticamente, por ejemplo, poner a disposición muestras médicas, que el médico regala, induce su prescripción. La generación de programas de beneficios, que el médico informa al paciente, como dos cajas por el precio de una, son mecanismos que utiliza al médico como agente comercial.

### Propuesta 1.2.

Regular la normativa de relacionamiento entre industria y prescriptores. Esto puede incluir la prohibición de cualquier mecanismo donde el prescriptor induzca la compra de una determinada marca o producto de un laboratorio específico.

### Problema 1.3.

Desarrollo de drogas “*me too*” sin agregar valor a los sistemas de salud.

La industria desarrolla innovación en drogas “*me too*”, que no necesariamente agregan valor a los sistemas de salud. Además, la entrada de estas drogas al mercado sólo necesitan probar su eficacia contra placebo pero no contra el original.

Nota: Las drogas “*me too*” corresponden a aquellas moléculas químicamente similares o con el mismo mecanismo de acción de otra ya registrada.

### Propuesta 1.3.

En el caso de drogas “*me too*” la regulación debiera exigir el estudio de efectividad comparativa contra el original y en ningún caso contra placebo. Por ejemplo, si omeprazol es la primera droga que entró al mercado, entonces una segunda droga de la misma clase, como lansoprazol, debiera mostrar efectividad comparativa contra omeprazol.

El médico actualmente prescribe, en muchas ocasiones, sin internalización de costos. Además, el estudio de la FNE documenta que una gran mayoría de los pacientes no están dispuestos a cambiar la prescripción del médico.

### Propuesta 2.1.

- Implementar la obligatoriedad de prescripción por DCI.
- Incluir en la formación médicos de pre y post grado un entrenamiento en el conocimiento de internalización de costos en la prescripción médica.
- Creación de herramientas que permitan mejor manejo y formación de disponibilidad de bioequivalentes en el mercado local.
- Educar sobre la ética de la prescripción y de la vinculación con la industria farmacéutica.

## 2. Rol del médico/profesional de la salud

### Problema 2.1.

Problema agente - principal.

El médico opera con libertad para prescribir fármacos con su denominación de marca (no denominación común internacional, DCI), influenciando la decisión final del cliente (problema agente - principal).

### Problema 2.2.

Fidelización con las marcas de fármacos por parte de los médicos.

El médico es susceptible a conductas antiéticas de la industria farmacéutica que inducen a la fidelización con las marcas. Esto no sólo incluye el pago de viajes y asistencia a congresos, sino que la instrumentalización del profesional para prescribir.

Esto último, por ejemplo, a través de formularios que extiende el prescriptor para hacer efectivos beneficios de 2 por 1 o similares.

#### Propuesta 2.2.

- Regular la relación médico-industria.
- Generar mecanismos institucionales capaces de canalizar recursos desde la industria para capacitación y asistencia a congresos que minimicen conflictos de interés.
- Prohibir los mecanismos que utilizan al prescriptor como instrumento de fidelización a la marca.

### 3. Problemas del mercado local

#### Problema 3.1.

La función de compra.

En la actualidad la mayor parte de los medicamentos se asumen como bienes de consumo. Se prescriben en el sistema de salud, pero la obtención de muchos de ellos se hace en establecimientos de retail (farmacias privadas) no interconectadas con el sistema, donde el paciente es quien debe cotizar y finalmente pagar de bolsillo. Si bien existen algunas excepciones como el GES, la mayor parte

de los medicamentos opera sobre esta lógica planteada.

El problema es que la función de compra que hoy está dejada a las personas no debe ser delegada a ellos, sino que debe ser una función de los seguros.

#### Propuesta 3.1.

- Traspasar urgentemente la función de aseguramiento de medicamentos a los seguros de salud. Si la función de compra se le entrega al seguro público, será esta institución quien establecerá la bonificación y pago. Incluso la última función de entrega podría ser delegada a otro operador que transporte el medicamento al paciente. Esto no quiere decir que de un día para otro los seguros otorguen cobertura a todos los medicamentos, pero sí que sean intermediarios en la compra para obtener mejores precios. Así, mientras las coberturas se mantengan limitadas, una vez que se extiende la prescripción, es el seguro quien informa al paciente en qué farmacia puede retirar el medicamento y cuál es el copago que aplica.

En la práctica esto debe definir un conjunto de fármacos con sus respectivos aranceles y bonificaciones con los cuales desde FONASA se incorporarán en los regímenes de prestaciones del Seguro Público y deberá obligar a los seguros

privados a ser incorporados. Para esta selección, los seguros requieren tener alguna noción del valor de los medicamentos, este concepto de valor –en su noción más simple– corresponde a una relación entre el precio y el beneficio que produce.

### Problema 3.2.

Libertad para la fijación de precios.

En Chile existe libertad para la fijación de precios por parte de los laboratorios farmacéuticos, y por quienes participan en la distribución y entrega (distribuidores y farmacias). Esta libertad de precios coexiste con un sistema que ha mostrado escasa capacidad de negociación, tanto en el sector público como privado. Esto determina que estos altos precios iniciales, se trasladan directamente a los usuarios.

### Propuesta 3.2.

- Se propone implementar un mecanismo de regulación directa de precios, que se aplique tanto en medicamentos innovadores como medicamentos sin patentes o exclusividad de datos.
- Existe más de una metodología para la regulación de precios. Todas tienen ventajas y desventajas, lo cual requiere una revisión más profunda. Sin embargo, se deben considerar algunos aspectos de base: i) el mecanismo por Precio de

Referencia Internacional (PRI) es el más usado por los países; ii) el mecanismo que se defina debe ser complementado con la política de copago o reembolso que ofrezcan los seguros de salud público y privado (todos aquellos medicamentos que posean copago, tendrán regulación directa de precios).

- Es importante hacer notar que la regulación de precios no resuelve completamente el problema. De hecho, existe el riesgo que el precio fijado sea mayor que el precio que podría haberse logrado con un buen esquema de negociación. Por esa razón, se sugiere que estas medidas no sean únicas. En particular, si se avanza en regulación de precios no se puede desatender la implementación simultánea de un proceso de evaluación y compra estratégica, que permita una efectiva negociación.

### Problema 3.3.

Mercado compite por marcas.

El mercado de fármacos en Chile compite por marcas. Esto ocurre primariamente porque el prescriptor receta marcas y los pacientes –en general– no tienen disposición a cambiar la prescripción de su médico. Si el sistema permite la receta por marcas, hay incentivos para que la

industria farmacéutica implemente estrategias de fidelización de los médicos, las cuales –en general– han sido exitosas.

Luego, si los pacientes buscan marcas, las farmacias están obligadas a tener variedad de marcas. Esto implica que pierden poder de negociación con los laboratorios. Según el informe de la FNE, esto explica que las cadenas paguen a sus proveedores un precio que en promedio es 70% más caro que lo que paga el sector público en sus licitaciones públicas.

La FNE ha propuesto una serie de medidas tendientes a que la competencia del mercado de fármacos opere en base a precios en vez de marcas. Sin embargo, una crítica razonable es que la competencia por precios asume al medicamento como un *commodity* y no un bien de salud.

Desde una perspectiva sanitaria, el medicamento es un bien necesario para la producción de salud, tal como otras prestaciones de salud. Lo importante entonces, es que el motor del mercado de medicamentos sea su valor y no su precio. El valor debe ser entendido como la relación entre su precio y el *outcome* que se espera de él. Aquellos medicamentos con la mejor relación costo/*outcome* son aquellos que debieran ser más consumidos.

### Propuesta 3.3.

- Eliminar los determinantes del mercado que explican este modelo de competencia en base a marcas, primariamente tendientes a que la competencia sea mediante precios.

- Obligatoriedad prescripción por DCI.
- Regulación de márgenes de farmacias.
- Bioequivalencia.
- Obligatoriedad de dispensar bioequivalentes de menor precio.
- Eliminar barreras de entrada a nuevos bioequivalentes.

- **Introducir mecanismos que activen la competencia en base a valor.**

- Generación de formularios de medicamentos categorizados según valor, donde la protección financiera (copago) sea definida en base a valor. Este formulario puede ser parte del plan universal de salud (si es que Chile avanza en esa dirección) o pueden implementarse en reemplazo de los vademécum de los actuales aseguradores privados.
- Idealmente contar con una agencia de excelencia de evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) capaz de definir un marco de valor, así como los métodos para revelar este valor mediante métodos robustos y procesos transparentes.

## 4. Problemas del sistema de salud

### Problema 4.1.

Débil rol del regulador (ANAMED).

**Propuesta 4.1.**

- Quitar barreras del registro sanitario.
- Avanzar rápidamente con bioequivalencia.
- Fortalecer sistemas de información pública.

**Problema 4.2.**

Débil rol de (los) seguro(s).

La capacidad negociadora de los seguros está muy limitada en Chile. Esta incapacidad se explica tanto por la falta de capacidades en métodos de evaluación de tecnologías como por la falta de identificación de oportunidades para conducir negociación. Además, los seguros han mostrado que no han logrado materializar mecanismos como acuerdos de riesgo compartido o coberturas con evidencia. Esta incapacidad puede deberse a la propia inercia del sistema, que le dificulta implementar nuevos mecanismos, o a la falta de confianza entre los sectores que participan de la negociación.

**Propuesta 4.2.**

- Implementar procesos de negociación y compra estratégica. Esto requiere dotar a los seguros, en especial al seguro público, de capacidad negociadora con la industria farmacéutica. Esta lógica se

debería insertar en los propios procesos de mecanismos de pago, por ejemplo, en la definición de paquetes de soluciones. Indudablemente se debe adicionar trazabilidad para el cumplimiento de lo que se garantiza.

- Debido a la inercia de generar nuevas formas de operación, sería útil que la materialización de compras mediante contratos de riesgo compartido y cobertura con evidencia cuente con normativa que ayude a vencer esta inercia. Por ejemplo, manuales de cómo conducir estos acuerdos, inclusión de indicadores en el plan nacional de salud o instrucción directa de la autoridad sanitaria respecto de cómo llevar a cabo estos contratos.

**Problema 4.3.**

Fragmentación del sistema y falta de integración.

Sistema fragmentado que no está centrado en el paciente. El paciente navega entre niveles de atención que no están integrados ni interconectados. Esto determina que un paciente pueda recibir la misma prescripción más de una vez, duplicando el esfuerzo tanto del sistema como del propio paciente, introduciendo ineficiencias evitables.

**Propuesta 4.3.**

- Implementar un modelo de atención centrado en el paciente donde exista una real integración de los niveles de atención con una monitorización de la trazabilidad de las prescripciones que recibe el paciente. Este debe implementarse con un adecuado marco regulatorio explícito.
- Debe implementarse un sistema de prescripción electrónica que integre a los niveles de atención primaria y hospitalaria, y además a la farmacia y los seguros.

**Problema 4.4.**

Cobertura de fármacos recomendados en guías clínicas.

Actualmente las guías clínicas tienen como objetivo recomendar fármacos que no siempre están en los sistemas de cobertura. Esto puede inducir a que los ciudadanos se vean obligados a comprar medicamentos que no siempre están disponibles en el sistema, por lo que deben desembolsar recursos de su bolsillo. Por lo tanto, existe una duda razonable si las guías deben restringir sus recomendaciones a aquellas alternativas que sólo estén incluidas en las coberturas que dispone el sistema.

**Propuesta 4.4.**

- Una alternativa es que las guías clínicas deban tener asociados protocolos que sean coherentes con lo que está incluido en la cobertura. Otra alternativa es que lo incluido en la guía tenga una implicancia vinculante. Es decir, que lo que se incluye en ella deba ser incorporado en el arsenal de la red y contar con algún sistema de cobertura.

**Problema 4.5.**

Ausencia de un sistema de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) en Chile y en las propias redes de prestadores.

La selección de medicamentos requiere una evaluación de sus características farmacológicas, efectos médicos, consecuencias económicas y sociales así como consideraciones éticas y legales. Este no es un trabajo que pueda hacer de manera adecuada un comité de farmacia, un comité de expertos clínicos, o un equipo con capacidades de medicina basada en evidencia solamente. Como muestra la experiencia de países desarrollados y varios en vías de desarrollo, es materia de cuerpos de excelencia multidisciplinarios con competencias de evaluación clínica, económica, social, ética y legal, como dice el marco conceptual de ETESA. Esto no existe como tal en Chile, ni en el MINSAL, ni en FONASA, ni en las Isapres, ni en los prestadores. El resultado es evidente: la selección

de medicamentos y el pago que se desembolsa por ellos es subóptimo, pues no da cuenta del valor de cada una de estas tecnologías.

Países como Chile deben tener implementados sistemas de regulación, evaluación y de compra eficientes, acorde con su nivel de desarrollo. La idea de un sistema de ETESA no es simplemente una solución a un problema, sino que a estas alturas del desarrollo del país, la ausencia de este sistema es un problema en sí mismo.

#### **Propuesta 4.5.**

- Promover la implementación en Chile de un Sistema de Evaluación de Tecnologías en Salud. Es central poner esta idea fuerza en la agenda pública, pues es la institución que Chile no tiene en el sistema. Hemos generado propuestas de política pública de institucionalización (Medicina/Derecho) y de proceso (UC/Chile).
- Independiente de la existencia de una agencia nacional de ETESA, los prestadores debieran desarrollar unidades de ETESA para dar soporte técnico a sus decisiones tanto en su calidad de prestador como de administrador de riesgos (seguros complementarios de los propios prestadores).

#### **Problema 4.6.**

**Farmacias no forman parte del sistema de salud.**

Las farmacias operan bajo las reglas del retail. Tienen incentivos de venta, no ejercen ninguna función sanitaria y la función de los químicos-farmacéuticos (QF) se ha ido postergando a un administrador del stock, con poca interacción con los usuarios.

Por otro lado, si se implementa la política de obligatoriedad de prescripción por DCI, se resuelve el problema de la prescripción. Sin embargo, se traslada a la farmacia el poder de seleccionar el medicamento, lo cual no tiene regulación alguna en la actualidad.

#### **Propuesta 4.6.**

**Integrar la farmacia al sistema de salud:**

- Sistemas más integrados en modelos de gestión de redes entre prestador, seguro público y farmacia.
- Capacidad de hacer trazabilidad.
- Fortalecer rol del QF para una adecuada intercambiabilidad, fraccionamiento y relación con el paciente que favorezca el uso racional.

Debe implementarse una regulación en la farmacia con el objeto de que la dispensación de medicamentos siga una lógica de uso racional y sostenibilidad del

sistema. Las medidas que apuntan en este sentido son:

- Obligatoriedad que la farmacia ofrezca el bioequivalente más barato.
- Fijación del margen de utilidad con un valor absoluto por despacho de la prescripción.

- Cambiar el modelo de compra (medicamentos en soluciones paquetizadas). En este contexto, la discusión deja de ser el margen de utilidad por cada medicamento en particular sino que se concentra en el valor esperado del paquete de solución, donde el medicamento es un elemento.

#### **Problema 4.7.**

Amplios márgenes de utilidad fijados por prestadores privados en medicamentos.

#### **Problema 4.8.**

Débil rol de CENABAST.

En Chile existe libertad para la fijación de precios de servicios por parte de los prestadores, lo cual incluye a medicamentos que son utilizados en el cuidado intrahospitalario de los pacientes. Esta libertad ha llevado a que los márgenes de ganancia de los prestadores en este particular ítem no sólo muestren gran variabilidad, sino que en varios casos superan diez veces el precio de adquisición.

CENABAST tiene la potestad de comprar agregando demanda, primariamente de instituciones públicas, pero más recientemente para farmacias populares.

Desde 2012 CENABAST sólo ejerce contratos, dejando la distribución al laboratorio. En efecto casi el 100% de la logística de entrega a los prestadores la hacen operadores privados. De hecho, la capacidad de distribución del Estado sólo se utiliza para 20 productos (aquellos comprados vía OPS).

#### **Propuesta 4.7.**

- Transparentar los márgenes.
- Intendencia de prestadores debiera generar reportes públicos.
- Evaluar la posibilidad de una intendencia del mercado farmacéutico, capaz de transparentar en su real magnitud todos los márgenes y fallas del mercado farmacéutico.
- Regular los márgenes de utilidad de los prestadores.

#### **Propuesta 4.8.**

- Es indudable que al establecer una política de regulación de precios, la CENABAST, a partir de sus nuevas atribuciones, debería ejercer un rol de compra efectivo articulando sus capacidades técnicas con el ISP y el Seguro Público de FONASA. El propósito debe ser potenciar sus capacidades de intermediación de compra y regulador de

precios, potenciando el rol que le confiere la Ley y las nuevas atribuciones conferidas recientemente.

- Sin embargo, en caso de aprobarse el proyecto de ley que hoy está en etapa de tramitación en el Congreso (fines de 2019), la CENABAST tendrá un rol intermediario frente a un requerimiento que formulen las farmacias, pero en ningún caso podrá obligar a que los establecimientos de venta de medicamentos deban acudir a la intermediación de la CENABAST. Esto se debe corregir. Debe crearse un incentivo que obligue a las grandes cadenas a formar parte de la red de establecimientos que ofrezcan medicamentos intermediados por la Central, puesto que es aquí donde se concentran los precios más altos, y los locales a los que más accede a la gente.
- Se debe establecer en el proyecto de ley de la CENABAST que los establecimientos de venta de medicamentos no podrán acceder a la intermediación de un conjunto acotado de medicamentos (por ejemplo, sólo medicamentos OTC), sino que deberá ser extensivo a, al menos, el 50% de los medicamentos que ofrezcan una vez que han accedido a la intermediación de la Central. De lo contrario, puede ocurrir que las farmacias inicien falsa publicidad promocionando sus productos con el sello de “intermediados por la CENABAST”, cuando en realidad, el número de unidades de productos obtenidos por medio de la Central es muy bajo.

## Referencias

1. Fiscalía Nacional Económica. Estudio de Mercado sobre Medicamentos. 2019.
2. Erazo A. Medidas para el acceso a fármacos en la Unión Europea: ¿Qué podemos aprender? CLAPES UC 2019.
3. Espinoza M, Lenz R. ¿Cómo disminuir el gasto que las personas incurren en medicamentos? El Mostrador, octubre de 2019.
4. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Gasto de bolsillo en salud: Una mirada al gasto en medicamentos. CEP 2019.

## Tema 4: La espera de atención en salud: oportunidades de mejora.

### Introducción

El acceso a la atención de salud es un Derecho Social en el mundo. En Chile, este derecho ya está consagrado en la Constitución. Esta situación, sumada a la necesidad de las personas, genera presión sobre los sistemas de salud, no solo para acceder a servicios de salud, sino que para que este acceso sea oportuno.

La evidencia internacional muestra que la espera en salud es un fenómeno que no es posible de eliminar, sino que se puede gestionar. Las listas, que corresponden al conjunto de personas (o a veces interconsultas) que se encuentran en espera de servicios, no son el objeto preferente de gestión, sino lo que se busca es *reducir el tiempo de espera* para recibir atención oportuna y eficaz. El tiempo de espera genera dos fenómenos importantes: por una parte, la necesidad por parte de las organizaciones de salud de gestionar apropiadamente la demanda respecto de la oferta disponible, para dar garantías de acceso y oportunidad, con resultados sanitarios favorables; y por otra, genera la experiencia de esperar por una atención clínica, por parte de los usuarios. Esta doble dimensión, representada en el que gestiona y el que espera, plantea desafíos para todos los sistemas de salud del mundo y es una de sus preocupaciones recurrentes.

La experiencia demuestra que hay un grupo que

tiene tiempos de espera breve, pues resuelve rápidamente su problema, pero hay otro que espera tiempos largos. Algo sucede con un grupo de pacientes que no son vistos de manera prioritaria y quedan esperando, muchas veces sin constatar su situación de salud.

### I. Estrategias de reducción utilizadas desde la gestión de los servicios de salud

La reducción importante que han tenido en los tiempos de espera en algunos países de la OCDE puede ser explicada por varios factores:

- El incremento del gasto público en salud en la última década.
- Uso de tiempos de espera establecidos (metas), las que son de responsabilidad de los administradores, quienes deben rendir cuentas y, de no cumplirse, ponen en riesgo su trabajo, o reciben sanciones económicas como grupo. Otra alternativa es el monitoreo estrecho del cumplimiento de las metas de tiempos de espera: si no se cumplen, implican la apertura de un proceso de auditoría.
- Cambio en el sistema de pago a proveedores de salud.
- Implementación de un sistema de elección de los pacientes del proveedor (libre elección).

- Mejora en los sistemas de información (validadores), es decir, tener claridad respecto de la lista y de los tiempos, de manera de gestionar mejor.
- Cambios en los horarios de atención e incremento de la oferta.
- Cambios en los roles en el proceso de atención del paciente, en que profesionales de salud no médicos y aquellos de apoyo sustituyen ciertas tareas, ampliando su marco de ejercicio profesional.

Específicamente para el caso de reducción de tiempos de espera quirúrgicos se ha relevado:

- Contar con metas claras de tiempos de espera. Estas son garantías asociadas a estímulos económicos e incrementos de recursos para lograrlas.
- Contar con un sistema de información con validación en tiempo real, que permita conocer claramente la situación de tiempos de espera, las características de los que esperan, y las causas de no cumplimiento de metas.
- Desarrollar estrategias que permitan a los pacientes resolver sus problemas de manera más libre, es decir, tener alternativas para resolverlos.
- Existe consenso en que es necesario reducir el acceso a tratamientos quirúrgicos o intervenciones costosas, al incrementar aquellas de menor costo, en etapas más tempranas de las enfermedades. Esto implica una gestión mejor de la demanda, anticipándose en la historia natural de las enfermedades.

Específicamente para el caso de reducción de tiempos de espera de atención ambulatoria se ha relevado:

- Intervenciones en el nivel primario de atención: alineamiento de recursos, a través de la limitación del número de referencias a especialistas, lo que implica mejoras en la capacidad resolutive de la atención primaria; contar con una priorización por otro profesional de la salud (*gatekeeper*) para modular la demanda.
- Mejorar la eficiencia operativa del uso de los servicios especializados: mejor uso de las consultas (inicio temprano, uso efectivo en los diversos días), mejorar el manejo de la agenda, evitar congestión de pacientes, mejorar coordinación de las redes del nivel especializado, mejorar el manejo de pacientes nuevos y su seguimiento.
- Planificación de la atención utilizando herramientas disponibles de automatización (por ejemplo: telemedicina y uso de mensajes de texto con los pacientes).

Con respecto a las estrategias de apoyo a la espera, la literatura es amplia y clara en mostrar que los aspectos objetivos (tiempo de espera o lugar de espera) y los subjetivos (percepción del tiempo de espera y experiencia) son muy relevantes para las consideraciones de la calidad de los servicios. La espera puede mejorar si se cumplen tres principios:

- Darle relevancia al progreso de la espera (sentir que voy avanzando para que me resuelvan el problema) y sentirse ocupado y acompañado durante la espera.

- Darle relevancia a la comparación con otros en la misma situación que yo, que están esperando. Si todos estamos esperando, a igualdad de condiciones, u otro se adelanta por algo que hace sentido, se percibe como razonable y justo.
- Darle relevancia al trato respetuoso durante la espera, esto implica información y claridad respecto de lo que me toca y tocará vivir. Por ejemplo, la duración de la espera estimada.

La experiencia de la espera tiene relevancia para la percepción de satisfacción de usuarios, con el uso efectivo de los servicios (disposición a presentarse a la cita o avisar en caso de no presentarse) y además puede deteriorar las condiciones de salud de las personas.

## II. Elementos críticos de la espera en salud en Chile

En Chile se produce espera para atención de salud en el sector público en dos canales diferentes. Por una parte hay una espera asociada al incumplimiento de las garantías de oportunidad de la Ley 19.966 (Ley GES), y por otra la espera asociada a problemas de salud no garantizados en dicha ley. Es sobre esta última que se genera la mayor tensión en el sistema público de salud, y sobre la cual se establecerán los elementos críticos de esta propuesta.

En Chile, desde 2011 existe el Repositorio Nacional de Lista de Espera, que cuenta con referentes técnicos en cada servicio de salud. En dicho repositorio se registran las solicitudes de derivación para: Consultas nuevas de especialidad (CNE), controles, procedimientos, intervenciones

quirúrgicas e intervenciones quirúrgicas complejas. En general, las que determinan mayor presión en la opinión pública son CNE e “intervenciones quirúrgicas”, que además son objeto de monitoreo por parte del Ministerio de Salud y referentes. Sin embargo, es importante aclarar que “procedimientos” es un tema no visibilizado, y que en parte determina a las otras dos.

De la “lista de espera” se egresa de tres maneras, según el Repositorio:

- 1) Cuando se logra la atención solicitada (cirugía o CNE), estas son las interconsultas resueltas.
- 2) Cuando la persona fallece, estas son las interconsultas egresadas administrativamente.
- 3) Para no fallecidos se considera egreso administrativo si la persona es inubicable, ha solucionado su problema por otros medios (modalidad libre elección de FONASA o privada), la derivación no corresponde y debe ser atendido o resuelto su problema en atención primaria, cuando cambia de seguro (traslado a Isapre o FF.AA.), o cuando rechaza voluntariamente la atención.

Al registro de “lista de espera” se ingresa por:

- 1) Interconsulta originada en el nivel primario de atención.
- 2) Por especialistas del nivel secundario.
- 3) Por médicos desde los servicios hospitalarios (derivaciones posteriores al alta, solicitudes de pacientes durante hospitalización que no alcanzaron a realizarse durante la estadía).
- 4) Por médicos desde los servicios de urgencia, los

que se derivan a especialidad en cupo prioritario y que a veces se resuelven en el mismo día.

El tiempo de espera en nuestro sistema se contabiliza desde el ingreso de la interconsulta al Registro Nacional hasta el egreso del Registro (por solución del problema o por causas administrativas).

### **a. Elementos críticos de la espera desde las estrategias para reducción del tiempo de espera en Chile**

En general, en Chile es evidente la falta de recursos para brindar una atención de calidad en el sector público de salud. Por otra parte, existe el reclamo persistente de falta de recursos financieros en el nivel primario de atención, en que se señala que el per cápita actual debería ser incrementado para poder dar cuenta de las demandas de servicios clínicos de la población.

Sumado a este aspecto, de manera específica, en torno al tiempo de espera para atención no GES en el sistema público de salud, se señalan los siguientes aspectos relevantes que explicarían por una parte el número de personas en espera y por otra el tiempo de espera:

1. Hay una evidente desintegración de la red de servicios de atención de salud. No se observa un trabajo en red, en que existan flujos de referencias y contrarreferencia en tiempo real. Esto se manifiesta, por ejemplo, por el tipo y uso que se les da a los sistemas de información.
2. Existe la percepción de una baja producción respecto a los recursos disponibles, aun cuando se reconoce que existen falencias mencionadas

con anterioridad. Esto se manifiesta en el uso de pabellones quirúrgicos en horario hábil, y el uso de boxes de atención secundaria. Esta baja producción parece estar asociada a esquemas de priorización de atención de pacientes discrecionales por parte de los equipos clínicos y, por lo tanto, no transparentes a los usuarios ni al resto de los equipos. También se observan incentivos no alineados al uso de la infraestructura disponible en horario hábil, lo que favorece que equipos clínicos prefieran “reducir listas de espera” en horarios en que se pague incentivos adicionales. Esto ha ido generando una cultura organizacional en cuyo centro no parece estar el paciente, sino más bien los intereses de grupos corporativos.

3. Tendencia a priorizar las interconsultas derivadas desde nivel secundario o terciario, por sobre las producidas en el nivel primario de atención, sin criterios claros de por qué se priorizan.

4. Baja capacidad resolutoria en el nivel primario, dada por la estructura misma de dicho nivel, capacitación del personal médico y trabajo del equipo. Muchos procedimientos y exámenes requieren ser visados para su ejecución desde el nivel secundario, lo que agrega un paso más en la cadena de atención, lo que no parece justificable.

5. Los pacientes que llegan al nivel secundario (especialidad) tienden a quedarse en dicho nivel, y suelen no volver al nivel primario con un plan de tratamiento acordado con el médico y equipo de atención primaria de salud.

6. Falta de criterios claros y transparentes de priorización tanto para reducir tiempos de espera quirúrgicos, como los de consultas de nueva especialidad. Tampoco existen metas claras de tiempos de espera asociados a los problemas de los pacientes.

7. Percepción de que los médicos que realizan las interconsultas no se responsabilizan del proceso que sigue a esta acción, lo que hace que los pacientes se sientan solos y no en alianza con su tratante.

#### **b. Elementos críticos de la espera desde la perspectiva de los pacientes**

Dado que es inevitable la espera por la insuficiencia de recursos del sistema de salud chileno para resolver la demanda y necesidades de salud de la población, se hace necesario pensar en cómo acompañar y mejorar la espera de los pacientes. La oportunidad en la atención de salud es uno de los aspectos que afecta negativamente la confianza en el sistema de salud. De este modo, un cambio hacia una visión centrada en las necesidades de las personas en los servicios de salud es fundamental.

En el contexto actual, el origen del malestar de gran parte de las personas que se atienden en el sistema público es la percepción de “desigualdad en el acceso a la salud”, “sensación de falta de respeto y dignidad”, “sensación de estar desatendido”, “falta de información de los pacientes”.

Los elementos que determinan la percepción de la espera en los pacientes en el sector público de salud están dados por:

1. La condición biopsicosocial del paciente y el grado en que esta condición interfiere con la vida diaria.

2. El tiempo de espera real percibido es anterior al ingreso de su interconsulta al sistema de información y al repositorio. Tampoco cuentan con información sobre los rechazos de sus interconsultas, por lo que muchos creen que están esperando.

3. Los pacientes no tienen buena información. Desconocen su diagnóstico o las implicancias de su estado de salud. Tampoco entienden la ruta de la interconsulta, etapas, requisitos y procedimientos. No saben dónde consultar o revisar sobre su situación.

4. Problemas en la interacción entre el equipo de salud y pacientes. Esto se manifiesta por la ausencia de canales compartidos, acordados y actualizados para comunicarse.

5. Problemas en el trato. En general este aspecto es reclamo de usuarios y funcionarios.

6. Percepción de injusticia en el acceso a los servicios de salud. Los pacientes perciben que hay otros que logran antes que ellos el acceso y desconocen porqué, si hay priorización o no, o solo se debe a que “hacen trampa”.

7. La actitud del paciente respecto de la espera. Esto está dado por sus características personales y las expectativas que tienen respecto de la atención.

### III. Algunas propuestas del Estado para la resolución de las “Lista de Espera”

Desde el Ministerio de Salud se ha abordado reiteradamente este fenómeno, por su magnitud y las connotaciones sociales que tiene. Se han hecho revisiones reiteradas del sistema, la última con relación al cumplimiento de la Glosa 6 de la Ley de Presupuesto del 2017, que estipula que el Ministerio de Salud debe informar trimestralmente del estado de la Lista de Espera no GES y las garantías de oportunidades GES retrasadas, y que además debe dar cuenta del número de fallecidos en Lista de Espera sin haber accedido a cirugía o consulta de un especialista. En dicha ocasión se solicitó a una comisión médica asesora ministerial que analizara la situación de personas fallecidas en esas condiciones de espera o garantía de oportunidad GES retrasada y que entregara recomendaciones.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud ha realizado algunas apuestas para mejorar la resolución de problemas de salud, entre ellas están: implementación de modalidades “tele”, compra de servicios a privados, aumento de la formación de especialistas a través del ciclo de destinación, y últimamente se ha propuesto además el seguro catastrófico en el contexto del programa clase media protegida, que busca en parte institucionalizar la compra de servicios de usuarios de FONASA en modalidad libre elección, frente a insuficiencia de recursos públicos. A continuación ofrecemos una breve reseña.

#### 1) Telemedicina

En Chile las modalidades “tele” se han desarrollado paulatinamente desde los Servicios de Salud y

siguiendo las experiencias internacionales. Una revisión a diciembre de 2017 muestra que se han desarrollado las siguientes estrategias: teleinformes, teleconsultas, tele-redes complejas y tele-asistencia en la red, lo que se vio profundizado. Desde 2017 el Programa Nacional de Telesalud delinea las etapas en cada proceso de atención clínica en que se puede incorporar. Sin embargo, aún está pendiente mejorar la infraestructura digital para que no se produzcan inequidades en el sistema para los diversos niveles de atención. Además se requiere personal capacitado para su uso y sistemas de control de gestión y evaluación.

#### 2) Aumento formación especialistas en ciclo de destinación

El año 2013 se evaluó el ciclo de destinación y formación de especialistas y subespecialistas médicos y odontólogos que se iniciara el 2008, como Programa Nacional. La evaluación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda al programa apunta a mejorar las inequidades existentes en el país; sin embargo, la información existente hasta esa fecha era incompleta y no permitía identificar claramente las brechas en especialidades y subespecialidades, para una adecuada destinación. También se sugirió readecuar los componentes del programa y alinear la oferta formativa con las necesidades reales del país, para tener claridad de la meta propuesta de 1.000 especialistas por año.

Hasta fines de 2019 no se conocían informes posteriores públicos que den cuenta de los cambios sugeridos por DIPRES, la estimación de brechas y menos el impacto que ha tenido el aumento de

producción de médicos y odontólogos especialistas y subespecialistas en la resolución de problemas de salud y en particular en la espera de atención. En todo caso, este es un proceso lento y requiere generar las condiciones a lo largo del país para la permanencia de los especialistas. La generación de polos de desarrollo en temáticas específicas es clave.

### 3) Seguro de Salud Catastrófico.

Este seguro es parte de las estrategias propuestas por el gobierno (2019) en el Programa Clase Media Protegida. Para fines de 2019 este proyecto se encontraba aprobado por la Cámara de Diputados.

Establece en la Modalidad Libre Elección de FONASA una cobertura adicional financiera “Seguro Catastrófico” para intervenciones quirúrgicas y de tratamiento de enfermedades, que incluye intervenciones codificadas por FONASA o no, pero que se estiman necesarias para la resolución integral de un problema de salud (medicamentos, insumos hospitalarios, hospitalizaciones, etc.).

La oferta de dichos servicios será dada por entidades públicas, universitarias o sin fines de lucro preferentemente; de no haber oferta suficiente se procederá a convenir con privados. Estos convenios se realizarán mediante licitación pública. Accederían usuarios FONASA de cualquier tramo, con acreditación de permanencia en este seguro, por seis meses. Las prestaciones serán pagadas por FONASA y existirá un deducible cuyo monto varía según el tramo de ingresos familiar.

## Problemas y Propuestas

### Problema 1

No se considera la experiencia del paciente en el proceso de espera de atención.

### Propuesta 1

Valorizar la perspectiva del paciente a través de la creación de un sistema de acompañamiento a la espera, transparente, que esté sincronizado con la oferta de servicios y las necesidades de los pacientes.

### Problema 2

La limitada capacidad resolutive a nivel de la atención primaria de salud (APS) incrementa la demanda en niveles secundarios y terciarios.

### Propuesta 2

Mejorar la capacidad resolutive en APS:

- Aumentar la presencia de especialistas en Medicina Familiar.
- Disponer de exámenes y procedimientos más amplios en APS.
- Disponer de estándares de calidad para exámenes de laboratorio e imágenes realizados desde APS (que sean creíbles para especialistas).
- Fomentar la participación de otros especialistas en APS (telemedicina, consultorías).

- Facilitar la comunicación entre nivel primario y secundario para gestión referencia y contrarreferencia.
- Concordar protocolos de acción y derivación frente a casos y problemas frecuentes.

### Problema 3

Existe un uso ineficiente de los recursos ya disponibles en el sistema de salud (consulta nueva de especialidad, uso de pabellones quirúrgicos).

### Propuesta 3

Mejorar la eficiencia en el uso de recursos disponibles en el nivel secundario y terciario:

- Fortalecer aspectos de la cadena de producción para consulta nueva de especialidad:
  - Insumos disponibles oportunamente.
  - Disponibilidad de equipos profesionales.
  - Gestión de la agenda.
  - Fortalecer modelos de atención que apunten a multimorbilidad.
- Fortalecer aspectos operativos para intervenciones quirúrgicas:
  - Asignación de bloques de pabellón por especialistas y servicios de acuerdo a mejores prácticas.
  - Mejorar la eficiencia en el uso efectivo del pabellón (reducir horas "muertas" antes y después).

- Aumentar horas de funcionamiento pabellón (segundo turno), lo que incrementa oferta de pabellones.
- Gestión de la tabla quirúrgica con un referente claro (6-8% de suspensiones como máximo).
- Regular incentivos que favorecen la transferencia de pacientes a otras listas de espera (por ejemplo, operar fin de semana, en vez de hacerlo en la semana, por incentivo económico).

### Problema 4

Limitaciones en roles profesionales por indefinición y restricción del código sanitario.

### Propuesta 4

Revisar los roles profesionales en la resolución de la espera:

- Establecer núcleos básicos insustituibles por profesión.
- Establecer ámbitos de ampliación del rol profesional, como enfermeras de práctica avanzada, tecnólogos médicos en procedimientos, etc.
- Establecer equipos con roles complementarios.
- Establecer sistemas de capacitación en base a estos perfiles (núcleo y scope). Revisar formación de pre, postgrado y educación continua al respecto.
- Flexibilizar el Código Sanitario (moderno).

**Problema 5**

Poca claridad en los criterios de priorización y procesos asociados a la gestión de la espera.

**Propuesta 5**

Establecer mecanismos de control de la gestión de la espera:

- Criterios de priorización acordados, conocidos por usuarios internos y externos, basados en evidencia científica y la suficiencia de recursos de la red.
- Participación de APS en priorización y gestión de requerimientos de consulta nueva de especialidad.
- Establecer tiempo de espera máximo para interconsulta nueva. Se proyecta no más de 90 días.
- Auditar esperas que se prolonguen más allá del tiempo establecido como meta (revisión situación del paciente y rendición de cuentas).

**Problema 6**

Gestión de casos.

**Propuesta 6**

Crear un sistema de gestión de casos (por agrupaciones de tipo de pacientes).

- Se estima que puede ser de utilidad tener sistemas de información *GRD-like*, que permita agrupar pacientes para acompañar soluciones posibles.

- *GRD-like* también pudiera ser utilizado para estimar costos de resolución de casos, lo que ayudaría a estimar el financiamiento.
- Contar con información actualizada sobre la suficiencia de recursos para la atención tanto públicos como privados, para clarificar la oferta.

**Problema 7**

Limitación por capacidad de resolución en red pública.

**Propuesta 7**

Crear mecanismos de pago por resolución de espera asociado a sistema de información *GRD-like* que la incentiven:

- Flexibilizar la oferta para la solución de la espera después de la meta en tiempo, a través del conocimiento de la oferta de servicios en toda la red pública (primera prioridad de derivación para solución) y privada.
  - i. Pago por usuario similar en toda la red pública y privada.

**Problema 8**

Dificultades en el flujo oportuno e interconectado de la información.

### Propuesta 8

Mejorar sustantivamente el sistema de información:

- a) Introducir mejoras rápidas al sistema:
  - Diversificar canales de contacto con pacientes.
  - Mejorar la “codificación diagnóstica” y “motivos de derivación” (son conceptos distintos).
  - Uso de RUT para gestión integral de los problemas de los pacientes.
  - Apertura a que el profesional que envía la interconsulta sepa qué sucedió con esta (ingreso o no al sistema).
- b) Que dé cuenta del seguimiento integral de cada caso (mirar la resolución del problema, y no solo de la interconsulta).
- c) Que emita alertas (tiempo, ingreso de varias interconsultas con mismo RUT por diversas condiciones de salud).
- d) Que tenga alcance e interconexión nacional (capacidad de verificar situación del usuario en todo el país, para gestión clínica).
- e) Que provea datos para gestión clínica y acompañamiento del paciente.
- f) Que provea acceso diferenciado según el rol en el sistema, incluyendo a los pacientes.
  - Información oportuna, en línea, transparente y con acceso diferenciado según roles.
  - Que provea información sobre suficiencia de la red de prestadores de cada Servicio de

Salud y agrupados, posiblemente por macro zona, para hacer más efectiva la utilización de los recursos disponibles, y el trabajo del gestor de casos.

### Referencias.

1. Bachelet V, Goyenechea M, Carrasco V. Policy strategies to reduce waiting times for elective surgery: A scoping review and evidence synthesis. *Int J Health Plann Manage* 2019; 34(2):e995-e1015.
2. Bedregal P, et al. La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro. *Temas de la Agenda Pública*, Centro de Políticas Públicas UC, N°102, 2017.
3. Bowers JA. Simulating waiting list management. *Health Care Manag Sci* 2011; 14(3) 292-298.
4. Caffery LJ, Farjian M, Smith A. Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: a scoping review. *J Telemed Telecare* 2016; 22(8):504-512.
5. Canadian Nurses Association. Registered nurses: on the front lines of wait times. Ottawa, Canada, 2009. Disponible en: [https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/wait\\_times\\_paper\\_2009\\_e.pdf?la=en&hash=E-6866B6E30F4822D5FB5402391466F04BB485013](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/wait_times_paper_2009_e.pdf?la=en&hash=E-6866B6E30F4822D5FB5402391466F04BB485013)
6. Informe Comisión Médica Asesora Ministerial. Estado de situación de personas fallecidas en listas de espera no GES y garantías retrasadas GES, 2017. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Informe-Final-Comision-Asesora-LE-y-Garantias-Retrasadas-GES-17082017\\_.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Informe-Final-Comision-Asesora-LE-y-Garantias-Retrasadas-GES-17082017_.pdf)

7. Comisión Nacional de Productividad. "Eficiencia en pabellones y priorización para cirugía electiva".
8. Comisión Nacional de Productividad. "Tecnologías disruptivas. Regulación de plataformas digitales".
9. Evaluación de Programas Gubernamentales. Programa de Formación de Especialistas y Subespecialistas del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resumen Ejecutivo, 2014. Disponible en: [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141233\\_r\\_ejecutivo\\_institucional.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141233_r_ejecutivo_institucional.pdf)
10. Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academies Press, 2001.
11. Lacy N, Paulman A, Reuter M, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med* 2004; 2(6):541-545.
12. Laudicella M, Siciliani L, Cookson R. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *Soc Sci Med* 2012; 74(9):1331-1341.
13. Maister, D. The psychology of waiting lines, 1985. Disponible en: <https://davidmaister.com/articles/the-psychology-of-waiting-lines/>
14. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Telesalud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>
15. Naiker U, FitzGerald G, Dulhunty JM, Rosemann, M. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review* 2018; 42(3):286-293.
16. Sharman MJ, et al. The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications for health service planners. *Clin Obes* 2017; 7(1):46-53.
17. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy* 2014; 118(3):292-303.
18. Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. *OECD Health Working Papers N°7*, 2003. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/406746186162.pdf?expires=1583190045&id=id&accname=guest&checksum=579F9AD-33B0CE69E1D04D05D61A7132A>
19. Zhou R, Soman D. Consumers' waiting in queues: The role of first-order and second-order justice. *Psychology & Marketing* 2008; 25(3):262-279.

# Tema 5: Enfrentando las enfermedades crónicas

## Introducción

Hoy en día 11 millones de personas en Chile viven con dos o más enfermedades crónicas (EC) de forma simultánea, y 2,5 millones de ellas concentran cinco o más patologías que requieren atención médica y control crónico al menos anual de por vida. En contraste, se estima que la capacidad de oferta total del sistema de Atención Primaria de Salud (APS) no supera 3,5 millones de cupos, por lo que existe una importante brecha entre la carga de enfermedad y la capacidad de atención<sup>1</sup>.

Es importante entender que las evaluaciones objetivas de nivel país (promedio) podrían posicionar a Chile como el mejor sistema de salud de Latinoamérica y probablemente uno de los más eficientes del mundo. Sin embargo, los indicadores de distribución muestran brechas importantes, constituyendo inequidades en salud. Por otro lado, los indicadores objetivos no dan cuenta de todo el fenómeno de salud y bienestar, y se hace necesario considerar una serie de indicadores subjetivos. Al respecto, Chile dispone de abundante información de vigilancia epidemiológica, sin embargo, ella no ha sido suficientemente sistematizada ni se han construido indicadores que puedan impactar o retroalimentar las políticas de atención en términos de calidad de vida asociada a la salud y calidad de atención, por mencionar algunos ejemplos. Por otra parte, es ampliamente reconocido que la

salud y más aún las oportunidades para disfrutar de una vida saludable se encuentran determinadas por factores como la pobreza, la desigualdad socioeconómica, la discriminación, el capital social de los barrios, la falta de oportunidades educacionales, las condiciones laborales y el deterioro del ambiente natural y construido en el cual las personas viven y se desarrollan.

La crisis social y política surgida en el año 2019 es elocuente al llevar a los medios las dolorosas y legítimas quejas percibidas por los usuarios del sistema de salud. Particularmente, los afiliados al seguro público de salud FONASA (80% de la población) reclaman que el prestador de servicios asociado a este seguro (prestador público) les ofrece malas condiciones de atención, largas listas de espera para procedimientos y cirugías y alto gasto de bolsillo en medicamentos. Todo ello, pese a existir una Constitución que garantiza el acceso a la atención en salud, pese a que existe una ley específica que protege a los usuarios en términos de oportunidad, acceso, calidad de atención y cobertura financiera (Ley GES, instaurada en 2005) y pese a la existencia de una Superintendencia de Salud, cuya función es regular el actuar tanto de seguros como de prestadores.

Estudios más específicos con metodologías cuantitativas y cualitativas muestran que estas

demandas van más allá del cumplimiento de garantías de acceso y tienen que ver con falencias en el proceso de “acompañamiento y cuidados crónicos”, especialmente en aquellas personas y familias en las que al menos un miembro del hogar es una persona que vive con multimorbilidad de cinco o más EC, el cual muchas veces ha estado hospitalizado o requiere de tratamientos complejos. Al respecto, la evidencia es clara en identificar la multimorbilidad como el principal factor que incide en los resultados clínicos y en la mortalidad evitable de las personas con EC<sup>2,3</sup>. Es así como el incremento de personas con EC que no reciben un apoyo efectivo para afrontar su situación y presentan dificultades para implementar las recomendaciones del equipo de salud, constituye un problema de salud pública mundial, que es complejo y multifactorial<sup>4</sup>.

Las dificultades que debe enfrentar una persona para manejar la EC están condicionadas por múltiples factores, entre los que destacan las características personales y del estilo de vida, el estado de salud, los recursos disponibles, las características del entorno y también la organización del sistema de salud. Este es un tema ampliamente documentado en la literatura y abordado a través de conceptos como cumplimiento, adherencia y automanejo<sup>5</sup>.

El automanejo es la capacidad de la persona, junto con su familia, comunidad y equipo de salud, para controlar los síntomas, tratamientos, cambios de estilo de vida y las consecuencias psicosociales y espirituales de las EC<sup>6</sup>. Las habilidades necesarias para la implementación del automanejo incluyen: resolución de problemas, toma de decisiones,

utilización de recursos, fortalecer la alianza entre el paciente y el equipo de salud, desarrollar planes de acción y auto-adaptación<sup>7,8</sup>. Incorporar esta perspectiva permite comprender el desafío de la organización de la atención de salud para las personas con EC, donde el rol del equipo de salud es apoyar el *automanejo*. Esto corresponde a la provisión sistemática de intervenciones educativas y de apoyo, por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y la autoeficacia que la persona requiere para manejar su condición, contribuyendo a que realice los cambios necesarios en su vida diaria para prevenir o retardar síntomas, la discapacidad y las complicaciones<sup>9</sup>. Finalmente, se reconoce la necesidad de promover los esfuerzos coordinados y sostenidos entre diversos actores sociales dentro y fuera del sector salud.

Se proponen los siguientes cinco principios para guiar la elaboración de políticas públicas en el abordaje del desafío de las EC en Chile.

1. Enfoque promocional y preventivo.
2. Priorización de intervenciones junto a diversos actores sociales.
3. Énfasis en la calidad de vida y los procesos de cuidado y acompañamiento.
4. Integración de la salud biológica, psicológica, social y espiritual en el cuidado de personas con EC.
5. Perspectiva de equidad.

---

**1. Enfoque promocional y preventivo.** Se requiere fortalecer un enfoque estratégico que privilegie las medidas promocionales y preventivas

poblacionales e individuales. Las medidas preventivas poblacionales son la base, es decir, son el mínimo obligatorio en un escenario de escasez de recursos y gran carga de enfermedad como el nuestro. Las medidas de prevención poblacional son las más costo-efectivas y tienen gran potencial de introducir equidad en los determinantes más distales de la salud (los que se han llamado “las causas de las causas” de enfermedad)<sup>10,11</sup>. Las intervenciones preventivas y terapéuticas individuales, ya sean presenciales o remotas (telecuidado), también son fundamentales e introducen equidad en la medida que se diseñan con proporcionalidad a la desventaja o vulnerabilidad; sin embargo, su cobertura estará siempre limitada por el costo, así como también por continuar haciendo las cosas como “siempre se han hecho” en el nivel local, a pesar de los múltiples cambios y ajustes realizados al modelo de atención desde el nivel central.

**2. Priorización de intervenciones junto a diversos actores sociales.** La escasez de recursos hace necesario plantear un esquema de priorización de intervenciones y problemas de salud a abordar, el cual sea éticamente razonable y consensuado por los diversos actores sociales. Los criterios de priorización más consensuados éticamente son: costo-efectividad de las intervenciones, severidad, vulnerabilidad y protección financiera<sup>12</sup>. Esto en forma espontánea genera la necesidad prioritaria de garantizar prestaciones de urgencia, cuidados paliativos, tratamientos farmacológicos en pacientes de alto riesgo, cuidados especiales en pacientes con mayor multimorbilidad y severidad

(ej. los que están egresando de una hospitalización) y posteriormente ir entregando gradualmente la intensidad de cuidados a pacientes de menor riesgo. En este proceso, resulta deseable contar con un ente independiente que pueda asesorar a los tomadores de decisión respecto a la inclusión de nuevas tecnologías en base a criterios consensuados (Evaluación de Tecnologías Sanitarias, ETESA)<sup>12</sup>.

**3. Énfasis en la calidad de vida y los procesos de cuidado y acompañamiento.** Hoy en día se requiere monitorizar no solo indicadores objetivos de impacto sanitario (ej. morbilidad, letalidad), sino enfatizar la calidad de vida de las personas con EC y los procesos de cuidado y acompañamiento, con énfasis en la experiencia del usuario y el modelo de cuidados. La calidad de vida considera indicadores relacionados a determinantes socio-ambientales como vivienda, trabajo, saneamiento, etc. Este es un importante espacio para la medicina integrativa basada en evidencia, la medicina mínimamente invasiva, la enfermería de práctica avanzada, y el modelo de cuidados de transición, ya que tienen gran potencial para mejorar el bienestar de las personas y a la vez, prevenir y compensar las EC. La sociedad organizada fuera del sector salud contribuye de manera fundamental en la provisión de cuidados y acompañamiento, por ejemplo, a través de asociaciones de pacientes y familiares.

**4. Integración de la salud biológica, psicológica, social y espiritual en el cuidado de personas con EC.** La complejidad del cuidado de

personas con EC requiere de modelos de cuidados que eviten la fragmentación en base a patologías y en los cuales se promueva la integralidad de las atenciones, con énfasis en la salud mental y la relación mente-cuerpo-espíritu.

---

**5. Perspectiva de equidad.** Los cuidados requieren ser proporcionales a las desventajas de los grupos menos favorecidos de la sociedad (*the worst off*). A su vez, las desventajas requieren ser objetivadas con diversos indicadores que se necesita consensuar ética y socialmente. La perspectiva de equidad en las intervenciones del ámbito individual requiere ser aplicada especialmente en lo que se refiere a la intensidad de los cuidados y acompañamiento, no solo en la oferta de terapias y tecnologías. La estratificación por riesgo de muerte o discapacidad, severidad (multimorbilidad crónica y comorbilidad de salud mental) o desventaja social (bajo nivel educacional, bajo apoyo social, aislamiento) es necesaria para introducir proporcionalidad y también para incorporar mayor racionalidad al gasto en salud.

---

## Problemas y Propuestas

### Problema 1

Falta de coherencia entre información epidemiológica y el diseño y monitoreo de políticas públicas para la prevención y cuidado de personas con EC.

### Propuesta 1

- Conformar una entidad asesora que potencie y fortalezca la institucionalidad existente. El propósito de esta entidad sería fortalecer el trabajo de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) del Ministerio de Salud para políticas y programas, de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) del Ministerio de Salud para vigilancia e indicadores en la evaluación de objetivos sanitarios, y de redes asistenciales (Atención Primaria de Salud) para la implementación del modelo de cuidados. Esta entidad asesora puede tomar la forma de un Comité Asesor, o bien la de un Observatorio Nacional de EC, con representación amplia de sectores académicos, representantes de ministerios, sociedad civil y representantes de pacientes y sus familiares. El propósito de esta entidad es asesorar a los tomadores de decisión en la aplicación de los principios antes mencionados de tal manera que exista coherencia entre la vigilancia epidemiológica y el diseño e implementación de políticas públicas, incluido el modelo de cuidados crónicos ofrecido en el sistema de atención. Una de las tareas de esta entidad sería la generación y monitorización de indicadores de acuerdo a los desafíos actuales. Se desea que se apliquen indicadores actuales adecuados y que se generen nuevos indicadores más precisos para identificar inequidades y brechas, tanto de impacto de las políticas públicas con efecto sobre salud (poblaciones) como

de los cambios en el modelo de cuidados y gestión clínica (personas). Para el desarrollo de indicadores es necesario identificar las brechas actuales y realizar vigilancia de las mismas en el tiempo. Esta entidad debería promover la transferencia del conocimiento generado a una mayor diversidad de actores relevantes, gobiernos locales, comunidad en general, grupos de pacientes, etc. y no solo al Ministerio de Salud.

### Problema 2

Insuficiente implementación de políticas públicas de probada costo-efectividad para el control de las EC.

### Propuesta 2

- Abogar en favor de estrategias preventivas poblacionales de mayor costo-efectividad, como políticas de promoción de actividad física, nutrición saludable, capital social, cohesión social de barrios y planificación urbana.
- Fortalecer la regulación de mercados e industrias con externalidades negativas como alcohol, tabaco y alimentos ultra procesados.
- Desarrollar estrategias innovadoras de comunicación masiva que permitan elevar el conocimiento en salud de la población, y de los efectos del *marketing* sobre las decisiones de las personas en términos de estilos de vida

que afectan la aparición o desarrollo de EC (por ejemplo, uso de TICs, Web y Apps).

- Explicitar y reforzar el enfoque de equidad en la planificación de políticas públicas para el control de las EC.

### Problema 3

Insuficiente conceptualización de la relevancia del empleo y sus condiciones como determinante fundamental de la aparición y desarrollo de las EC.

### Propuesta 3

- Estudiar e informar políticas y medidas que protejan el empleo y prevengan su precarización, así como los efectos perjudiciales del trabajo y la jubilación sobre la salud, particularmente entre personas pertenecientes a grupos sociales más susceptibles de enfrentar problemas de salud. Por ejemplo: personas de bajo nivel educacional que se desempeñan en actividades físicamente demandantes y en labores con bajo nivel de control y autonomía; o mujeres que deben interrumpir continuamente su actividad laboral como consecuencia de su ocupación en labores de cuidado familiar no remuneradas, y que no poseen los recursos financieros adecuados para su vejez.
- Promover el estudio de aspectos referidos a la salud laboral y ocupacional, no solo como determinantes sociales vinculados a

salud mental, sino también en su rol poco evaluado respecto al cáncer por exposiciones en el trabajo (por ejemplo, exposición a arsénico o sílice en la minería, plaguicidas en la agricultura) y también daños respiratorios, dérmicos, oculares, etc.

- Considerar trabajo con mutuales, Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), agrupaciones de pequeñas y medianas empresas, promoviendo el enfoque de salud ocupacional hacia lo promocional y preventivo.
- Revisar y generar espacios de formación en salud ocupacional con enfoque promocional y preventivo para pregrado en las carreras de la salud.

#### Problema 4

Insuficiente conceptualización de la relevancia de las condiciones ambientales y el cambio climático sobre la aparición y desarrollo de las EC.

#### Propuesta 4

- Relevar el efecto del medio ambiente físico y social en la salud de las personas y comunidades. Requiere revisar y generar espacios de formación en determinantes sociales y ambientales de la salud para las carreras de la salud y universitarios en general. Promover el desarrollo de propuestas

interdisciplinarias que consideren el enfoque de determinantes sociales y ambientales, y el impacto en salud desde los distintos sectores.

- Revisar y aportar con recomendaciones a nivel individual y colectivo sobre exposiciones ambientales asociadas a la ocurrencia de EC, especialmente respiratorias, cardiovasculares, cáncer y alteraciones metabólicas. Se propone un énfasis en contaminantes químicos en aire, agua, alimentos, productos de consumo y suelos. Dentro de ellos, el más importante es la contaminación del aire, la cual tiene componentes con efectos carcinógenos comprobados y asociados a numerosas EC. Considerar la importancia de trabajar con las comunidades de las zonas afectadas y su involucramiento en las propuestas de soluciones, que incluyan estrategias para prevenir y reducir el estigma asociado.
- Aportar en la revisión y actualización del componente de Salud Ambiental Infantil de la “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en APS”, considerando los aspectos relevantes que deberían formar parte de la evaluación de salud de los niños y niñas, tales como aspectos epidemiológicos, los tóxicos más conocidos o importantes a los que están expuestos, síntomas de contaminación crónica e indicaciones a entregar a las familias.
- Revisar y generar espacios de formación en el tema de cambio climático y salud para pregrado en las carreras de la salud y universitarios en general<sup>13</sup>.

### Problema 5

Insuficiencia del modelo de atención actual ante la complejidad de las EC y el escenario de multimorbilidad.

### Propuesta 5

- Promover adopción de nuevos modelos de atención basados en el cuidado interdisciplinario de personas con multimorbilidad crónica, el apoyo al autocuidado y automanejo, el desarrollo de la telemedicina y el telecuidado, y el apoyo de pares. Incluye avanzar en el pilotaje de nuevos modelos de cuidados crónicos en atención primaria, secundaria y terciaria. Se considera la atención de personas con multimorbilidad en modelos que les ofrezcan una atención centrada en sus necesidades, valores y creencias, y que por lo tanto sean integrales y centrados en la persona. También que sean atenciones integradas, es decir, que las prestaciones de salud se entreguen de manera conjunta y no separada por patologías (incluyendo salud física y mental). También que las atenciones sean continuas, es decir, que la persona pueda experimentar un acompañamiento en el tiempo y pueda acceder a atenciones en los momentos en que los necesita, por ejemplo, a través de atenciones remotas que pueden ser brindadas con telecuidado para apoyar el automanejo. Al respecto, la pandemia COVID-19 ha evidenciado la factibilidad y

la aceptabilidad de las atenciones remotas por parte de la población. El modelo que el Centro de Innovación en Salud Áncora UC ha implementado en conjunto con el SSMSO, dirigido a personas con enfermedades crónicas (Modelo de Atención Centrado en las Personas, MACEP), propone los siguientes elementos fundamentales que pueden servir de referencia para una recomendación nacional: estratificación según complejidad, gestión de casos para personas de mayor complejidad, apoyo al automanejo, continuidad del cuidado en red y participación y responsabilidad compartida en salud<sup>14,15</sup>.

- Capacitar a los trabajadores de APS en el fenómeno de vivir con una EC en la infancia, adolescencia y adultez. Para esto, los trabajadores de APS deben ser motivados a valorar la entrega de cuidados culturalmente sensibles, con respeto a la diversidad e incorporando en esta entrega al cuidador principal como parte del proceso. Asimismo, resulta necesario desarrollar protocolos de rescate de niños, niñas, adolescentes y adultos con EC que han dejado de asistir a su Centro de Salud Familiar (CESFAM), ofreciendo atención conjunta y simultánea al niño, niña, adolescente o adulto y a su cuidador/a principal.

- Incluir en nuevo modelo de atención un programa de apoyo a cuidadores. Incorporar dentro de las atenciones domiciliarias de personas con dependencia severa y de los

Programas de Asistencia Ventilatoria No-Invasiva (AVNI) y Ventilación Invasiva (AVI) en APS (niños y adultos) atenciones para el cuidado del cuidador en ámbitos de promoción de la salud y prevención de enfermedad. Lo anterior requiere de un trabajo con el Ministerio de Salud para fortalecer estos programas y promover la salud de la díada cuidado-cuidador. Considerar que un eje clave para el cuidado de personas con EC avanzada es el apoyo de la familia y especialmente el apoyo que entrega el cuidador primario.

- Entregar tratamiento integral al paciente, incluyendo el acceso a la atención odontológica para pacientes en control de EC, incorporándola en las canastas GES respectivas. Además, se requiere fortalecer la colaboración entre profesionales de la salud oral para mejorar la prevención y el manejo de comorbilidades, por ejemplo, mejorando los registros de salud compartidos entre los distintos niveles de atención. A su vez, integrar la atención bucodental y de las EC en los programas actuales, como diabetes, para mejorar la colaboración y capitalizar los sistemas existentes.
- Revisar y promover la formación de profesionales de la salud con competencias transversales para entregar un cuidado humanizado, considerando a la persona, familia y equipo en los diferentes niveles de atención, incluidos los elementos centrales

del modelo de cuidados crónicos, así como competencias de salud mental y salud oral.

- Trabajar en comunidades para ayudar al automanejo de EC, con foco en apoyo de pares. Realizar actividades en contextos laborales en tiempos reales de participación, por ejemplo, talleres de estilos de vida saludables que puedan realizarse junto con el almuerzo. Considerar a las mutuales como una manera de incluir estas acciones en las empresas, mostrándolas como un elemento que generará bienestar a los trabajadores y con ello contribuir a un mejor rendimiento. Estas actividades pueden ser realizadas tanto con personal de salud como con “pacientes expertos”. Los pacientes expertos son personas con EC que son exitosas en el manejo de su enfermedad y se encuentran compensadas, las cuales pueden recibir una capacitación para desarrollar otras habilidades más específicas para apoyar a sus pares.
- Trabajar en comunidades escolares en torno a condiciones prevalentes como el déficit atencional, que es la patología psiquiátrica más frecuente en niños (4 a 6%) y que estudios longitudinales muestran el impacto negativo que tiene en muchas áreas (por ejemplo, rendimiento académico) si no se trata en la niñez.

**Problema 6**

Falta de acceso y cobertura de acciones preventivas y terapéuticas para personas con una o más EC y necesidad de atención paliativa oncológica y para enfermedad crónica avanzada.

**Propuesta 6**

- Promover formación de enfermeras de práctica avanzada con enfoque en APS y atención paliativa para personas que requieran cuidados paliativos, ya sean oncológicos o de EC avanzada. Requerirá revisar y hacer cambios al Código Sanitario. Se requiere de un grupo de enfermeras capacitadas que puedan prescribir medicamentos e intensificar dosis y terapias para diversos pacientes con EC de menor severidad (hipertensión, diabetes, dislipidemia), así como recopilar evidencia sobre el impacto de estos/as profesionales para reducir brechas de acceso a salud.
- Fortalecer y expandir atención paliativa integrada hacia EC avanzada. Debería incluir el cuidado paliativo de personas con EC como parte de las estrategias de cuidado no solo en el ámbito oncológico, sino también en personas con condiciones crónicas avanzadas.

**Problema 7**

Alta comorbilidad de salud mental que requiere abordaje clínico y a nivel de los equipos de salud.

**Propuesta 7**

- Estudiar el efecto de la pandemia COVID-19 sobre la salud mental de las personas y su impacto en el acceso a atenciones de salud mental. En base a este diagnóstico, promover estrategias que reduzcan las barreras identificadas. Algunos grupos de especial interés son jóvenes y adolescentes, padres con niños pequeños, cuidadores de personas dependientes, trabajadores esenciales, personas mayores, personas que enfermaron a raíz de la pandemia COVID-19 y personas con condiciones crónicas de salud.
- Promover estrategias que reduzcan el estigma y la discriminación hacia personas con problemas de salud mental en contextos laborales, educacionales y de servicios de salud.
- Revisar y promover adaptaciones al GES de depresión actual en base a nuevos modelos que reorganizan la provisión de las atenciones garantizadas en función de mayor efectividad clínica y satisfacción de las personas. En general, revisar y promover la prestación de psicoterapia individual en APS que cumpla con las siguientes características: intervención en crisis, focalización, frecuencia semanal

con el mismo psicólogo, duración entre 8 y 12 sesiones, sesiones entre 30 y 45 minutos, centrada en la alianza terapéutica, apoyo estructural a pacientes vulnerables (o con comorbilidad) e indicación adaptativa a las necesidades del paciente y al contexto.

- Priorizar la entrega de cuidados para personas con condiciones crónicas con “multimorbilidad discordante” (coexistencia de multimorbilidad física y de salud mental)<sup>16</sup>.
- Ampliar la oferta de intervenciones que promuevan la salud mental y el cuidado de los equipos de salud en contextos clínicos habituales y en particular en situaciones de crisis sanitaria como la actual pandemia COVID-19. Estas intervenciones deberían estar basadas en evidencia (por ejemplo *Mindfulness Based Stress Reduction*) y considerar elementos centrales como el autocuidado, la promoción del automanejo, el procesamiento del duelo y el *burnout*, entre otros.

### Problema 8

Alta prevalencia de cáncer.

### Propuesta 8

- Fortalecer un enfoque estratégico que privilegie las medidas promocionales y preventivas de los cánceres más prevalentes en el país.

- Expandir los centros de terapias oncológicas en los hospitales públicos en alianzas público-privadas, tomando como referencia modelos que hayan demostrado resultados beneficiosos a nivel nacional (ej. Hospital Dr. Sótero del Río).

- Potenciar la realización de encuentros y talleres en el tema de prevención de cáncer y cuidado de pacientes oncológicos y sus familias, promoviendo la participación de la sociedad civil y comunidades en general.
- Fortalecer y expandir los Registros de Cáncer en el país, así como la capacitación de profesionales y estudiantes de ciencias de la salud en el tema.
- Avanzar en la formación de nuevos roles profesionales relevantes para la oncología como las enfermeras de práctica avanzada.
- Potenciar la investigación en aspectos relevantes para el desarrollo y evaluación del control del cáncer en Chile.
- Crear o fortalecer programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer a nivel público y privado.

### Problema 9

Falta de inserción de las personas mayores en los procesos de su atención en salud.

### Propuesta 9

- Considerar a las personas mayores como

protagonistas de su proceso, e incorporarlos como actores claves en el desarrollo de políticas públicas.

- Articular el ámbito de la atención de salud con otros sectores sociales que trabajan con personas mayores para generar sinergia en el desarrollo de políticas relacionadas a las personas mayores y sus familias, por ejemplo Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), FOSIS, etc.
- Incorporar a representantes de las redes de personas mayores a nivel comunitario con los Centros de Atención en Salud (CESFAM), para detectar necesidades y estar en conocimiento de los procesos que se realizan en la comunidad.
- Empoderar a las personas mayores y a sus familiares cuidadores en relación a su información de salud, para que puedan generar estrategias de promoción y autocuidado oportunas.
- Generar sistemas de vigilancia Epidemiológica activa territoriales, que permitan reconocer la situación de personas mayores de mayor riesgo y vulnerabilidad (viven solos, pareja de personas mayores sin redes, personas mayores en estados de postración, con deterioro cognitivo moderado o severo, en cuidados paliativos, con manejo del dolor, etc.).
- Participar desde los CESFAM en grupos de coordinación local, de apoyo a las personas mayores, voluntariados, radios, fundaciones etc., para aportar en la focalización de las tareas.

### Problema 10

Insuficiente formación y falta de continuidad curricular de pregrado en contenidos de Salud Pública, modelo de atención de personas con condiciones crónicas y formación interdisciplinaria entre carreras de la salud u otras.

### Propuesta 10

- Revisión y fortalecimiento del currículo de Salud Pública y de cuidados a personas con EC, incluida atención paliativa, salud mental y salud oral en todas las carreras de la salud. Promover experiencias de formación interdisciplinaria a lo largo de las carreras de la salud y ampliar los espacios de formación transversal con otras facultades.

### Problema 11

Existencia de entornos alimentarios con oferta limitada de opciones saludables, y falta de espacios adecuados de descanso y encuentro.

### Propuesta 11

- Revisar y fortalecer políticas de entornos laborales saludables, que favorezcan el bienestar físico y emocional de las distintas comunidades.

## Definiciones usadas en este documento.

**Enfermedades crónicas:** las enfermedades crónicas no-transmisibles son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Se producen por una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales<sup>17</sup>.

**Multimorbilidad:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la multimorbilidad como “la presencia de dos o más condiciones de salud”<sup>18</sup>. La European General Practice Research Network propone definirla como “cualquier combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), o con un factor psicosocial (asociado o no), o con un factor somático”<sup>19</sup>. Sin embargo, existen diversas variantes dependiendo del número de patologías incluidas y su tipo (concordantes y discordantes)<sup>20</sup>.

**Cuidados paliativos:** enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales<sup>21</sup>.

De acuerdo con la Convención Internacional de Derechos Humanos, los países miembros deben asegurar el derecho a salud de toda la población, considerando el alivio del dolor como un derecho fundamental, con un enfoque ético basado en el respeto a la persona, además de ser una buena práctica médica<sup>22</sup>.

## Referencias.

1. Margozzini P, Passi A. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* 2018, 43(1):30-34.
2. Lubkin's Chronic Illness: impact and intervention. 9° Ed. Edited by Pamela Larsen. Jones & Bartlett Learning. EEUU, 2016.
3. McPhail SM. Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. *Risk Manag Healthc Policy* 2016; 9:143-156.
4. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=4A7B5A720548842B76FFDF2178527D88?sequence=1>
5. Schulman-Green D, Jaser S, Park C, Whitemore R. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *J Adv Nurs* 2016; 72(7):1469-1489.
6. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(8):1143-1147.
7. Lorig K, Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26(1):1-7.
8. Kralik D, Koch T, Price K, Howard N. Chronic illness self management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13:259-267.
9. Richard A, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh* 2011; 43(3):255-264.

10. Horton S, Gelband H, Jamison D, Levin C, Nugent R, Watkins D. Ranking 93 health interventions for low- and middle-income countries by cost-effectiveness. *PLoS One*. 2017; 12(8):e0182951.
11. World Health Organization (WHO). Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>.
12. Norheim OF, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2014; 12:18.
13. Klompmaker JO, et al. Associations of Combined Exposures to Surrounding Green, Air Pollution, and Road Traffic Noise with Cardiometabolic Diseases. *Environ Health Perspect* 2019; 127(8):87003.
14. Barros J, Zamorano P, Varela T, Irazoqui E, Téllez A. Cambios en el modelo de atención de personas con multimorbilidad crónica: una revisión narrativa. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* 2019; 44(4):35-40.
15. Kruk ME, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health* 2018; 6(11):e1196-e1252.
16. Camacho EM, et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of collaborative care (versus usual care) for people with mental-physical multimorbidity: cluster-randomised trial. *Br J Psychiatry* 2018; 213(2):456-463.
17. OMS. 2019. Enfermedades crónicas 2019. Dis

# Listado de colaboradores

## Coordinadores generales:

Dr. Jaime Godoy	Vicedecano, Facultad de Medicina
Dr. Jaime Cerda	Secretario Académico, Facultad de Medicina

## Tema 1. El Derecho a la Salud.

### Coordinadores: Abg. Paulina Ramos, Dr. Gonzalo Valdivia

Altermatt, Fernando	Escuela de Medicina (Anestesiología)
Basualto, Patricia	Departamento de Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Campos, Thana	Escuela de Gobierno
Cerda, Jaime	Escuela de Medicina (Salud Pública)
de Arcas, Michelle	Escuela de Medicina (Salud Pública)
del Río, Francisco	Estudiante de Magíster en Epidemiología
González, Ximena	Escuela de Enfermería
Lagomarsino, Tomás	Fundación Equidad
Peña, Javiera	Estudiante Magíster en Salud Pública
Tapia, Matías	Estudiante de Medicina

## Tema 2. Sistema, Modelo de Atención y Financiamiento de la salud.

### Coordinadores: Dr. Fernando Poblete, Dr. Álvaro Téllez

Aylwin, Ester	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Bastías, Gabriel	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Bedregal, Paula	Escuela de Medicina (Salud Pública, Bioética)
Corsi, Óscar	Estudiante de Magíster en Salud Pública
Orozco, Nicolás	Estudiante de Medicina
Palacio, Raúl	Escuela de Odontología
Parga, María	Estudiante de Enfermería
Peñaloza, Blanca	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)
Román, Claudia	Departamento de Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Sapag, Jaime	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Soto, Paz	Escuela de Enfermería

## Tema 3. Acceso a medicamentos.

### Coordinadores: Dr. Álvaro Erazo, Dr. Manuel Espinoza

Balmaceda, Carlos	Coordinador de Proyectos, Unidad ETESA UC
Bittner, Marcela	Red de Salud UC CHRISTUS
Elsaca, Enrique	Centro de Estudiantes de Medicina
Ferreccio, Catterina	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Mellado, Rosemarie	Facultad de Química y Farmacia
Paulos, Claudio	Facultad de Química y Farmacia
Poblete, Rodrigo	Red de Salud UC CHRISTUS
Rodríguez, Cecilia	Directora Fundación Me Nuevo
Rojas, Luis	Escuela de Medicina (Medicina Interna)

**Tema 4. La espera en atención de salud: oportunidad de mejora.****Coordinadores: Dra. Paula Bedregal, Dr. Jaime Santander**

Álvarez, Francisca	Estudiante de Enfermería
Bastías, Gabriel	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Doxrud, Einar	Red de Salud UC CHRISTUS
Kobus, Valentina	Estudiante de Medicina
Rojas, Paulina	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)
Faúndez, Marcela	Red de Salud UC CHRISTUS
Fulgueiras, Mariana	Centro de Políticas Públicas
Ferrer, Lilian	Escuela de Enfermería
Nervi, Bruno	Centro del Cáncer
Pattillo, Juan Carlos	Escuela de Medicina (Cirugía)
Poblete, Fernando	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Tello, Cristóbal	Centro de Políticas Públicas

**Tema 5. Enfrentando las enfermedades crónicas.****Coordinadoras: Dra. Claudia Bambs, EU. Solange Campos.**

Alcayaga, Claudia	Escuela de Enfermería
Aravena, Sofía	Estudiante de Enfermería
Bustamante, Claudia	Escuela de Enfermería
Cortés, Sandra	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Errázuriz, Antonia	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Farías, Angélica	Escuela de Enfermería
Fuentes, Eduardo	Departamento de Ciencias de la Salud (Fonoaudiología)
González A, Marcela	Escuela de Enfermería
Jiménez, Jorge	Foro Nacional del Cáncer
Macía, Danny	Departamento de Ciencias de la Salud (Nutrición)
Madero-Cabib, Ignacio	Instituto de Sociología
Margozzini, Paula	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Morales, María Belén	Estudiante de Medicina
Navarro, Sandra	Escuela de Enfermería
Nervi, Bruno	Centro del Cáncer
Palacio, Raúl	Escuela de Odontología
Palma, Silvia	Escuela de Enfermería
Román, Claudia	Departamento de Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Torres, Marisa	Escuela de Medicina (Salud Pública)





FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

*medicina* al servicio del país /  /  /  / 