

PENSANDO LA REFORMA

A 20 AÑOS DEL AUGE,
SALUD MÁS ALLÁ DE LA CONTINGENCIA

Septiembre 2024



COLEGIO MÉDICO DE CHILE

PENSANDO LA REFORMA

A 20 AÑOS DEL AUGE,
SALUD MÁS ALLÁ DE LA CONTINGENCIA

AUGE

El Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) fue creado por el Gobierno de Chile con el fin de garantizar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera a las personas que requieran atención de salud.

Comenzó a implementarse hace prácticamente 20 años, en julio de 2005.

Hoy garantiza la cobertura de 87 enfermedades a través de Fonasa e Isapres.

INTRODUCCIÓN

Este libro reúne gran parte de las reflexiones que compartió más de una decena de expertos en salud durante los seminarios que realizó el Colegio Médico el año 2024: “Pensando La Reforma. A 20 años del AUGE: Salud más allá de la contingencia”, que tuvo como principal objetivo analizar el impacto del AUGE a dos décadas de su implementación, así como también abordar los desafíos actuales del sistema de salud de Chile, como son la universalización de la Atención Primaria de Salud.

La iniciativa fue organizada por los Departamentos de Trabajo Médico y de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico, y se extendió por tres jornadas. En el primer encuentro los expositores y expositoras fueron invitadas a poner en común sus conocimientos, reflexionaron sobre el momento epidemiológico que vive Chile, además de los logros y tareas pendientes que existen en salud; en la segunda instancia se abordaron los problemas de gestión de la red, las listas de espera, entre otros asuntos más coyunturales. Y en la tercera jornada, la conversación giró en torno al financiamiento, la calidad y la equidad. Para eso se desmenuzaron a fondo los roles que cumplen y que debiesen cumplir, a juicio de cada expositor, los sistemas de aseguramiento privado y Fonasa. Junto con ello, se entregaron además propuestas para seguir reduciendo el Gasto de Bolsillo y mejorando la eficiencia de los recursos públicos que se invierten en salud.

Cada jornada terminó con una mesa redonda en la que participaron personas importantes que estuvieron -y están también hoy-, en el diseño de la salud y su próxima reforma. En ese sentido, creemos que además de cumplir con entregar un registro histórico de lo que hasta ahora ha dejado como legado la robusta política pública AUGE, los testimonios de quienes fueron testigos y/o partícipes de su puesta en marcha, pueden ser aportes valiosos para la discusión integral presente y futura sobre la salud de nuestro país.

Este libro contó con la edición de la periodista de investigación Gabriela García y quiere contribuir desde la diversidad de puntos de vista a la construcción de una salud que, sobre todo, genere impacto en las personas. Invitamos a la comunidad médica, pero también a la ciudadanía y a quienes toman decisiones a leer y a reflexionar junto a nosotros.

PRÓLOGO



El Colegio Médico, desde sus orígenes, ha sido un actor relevante de los cambios sociales, sanitarios y políticos del país. La salud, como valor, bien jurídico y derecho de las personas, juega un rol central en el progreso de las sociedades. Muchas veces se mira a nuestro sector desde una perspectiva “economicista”, desconociendo que invertir en salud pública nos habilita como ciudadanos para construir juntos el progreso.

Más allá de las expectativas sobre lo que pudiera ser una Reforma a nuestro sistema de salud, la actual crisis del sistema privado, los tiempos de espera, la grave situación nutricional de niños, niñas y adolescentes; los temas pendientes en cáncer; la emergencia de la salud mental como un tema prioritario; da un sentido de urgencia para implementar nuevas soluciones que aborden estos nuevos desafíos sanitarios. Lo anterior, incorporando los avances tecnológicos y la inteligencia artificial, con todo el desarrollo ético y también humano, que esto implica. Sin embargo, y lo dijo el gestor e impulsor del GES, Dr. Hernán Sandoval, lo crucial es decidir adónde queremos llegar en términos sanitarios. Migrar desde atender la enfermedad, a contribuir con la salud y felicidad de las personas de nuestro país.

En este contexto lanzamos este libro, que resume lo que fue un seminario, a 20 años de la implementación del GES (en sus inicios, AUGE). Y así encontrarán en sus capítulos, la proyección desde el lugar actual, hacia el futuro, mirado desde distintas perspectivas y experiencias.





Ante la tentación de dejarnos llevar por la crítica o mirar sólo lo que falta por lograr, queremos invitarlos a reconocer cómo el GES ha impactado en los tiempos de espera de las patologías allí priorizadas, entre las cuales está el cáncer infantil o la primera atención de esquizofrenia, mejorando sobrevida y calidad de vida. Así, es bueno recalcar que el 80% del cáncer que incide en la adultez, están cubiertos por el GES y sin duda esto ha permitido una baja en la mortalidad en varias de estas patologías (cáncer de vesícula, cérvico uterino y gástrico).

Es interesante mirar la situación de la salud mental. Ella es un ejemplo de fuertes cambios de paradigmas. Hoy se trata de realzar enfoques comunitarios, integrando familias y al intersector; reforzando el manejo integral en toda la red hospitalaria. Pero también la solución pasará por potenciar aquello que quedó fuera del GES, como mayor apoyo a las familias, avanzar en investigación, generar mejor evidencia e innovación. Y yendo más allá, invertir en ciudades amables, espacios verdes y trabajar en el intersector, con Vivienda y Mideso, serán claves para cerrar las brechas en esta materia.

Hoy estamos en una encrucijada. Y es interesante, porque podríamos tomar varios caminos. En este sentido, hay ciertos consensos que se han ido gestando con los años, y que hoy nos hacen coincidir en la importancia de fortalecer el sistema público de salud. Cambiar nuestro modelo asistencial, en forma definitiva, hacia uno de promoción y prevención, con su base en el mejor lugar posible, que es la Atención Primaria. Hacerla “universal” y, en ese esfuerzo, mejorar su capacidad resolutive, el manejo de sus recursos, integrándola a la red pública y privada. En esto sirve mucho el avance de la ley de interoperabilidad, la fortaleza de instituciones como el CENS, la alianza virtuosa con la ingeniería de datos y tecnología puesta al servicio de la política pública, y la gran matriz de experiencia en calidad, para poder dar un salto que nos permita lograr la continuidad de las atenciones de salud, durante todo el ciclo vital de las personas, e independiente del lugar donde accedan a sus cuidados.

En cuanto al recurso humano –las personas que trabajamos en salud– hay grandes deudas en materia de capacitación tecnológica, pero sobre todo ética, para poder enfrentar los avances en inteligencia artificial, protegiendo la integridad y privacidad de las personas que cuidamos. Debemos avanzar en incentivos distintos, que hagan sentido y estimulen a las nuevas generaciones.

Finalmente, hoy hay cada vez más conciencia de que la salud no es un límite en una línea de la “normali-

dad". No es una etiqueta, que me hace parte de "un programa". La salud es sólo posible desde un abordaje integral, holístico, de la trayectoria vital de las personas, para que cuando la vulnerabilidad –que todos tenemos– se haga presente, podamos movilizar recursos de todo tipo y fuente, de manera que las personas puedan reintegrarse, rehabilitarse, encontrar su propia fuerza y darle un nuevo significado a sus vidas.

La invitación, entonces, es a dialogar en torno a la salud, a profundizar en el modelo del GES, que tanto reconocimiento mundial nos ha dado, y a seguir contribuyendo a generar los cambios que nuestro país necesita.

Con ese propósito y a modo de insumo, deseamos que este libro pueda actuar como un sensor y un mapa de ruta para los protagonistas del mundo sanitario, académico, político y legislativo, que diseñen y articulen las reformas del futuro. Uno que permita relevar la salud, y su cuidado, en un contexto que se ve difícil, marcado por crisis de presupuesto e incertidumbre económica en Chile, y el mundo.



CONTENIDOS

▪ Introducción	7
▪ Prólogo – Dra. Anamaría Arriagada, Presidenta Colegio Médico de Chile	9
▪ LA SALUD DE CHILE: ANATOMÍA, A DOS DÉCADAS DEL AUGE	
▪ Introducción. 20 años del AUGE: De la atención médica a la construcción de salud – Dr. Hernán Sandoval	17
▪ La carga de enfermedad en Chile a dos décadas del AUGE – Dra. Lorena Rodríguez	21
▪ Destacado/Mesa Redonda	26
▪ La obesidad en Chile: ¿Qué estamos haciendo? – Dr. Fernando Vio	27
▪ Destacado/Mesa Redonda	32
▪ El cáncer en Chile: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? – Dra. Julia Palma	33
▪ Destacado/Mesa Redonda	41
▪ Salud mental: Paradigmas, urgencia y modelos de atención – Dra. Olga Toro	42
▪ Destacado/Mesa Redonda	51
▪ Las enfermedades respiratorias pre y post pandemia – Dr. Juan Pablo Torres	52
▪ REDES: ¿QUÉ HACEMOS Y CÓMO LO HACEMOS?	
▪ Introducción. Tiempos de espera: ¿Dónde estamos en la fila? – Dr. Osvaldo Salgado	61
▪ Enredados en la red: Los desafíos de la Red Asistencial – Dra. Daniella Greibe	68
▪ Destacado/Mesa Redonda	74

▪ Atención Primaria de Salud: ¿Dónde está el paradigma? – Dra. Josefina Bascuñán	75
▪ Destacado/Mesa Redonda	82
▪ Formación sanitaria: Modelo formativo y desafío actual en Chile – Dra. Ana María Moraga	83
▪ Destacado/Mesa Redonda	89
▪ Transitando el cuidado: Seguridad y calidad a 20 años de la acreditación – Dra. May Chomalí	90
▪ Destacado/Mesa Redonda	95
▪ Salud digital: Desafíos del registro clínico electrónico en Chile – Dra. Gloria Henríquez	96
▪ BILLETERA: ¿MÁS O MEJOR?	
▪ Los desafíos de fondo del Seguro – Camilo Cid	105
▪ Seguros privados: Pensando su rol más allá de las Isapres – Carolina Velasco	116
▪ Destacado/Mesa Redonda	122
▪ Las Isapres: Genealogía de una crisis – Dr. Juan Carlos Said	123
▪ El pago por eficiencia y calidad: Optimizar el gasto – Dr. Cristián Baeza	132
▪ Destacado/ Mesa Redonda	142
▪ Gasto de Bolsillo a dos décadas del AUGE – Dra. Lorena Hoffmeister	143
▪ Destacado/Mesa Redonda	147
▪ Pensando la Reforma: Reflexiones desde la comisión actual – Dr. Bernardo Martorell	148
▪ Glosario	155





**LA SALUD DE CHILE:
Anatomía, a dos
décadas del AUGE**

PENSANDO LA REFORMA: A 20 AÑOS DEL AUGE, SALUD MÁS ALLÁ DE LA CONTINGENCIA

20 años del AUGE:

De la atención médica a la construcción de la salud



Por: Doctor Hernán Sandoval*

* Médico cirujano y académico. Consejero de la OMS e impulsor de la reforma a la salud que en 2005 creó el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, conocido como AUGE o GES.

Hay algunas condiciones sin las cuales no podemos hablar de una Reforma a la Salud. En primer lugar, una reforma debe focalizarse a partir del mejoramiento de la salud de la población, y este mejoramiento tiene que expresarse a través de la disminución de los siguientes indicadores: la mortalidad evitable, la discapacidad permanente, la carga de enfermedad de la sociedad, y junto con eso, un incremento de la esperanza de vida de las personas. Este propósito general debe ser acompañado de objetivos bien definidos y un horizonte temporal muy claro, por ejemplo: ¿en cuánto se busca bajar la incidencia de diabetes? ¿en cuántos años?. O bien, establecer Objetivos Nacionales de Salud para cada década.

A mi juicio y en esa dirección, el objetivo de salud prioritario para Chile en la próxima década es disminuir la obesidad y el sobrepeso. Si nosotros enfrentamos este problema, estaremos abordando también las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, que son la primera causa de muerte, y una decena de cánceres frecuentes, o las discapacidades por problemas de músculo esqueléticos, que es la primera causa de ausentismo en el trabajo en nuestro país. Si no hay claridad respecto a la necesidad de mejorar la salud de las personas, como fundamento esencial para proponer las modificaciones indispensables, lo más probable es que no se produzca un efecto positivo en los indicadores antes señalados.

Un ejemplo claro de ello es la Reforma a la Salud del Presidente Obama, en Estados Unidos, aprobada el 2010 y puesta en ejecución el 2013. La misma -en el fondo- era una reforma a la seguridad social porque buscaba proporcionar un seguro de salud a los 40 millones de americanos que no lo tenían, lo que efectivamente se logró, pero sin establecer ningún objetivo sanitario preciso. Por otra parte, en Estados Unidos se produce una disminución significativa de la esperanza de vida de la población desde el año 2015, cuando se alcanzó 79,10 años promedio. Agravada más tarde por la pandemia, ésta (la esperanza de vida) aún no se recupera, de hecho, en 2022, bajó a 77,43 años. Todo ello a pesar de haberse hecho un aumento tan importante en la cobertura del seguro de salud, con un costo actual de 150 mil millones de USD al año (equivalente a un per cápita de USD 3.675 al año), en el quinquenio 2021-2025.

“ El objetivo de salud prioritario para Chile en la próxima década es disminuir la obesidad y el sobrepeso. Si nosotros enfrentamos este problema, estaremos abordando también las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, que son la primera causa de muerte, y una decena de cánceres frecuentes, o las discapacidades por problemas de músculo esqueléticos, que es la primera causa de ausentismo en el trabajo en nuestro país ”.





“ Debemos definir objetivos para los próximos cinco o 10 años, procurando que esta elección genere el mayor impacto en la salud de la población. No basta con disminuir los promedios de los indicadores, sino alcanzar la equidad terminando con las diferencias inaceptables que existen entre los distintos estratos socioeconómicos y culturales de nuestra sociedad ”.

No cabe duda que las personas beneficiadas con esa nueva cobertura deben estar en mejor condición, pero ello no tiene impacto sanitario en las causas de la disminución de la esperanza de vida. Esto muestra que los cambios administrativos y financieros del sistema de atención de salud, si no van acompañados de objetivos sanitarios precisos, no producen impacto medible en la salud de la población.

Toda reforma a la salud debería ser pensada integralmente, por eso cuando veo las propuestas que se hacen en nuestro país, temo que tomemos el mismo rumbo de Estados Unidos y se propongan medidas que sólo modifican las formas de gestión y de pago, sin ir al fondo de las causas y mecanismos de las patologías dominantes en Chile. Allá tienen un gasto cinco veces superior al de nuestro país, sin embargo la esperanza de vida promedio al año 2022 era de 77,43 años, mientras que en nuestro país era de 81 años. El sistema de salud norteamericano no es un modelo al cual debemos

mirar, es mejor referirse a otros países, como por ejemplo España que, con un gasto de sólo un tercio del de los Estados Unidos tiene una esperanza de vida de 83.3 años.

Que nos sirva de lección: concentrarse en los aspectos financieros no garantiza una mejor salud para la población. Dicho esto, debemos definir objetivos para los próximos cinco o 10 años, procurando que esta elección genere el mayor impacto en la salud de la población. No basta con disminuir los promedios de los indicadores, sino alcanzar la equidad terminando con las diferencias inaceptables que existen entre los distintos estratos socioeconómicos y culturales de nuestra sociedad.

Necesitamos enfrentar con decisión los problemas de salud que nos afectan e identificar los nudos críticos del funcionamiento del sistema. A mi juicio, el primero de todos es el modelo de atención. Vivimos en un modelo de salud autoritario, prescriptivo y tecnologizado, donde el paciente del sistema público como privado, no tiene espacio para aprender y expresarse. Hoy los chilenos tienen en promedio 10,5 años de educación. Personas con ese nivel es lo que en los 80 los ingleses definieron como paciente experto, es decir, no sólo pueden recibir instrucciones de forma pasiva, tenemos que transferirles conocimiento y responsabilidades respecto de sus enfermedades.

Otro de los nudos críticos es el estancamiento de la Atención Primaria de Salud (APS). Partimos incrementando el gasto público en la APS del 12%

al 28% entre los años 2000 y 2006 pero desde entonces disminuyó al 26% y no ha subido más allá de eso. ¿Cómo avanzamos realmente en Atención Primaria Universal como lo plantea la Comisión de Reforma del Ministerio de Salud? y, ¿qué hacemos con el Gasto de Bolsillo si este supera el 30% del gasto en salud?. El gasto del Subsidio por Incapacidad Laboral en otros países no es cargado al presupuesto de salud y aquí sí. ¿Es legítimo?, o ¿este es un gasto de seguridad social que debe ser considerado aparte, como lo hacen en otros lados?

Una reforma no se hace para algunos, no es para el 86% que no tiene isapre ni seguro de salud complementario, se hace para todos. Y, en consecuencia, hay que tomar en cuenta ese 14 % que está en los seguros privados. ¿Cómo se garantiza que no sean abusivos? Pero además, ¿cómo se consigue que el aseguramiento privado contribuya a mejorar la salud y no solamente realice el pago de las prestaciones por enfermedad? Si el seguro privado, por ejemplo, tuviese una prima congelada a partir de los 60 años, sería muy distinto porque tendrían que obtener sus beneficios, sus ganancias, por el ahorro que hacen, por el no gasto por enfermedad. Hoy, con los conocimientos que tenemos, esto se puede hacer.

Las listas de espera es otro de los nudos críticos. Sin duda es una deuda que tenemos que saldar si elaboramos una reforma para el futuro, pues de lo contrario, difícilmente vamos a poder avanzar. Una reforma que no tiene la confianza y la esperanza de la gente no avanza. ¿Hay más nudos? Seguramente sí. Pero para resolver cualquiera necesita-

mos comenzar por un cambio de paradigma. Es una discusión universal y con los conocimientos que tenemos, podemos avanzar hacia un modelo que pase de atender la enfermedad a la construcción de la salud.

Cada sociedad tiene el nivel de salud que le permiten sus condiciones reales de desarrollo social o científico, pero lo principal es poner voluntad para producir este cambio. ¿Cómo transitamos hacia allá? Es precisamente la tecnología y el conocimiento los que nos permitirán hacer eso. Hoy con la biología molecular y los avances en inmunología, en genética, en imagenología y en informática, incluyendo la inteligencia artificial, podemos identificar a las personas que sabemos que van a avanzar hacia cierto tipo de patologías y, por lo tanto, podemos trabajar tempranamente con ellos, entregándoles conocimientos y herramientas que les permitan prevenir aquellos cuadros que los amenazarán a lo largo de la vida.

“ Necesitamos enfrentar con decisión los problemas de salud que nos afectan e identificar los nudos críticos del funcionamiento del sistema. A mi juicio, el primero de todos es el modelo de atención. Vivimos en un modelo de salud autoritario, prescriptivo y tecnologizado, donde el paciente del sistema público como privado, no tiene espacio para aprender y expresarse ”.



Para construir salud necesitamos recuperar el concepto de la buena vida de los pueblos andinos, que es precisamente el equilibrio con el ambiente y la vida familiar y social, la buena alimentación y el bienestar. Por otro lado, tenemos que tener claro que una reforma a la salud no es algo que decidan los académicos o los técnicos sino los políticos, por lo que nuestro deber es preparar un conjunto de sólidas y convincentes propuestas que recojan los problemas que afectan a la población para que luego sean sometidas a su criterio.

En ese sentido, puedo decir que la aventura que emprendimos el año 2000, pese a todas las críticas de los gremios, y de la oposición de las clínicas privadas o las resistencias de las Isapres y de las asociaciones de trabajadores, fue fruto de la voluntad más decidida, férrea y perseverante. Habría sido imposible avanzar si la convicción del ex pre-

sidente Ricardo Lagos, no hubiera persistido pese a todas las tormentas. Ahora el AUGE se sostiene en sus propios pies porque ha logrado impactar en la estructura, el conocimiento y el imaginario colectivo de la sociedad chilena.

La reforma es un acto fundamentalmente político y tenemos que trabajar en consecuencia. Pero además, quiero darles un consejo a quienes quieran aventurarse en el camino de emprender una reforma. Dice Nicolás Maquiavelo que “debemos estar conscientes que no existe empresa más arriesgada, ni éxito más incierto, ni intento más peligroso que introducir un orden nuevo”. Y con esa frase que estuvo impresa en los muros de la oficina que ocupaba la Comisión de Reforma entre 2002 y 2004, recordemos que no fue ni será fácil todo lo que enfrentamos ni seguiremos enfrentando para poner la salud al centro de toda discusión.

La carga de enfermedad en Chile: A dos décadas del AUGE



Por: Doctora Lorena Rodríguez Osíac *

***Médica cirujana con especialidad de Pediatría y Magíster en Nutrición de la Universidad de Chile. Por 15 años fue asesora del Departamento de Alimentos y Nutrición del Ministerio de Salud. Actualmente se desempeña como Directora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, además de ser profesora asociada y académica del Programa de Salud Global de dicha entidad. Investigadora del Proyecto FONDAP CECAN (Centro para la Prevención y Control del Cáncer en Chile).**

Más que hablar de la carga de enfermedad en Chile en números (enfermos, muertes y discapacidad), quiero hablar de los desafíos que enfrenta la salud pública a dos décadas del AUGE. Estamos en un mundo cambiante y frente a la posibilidad de una nueva Reforma en Salud, no podemos seguir repitiendo lo que hemos hecho, aún cuando el resultado -hasta ahora- haya sido parcialmente exitoso.

Recuerdo que estaba llegando al Ministerio de Salud cuando el AUGE o GES se estaba implementando, había muchas resistencias, gente que directamente se oponía, pero eso era justamente lo que a muchos nos impulsaba a seguir adelante. Nuestros esfuerzos estaban puestos en los derechos sociales, en allanar el camino hacia la equidad. Cumplir con ese objetivo requirió de la energía y el trabajo de muchas personas.

El proceso fue complejo, pero los esfuerzos dieron frutos. Se avanzó en materias que antes no existían, como en las garantías explícitas, en el acceso, en la calidad y en la protección financiera. Pero también es cierto que no todo lo que hubié-

ramos querido se pudo cumplir a cabalidad. En primer lugar, tuvimos que aprender que había cosas que no podríamos abordar. En base a criterios de efectividad de las intervenciones, de evidencia, de mejoras en la calidad de vida y de costos, entre otros análisis que se pusieron sobre la mesa, tuvimos que priorizar y dejar afuera, por ejemplo, a la obesidad. Cuando uno mira finalmente lo que cubre el GES-AUGE hoy, lo que se encuentra es un número significativo de condiciones que han sido consideradas: ya vamos en 87. Esto tiene dos interpretaciones, por un lado, es un indicador de que lo estamos haciendo bien y por otro, nos hace preguntarnos hasta dónde vamos a tener que seguir aumentando estas garantías.

La pregunta no es menor si sabemos que, pese a que la Reforma reconoce la prevención en el discurso, menos de un 10% de las patologías cubiertas por el GES, están orientadas directamente a ella. De hecho, el examen de medicina preventiva fue una incorporación bastante posterior. Mirando más de cerca cómo el GES ha abordado la prevención, podemos ver que están incluidas la diabetes, la hipertensión, la salud oral, el parto prematuro, la colecistectomía, el tratamiento para *helicobacter pylori*, y el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, ¿qué pasa con todas las condiciones que todavía no están incorporadas y que tienen detrás grupos de pacientes que están sufriendo y que están organizados para que eso cambie? Sabemos que asusta, pero a los gestores de política pública y a los legisladores lo que les corresponde es mirar cómo cerrar esa "llave abierta", porque estamos siempre viendo la punta del iceberg: cómo cubrir un medicamento, una cirugía, un proceso de



rehabilitación, pero lo que necesitamos realmente es un cambio de paradigma.

Como bien decía el doctor Hernán Sandoval, necesitamos tensionar aún más la discusión y mirar esos aspectos que no son tan fáciles de abordar. Si lo que queremos es que la población en Chile tenga acceso masivo y universal a la salud y a la educación, y si lo que queremos es que todas y todos vivamos en un ambiente más saludable y menos contaminado, para eso debemos regular el tabaco, el alcohol, los alimentos no saludables y promover la actividad física, lo que tenemos que hacer es proveer las condiciones para que eso ocurra. No sacamos nada con repetirle al paciente en el box: “coma bien”. El paciente hará caso en lo que pueda, pero si el pescado cuesta caro, si tienes que refrigerarlo enseguida porque se echa a perder, luego tienes que cocinarlo y llegarás muy tarde a casa, entonces esa indicación, bien comprendida, no podrá cumplirla. En un país donde se sobrecarga en especial a las mujeres, que luego del trabajo, vuelven cansadas al hogar y deben lavar ropa, cuidar de niños y niñas, además de dedicar tiempo a cocinar y servir, comer bien se vuelve imposible de sostener. Asimismo, en un entorno poco favorable, donde por ejemplo, no todas las comunas tienen supermercados, ferias libres vespertinas (que estén abiertas después del horario laboral) o espacios para practicar actividad física, vivir sano se hace difícil.

Todos esos determinantes sociales y ambientales que inciden estructuralmente en la protección de la salud y en sus factores de riesgo, son los que tensionan la carga de enfermedad que tenemos.

“ Se avanzó en las garantías explícitas, en el acceso, en la calidad y en la protección financiera. Pero también es cierto que no todo lo que hubiéramos querido se pudo cumplir a cabalidad. (...) Cuando uno mira finalmente lo que cubre el GES-AUGE hoy, lo que se encuentra es un número significativo de condiciones que han sido consideradas: ya vamos en 87. Esto tiene dos interpretaciones, por un lado, es un indicador de que lo estamos haciendo bien y por otro, nos hace preguntarnos hasta dónde vamos a tener que seguir aumentando estas garantías ”.

Y actuar sobre ellos es una responsabilidad que el sector salud no puede asumir solo. Como cuando se llevó adelante la Reforma, se requiere de un gran esfuerzo intersectorial. Por ejemplo, cuando se aprobó la Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos (2012) y luego su Reglamento (2015), para abordar estructuralmente el factor de riesgo alimentación, el sector salud estaba bastante solo, algunos pocos grupos académicos y algunos legisladores, estaban a favor. Ni siquiera la academia estaba totalmente de acuerdo. Las fuerzas económicas no apoyaban el cambio del ambiente alimentario, el etiquetado frontal de advertencia, las restricciones y prohibiciones de publicidad y venta en escuelas, y había mucho lobby. Hasta los tratados de libre comercio pueden convertirse en

barreras cuando se quiere regular el marketing y la publicidad. Industrias transnacionales amenazaban con que iba a aumentar la cesantía y la pobreza, se cerrarían empresas, y otras calamidades, pero nada de ello ocurrió.

Sabemos que es un camino oscuro y difícil. Pero son esos determinantes tan estructurales de la salud los que hoy día tenemos que abordar. Y no podemos seguir responsabilizando sólo a los individuos. La buena complementariedad entre personas con mejor nivel educacional y el Estado que regula y protege, es lo que nos va a conducir por un buen camino. Durante 50 años, lo que se promovió en Chile fue el cambio del modo de vida de los individuos a través de la educación de la población, sin modificar los entornos que rodean a las personas. La Encuesta Nacional de Consumo Alimentario en el 2010 reveló que la gente sabía las respuestas correctas, cuál era la alimentación recomendada, pero no podía cumplir esas recomendaciones por diversas barreras socioeconómicas y culturales. Algunos pensaron: es que las personas mienten pero la verdad es que la gente no estaba mintiendo, hace rato que sabe lo que tiene que hacer y el problema somos nosotros que seguimos insistiendo en la misma fórmula promocional sin modificar los determinantes más profundos de esos modos de vida poco saludables.

No podemos seguir rehuendo de los cambios estructurales y complejos si queremos avanzar en salud. El GES aborda principalmente desde la fase clínica hacia delante y no puede continuar así. De

lo contrario, seguiremos cubriendo más y más enfermedades y será infinito, debemos actuar sobre las causas de las causas.

Si abordamos la alimentación no saludable como un factor de riesgo, vamos a prevenir varios de los cánceres más prevalentes y las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, el ataque cerebrovascular, el infarto al miocardio, el sobrepeso y la obesidad, y distintos grados de alteraciones del metabolismo que se traducen en glicemia y colesterol elevado, así como consumo exagerado de sal/sodio, azúcares, grasas saturadas y energía/calorías. Abordando así los problemas, produciremos un gran impacto.

“ Sabemos que, pese a que la reforma AUGE reconoce la prevención en el discurso, menos de un 10% de las patologías cubiertas, están orientadas directamente a ella. (...) Estamos siempre viendo la punta del iceberg: cómo cubrir un medicamento, una cirugía, un proceso de rehabilitación cuando lo que necesitamos realmente es un cambio de paradigma ”.

Actuar sobre esos factores determinantes que nos ocasionan pérdida de años de vida saludable, no es una cuestión valórica. Mas de una decena de mensajes que apelan a los gestores de política pública

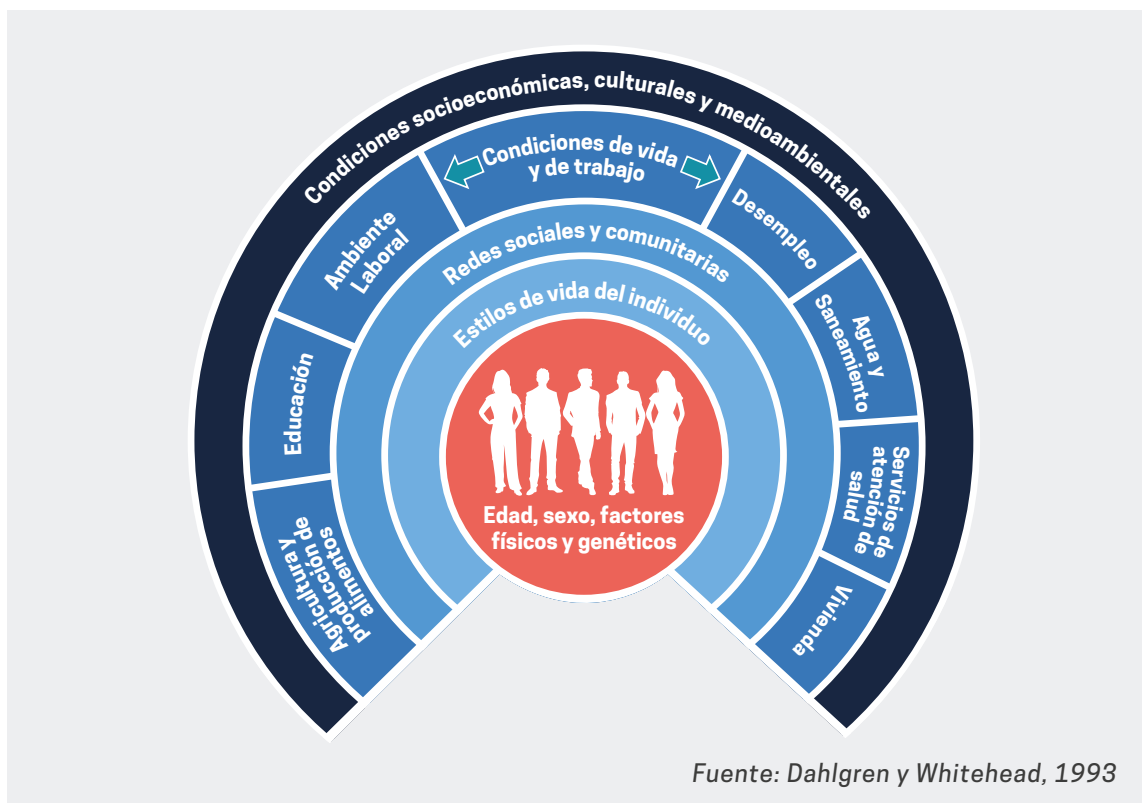
en América Latina y el Caribe lo reiteran: el tabaco, el alcohol, el peso, la actividad física y una dieta basada en el consumo de alimentos ultra procesados en lugar de tener frutas, verduras y alimentos ricos en fibra y agua, están asociados directamente a toda la carga de enfermedad, y de discapacidad y mortalidad precoz que tenemos en nuestro país y en el mundo por cáncer y otras enfermedades no transmisibles. Promover la lactancia materna, evitar el sol, la acumulación de humo dentro de la casa y la contaminación externa como factores agresores, o algunas medidas de protección más específicas como vacunas o tratamiento del helicobacter pylori, así como mejorar los entornos alimentarios y comunitarios, van entonces en la línea correcta.



“ En un país donde se sobrecarga en especial a las mujeres que, luego del trabajo vuelven cansadas al hogar y deben lavar ropa, cuidar de niños y niñas, además de dedicar tiempo a cocinar y servir, comer bien se vuelve imposible de sostener. (...) Todos esos determinantes sociales y ambientales que inciden estructuralmente en la protección de la salud y en sus factores de riesgo, son los que tensionan la carga de enfermedad que tenemos. Y actuar sobre ellos es una responsabilidad que el sector salud no puede asumir solo ” .

Todas las acciones asociadas a estos mensajes tienen que ver con cambios en los entornos donde viven las personas y consideran medidas fiscales, como son los impuestos a lo no saludable y los subsidios a lo saludable, entre otras. En Chile nosotros ya contamos con una Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos, ese fue nuestro primer disco pare. Ahora avanzamos en etiquetado de advertencia y prohibiciones para la publicidad de alcohol. Antes avanzamos en restricciones para el tabaco. Vamos por buen camino. Aún nos quedan pendientes los impuestos y los subsidios, ese avance ha sido más débil. Sé que abordar los conflictos de interés en estas áreas es un súper desafío, pero reconocer que estas son las medidas más costo efectivas permite tener argumentos para no detener los avances.

Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead



Recientemente salió una editorial en el British Medical Journal, donde el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Dr. Miguel O’Ryan llama justamente a retomar la discusión de los determinantes sociales y comerciales como la única forma para mejorar la salud mundial. Este llamado se suma a la editorial de The Lancet que salió durante la pandemia y que plantea que el COVID-19 más que una pandemia es una epidemia más de la sindemia global que reúne diversas condiciones de salud y ambientales como el cambio climático, la obesidad, el hambre y la desnutrición que millones de personas sufren en el mundo, como factores que producen enfermedades infecciosas, cardiovasculares y cáncer.

Esto nos debe plantear interrogantes sobre cómo crecemos los países y qué caminos elegimos para desarrollarnos. Como dijo la presidenta Bachelet en uno de sus últimos discursos, a lo mejor tenemos que crecer un poco más lento. A pesar de que eso le provocó escozor a la mitad de Chile, creo que tenía razón, porque si seguimos creciendo de la manera inequitativa y desigual como hoy en día, pronto tendremos dinero, pero no vamos a tener mundo, ni gente, ni suelo, ni espacios donde vivir bien.

Entonces, ¿es más AUGE la respuesta que necesitamos? Puede ser que lo que verdaderamente necesitamos sea un AUGE de salud pública.



DRA. JULIA PALMA
EN LAS MESAS REDONDAS

“ Que un paciente de Antofagasta tenga que venir a Santiago y por ende, desarticularse de su familia para hacer un tratamiento oncológico que a veces toma uno o dos años, es algo que se debe revisar estructuralmente. Necesitamos aperturar centros a lo largo de todo Chile pero además necesitamos descentralizar de manera oportuna laboratorios, citometrías de flujo y algunos tipos de imágenes, para que las zonas norte y sur del país no tengan que hacer todo en la zona centro ”.

La Obesidad en Chile: ¿Qué estamos haciendo?



Por: Dr. Fernando Vio *

*** Médico cirujano de la U. Católica, Máster en Salud Pública de la Universidad John Hopkins y post doctorado de la División de Ciencias de la Nutrición, de la Universidad de Cornell. Actualmente es profesor titular del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile. En materia de investigación, sus aportes tienen relación con la educación que se realiza en escuelas en torno a la prevención de enfermedades crónicas y a la transición epidemiológica y nutricional.**

Chile pasó rápidamente de una situación de pre transición epidemiológica a post transición entre 1970 y 1990. La post transición se mantuvo desde 1990 hasta el 2000, década en que los cánceres pasan a constituir la primera causa de muerte; la diabetes pasa al tercer lugar después de las cardiovasculares, y las causas neurológicas, que incluyen enfermedades degenerativas, quedan en el quinto lugar.

Esto constituye una situación de cuarta fase de la transición epidemiológica, o transición prolongada descrita por Olhansky en 1986, pero que se ha hecho realidad muchos años después por el rápido envejecimiento de la población. Sin embargo, con la aparición de la pandemia de Covid-19, la situación epidemiológica cambió porque coexisten las enfermedades crónicas, neurológicas-degenerativas y de salud mental con el Covid-19, y otras enfermedades virales altamente prevalentes, como la influenza, el virus sincicial en niños y nuevas variedades de virus como la gripe aviar y la viruela del mono. Todo esto se agrava en una población que está cada vez más envejecida y con un incremento explosivo de la obesidad por la mala alimentación y el sedentarismo.

En Chile, los datos de obesidad en adultos mayores de 15 años de las tres Encuestas Nacionales de Salud muestran un aumento de un 23% el 2003 a un 34,4% el 2017. La diabetes tiene un aumento paralelo, desde un 6% el 2003 a un 12,3% el 2017. Si no hay políticas y programas efectivos, la perspectiva al año 2040 o antes, es que para esa época el 50% de la población va a estar obesa y un 30% va a tener diabetes. Estas cifras ya se han visto en países pequeños de las Islas del Pacífico, cercanas a Nueva Zelanda, que han tenido rápidos cambios nutricionales semejantes a Chile, como es el caso de Nauru que tiene un 71% de población obesa y un 33% de diabéticos.

En cuanto a la obesidad infantil, tenemos el Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) con datos anuales tomados en marzo de cada año desde 1987 en niños de primer año básico, que muestra cómo la obesidad aumentó de un 7,5% ese año a más de un 25% en la época actual. Esto quiere decir que hoy, uno de cada cuatro niños de primer año básico está obeso. Pero lo más grave, es que de ese 25%, un tercio (8-9%) tiene obesidad severa, lo que significa que esos niños ya pueden estar con hipertensión arterial, resistencia a la insulina y lípidos elevados.

La otra situación grave es que la obesidad ha ido aumentando en los últimos años en 5º año básico hasta llegar a un 30%, y también en primero medio, donde era menor al 8% hasta el año 2011, siendo actualmente cercana al 20%, que es una cifra de obesidad muy alta para adolescentes, similar a la que tiene Estados Unidos desde hace 10 años, país con las mayores cifras de obesidad



en el mundo. Esto demuestra un aumento de la obesidad en la adolescencia, donde el aumento en talla no compensa el incremento de peso. Esto anticipa que la gran mayoría de estos adolescentes van a ser adultos jóvenes obesos y con co-morbilidades.

Cabe preguntarse entonces, por qué la obesidad infantil continúa aumentando en Chile. La respuesta está en la Carta al Editor publicada en la Revista Médica de Chile en 2023 (páginas 1102-1103), donde se plantean cuatro grandes razones: Falta de conciencia en la población de que la obesidad es un problema de salud que tiene consecuencias gravísimas desde el punto de vista de las enfermedades crónicas no transmisibles. El sobrepeso y la obesidad se “normalizaron” en los niveles socioeconómicos medio y bajos, donde este fenómeno es mucho más prevalente. Tener sobrepeso u obesidad no es un problema, ya que todos la tienen. Lo extraño o anormal en los sectores medio y bajos es tener estado nutricional normal.

“ La obesidad infantil aumentó de un 7,5% ese año (1987) a más de un 25% en la época actual. Esto quiere decir que hoy, uno de cada cuatro niños de primer año básico está obeso. Pero lo más grave, es que de ese 25%, un tercio (8-9%) tiene obesidad severa, lo que significa que esos niños ya pueden estar con hipertensión arterial, resistencia a la insulina y lípidos elevados ”.

Falta de políticas de promoción y prevención de salud. La política de salud de Chile está siendo cada vez más curativa, sin prioridad en lo preventivo. Lo que han faltado son, efectivamente, las políticas de promoción y prevención en salud.

Discontinuidad de los programas. En Chile han existido numerosos programas de vida saludable para enfrentar la obesidad, pero han permanecido activos lo que dura un gobierno, perdiendo prioridad o desapareciendo cuando asume una nueva administración que implementa otros programas. Es lo que ha sucedido con los siguientes: VIDA CHILE o Consejo Nacional de Promoción de Salud (1998-2005); Estrategia Global contra la Obesidad o EGO CHILE (2006-2010); Elige Vivir Sano (2010-2014); Escuelas Deportivas Integrales del Ministerio del Deporte 2014; Ley del Etiquetado de Alimentos en 2016; Plan Contra la Obesidad Estudiantil de JUNAEB o Plan “Contrapeso” (2017-2024), y ahora el nuevo programa “Darle vuelta a la manzana”.

En definitiva, no ha existido una política de Estado para enfrentar la obesidad infantil que sea estable, continua en el tiempo, con financiamiento permanente e incremental, con evaluaciones periódicas y aceptación por parte de la comunidad, como fue la política para derrotar la desnutrición, que se inició el año 1954 con la creación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria o PNAC, que se complementó con el PNAC modificado y los Centros CONIN en la década de 1970; que se mantuvo por más de 30 años bajo diferentes gobiernos, y logró erradicar la desnutrición en Chile en 1987.

Multifactorialidad de la obesidad, que comprende los factores genéticos, gestacionales y post natales, socioeconómicos y sociodemográficos, entorno urbano y educacional, tiempo delante de pantallas, publicidad y redes sociales, vida familiar y patrones de sueño.

Con todos estos argumentos sobre la mesa, cabe enfatizar que la multifactorialidad de la obesidad infantil debe ser enfrentada en forma intersectorial, desde a lo menos Salud, Educación, Deportes, Desarrollo Social, Vivienda y Agricultura, con estrategias muy concretas por cada sector y en una Política de Estado consensuada por todos los participantes.

La obesidad en adultos es una enfermedad crónica difícil de revertir, pero en los niños todavía podemos hacer cambios. En ese sentido, los controles prenatales y postnatales son tremendamente importantes para enfrentar la obesidad de la madre y del niño, como también lo es el abordaje del entorno ambiental y educacional, o la incidencia que tienen los factores socioemocionales. Los problemas de autoestima, las necesidades en su vida familiar y social, las satisfacen comiendo. El tiempo que los niños pasan delante de las pantallas es una verdadera tragedia y se duplicó durante las cuarentenas de la pandemia de 90 a 190 minutos al día.

Necesitamos que el enfoque de la medicina no se quede sólo en lo curativo en la Atención Primaria de Salud, sino que sea más amplio e integral, y que incluya la alimentación saludable en embarazadas y niños. Si controlamos a las mujeres durante 17

meses desde que se embarazan, y sabemos que el 36 % de ellas padece obesidad, es un tiempo que deberíamos aprovechar para educar en estilos de vida saludables.

La educación es vital, pero el Ministerio de Educación nunca ha querido incorporar el tema de la alimentación saludable en su currículo. Del Ministerio de Educación depende JUNAEB y el Programa de Alimentación Escolar o PAE, que tiene una cobertura de 3.800.000 niños a los que les dan comida todos los días, incluso en verano. Es un programa que no tiene ningún país, y sin embargo es una oportunidad desaprovechada para educar en alimentación saludable y formar a los estudiantes en estilos de vida saludable. Por otra parte, debería haber deporte inclusivo y no competitivo, y fomentar las actividades y recreación al aire libre.

La realidad es que las clases de educación física muchas veces no se realizan y si se realizan, no se hacen bien.

“ Necesitamos apuntar a un Estado de Bienestar y eso implica resignificar el concepto. No es, como dirían los economistas, solo despilfarrar el gasto público. (...) Pero aquí el modelo neoliberal que tenemos no ha permitido que el Estado gaste lo que tiene que gastar en salud y en educación, y lo que tiene asignado a esos sectores, lo gasta muy mal ” .



Por otro lado, en Chile se promulgan muchas leyes, pero no hay fiscalización ni garantía de que se ejecuten, como tampoco existe un sistema establecido de control para que se cumplan. El Ministerio de Desarrollo Social, por ejemplo, tiene la ley del Elige Vivir Sano que es intersectorial, y sin ser perfecta, exige trabajar con todos los ministerios, pero no se aplica. El Ministerio de Agricultura también debería cumplir un rol en la política pública porque es el que tiene que ver con la alimentación del país. Podría perfectamente mejorar las cadenas cortas de los alimentos saludables o educar a los productores. En resumen, en Chile existen políticas que no se están haciendo y otras que podrían implementarse si hubiese visión y voluntad de avanzar en conjunto.

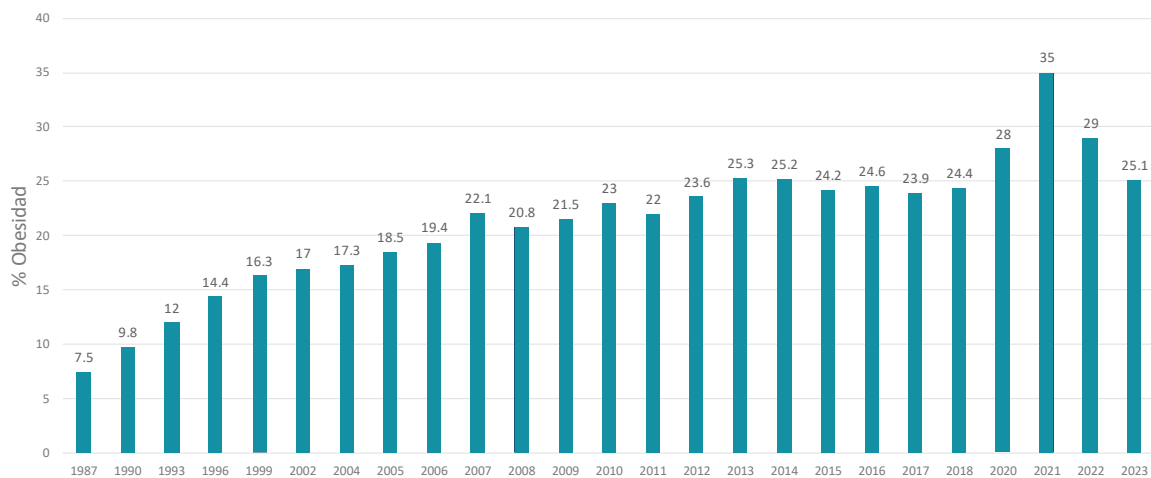
Debemos adecuar nuestras políticas públicas y fortalecer el sistema de salud público y privado.

Para ello, necesitamos apuntar a un Estado de Bienestar y eso implica resignificar el concepto. No es, como dirían los economistas, solo despilfarrar el gasto público. Un Estado de Bienestar, en síntesis, es el que garantiza una buena salud, educación y previsión para su población, como la tienen los países escandinavos, Alemania, Francia, Italia, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y ahora España, con buena cobertura de previsión. Los tres problemas más graves que tiene Chile en este momento son justamente los mencionados: salud, educación y previsión. Pero aquí el modelo neoliberal que tenemos no ha permitido que el Estado gaste lo que tiene que gastar en salud y en educación, y lo que tiene asignado a esos sectores, lo gasta muy mal.

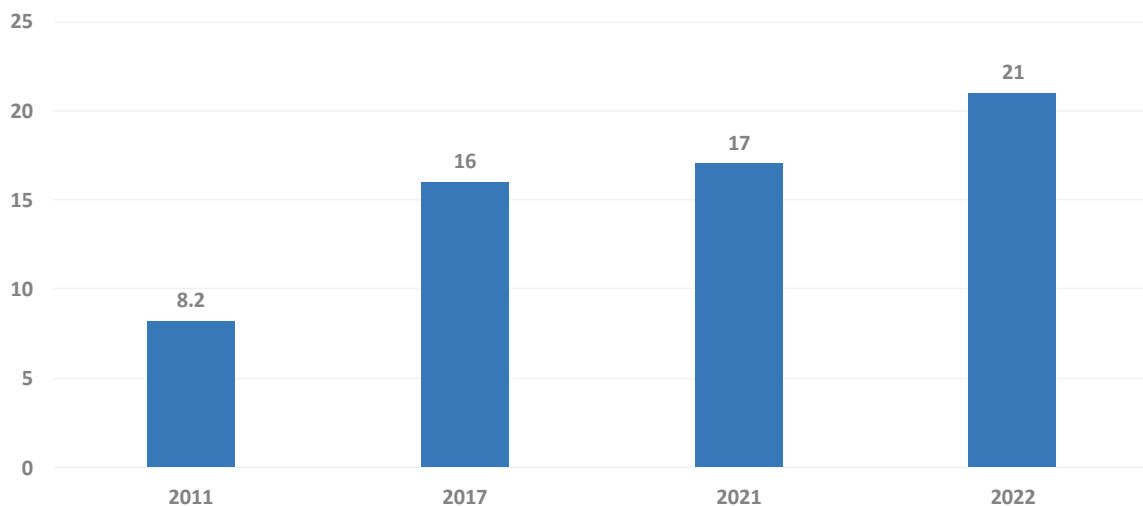
Necesitamos un sistema previsional que permita una vida digna a los que ya se van a jubilar. Invito a los economistas a escribir un libro sobre cómo hacer de Chile un Estado de Bienestar que tenga buena salud, buena educación y buena previsión, si lo que realmente deseamos es transformar las vidas de los ciudadanos y ciudadanas.

“ No ha existido una política de Estado para enfrentar la obesidad infantil que sea estable, continua en el tiempo, con financiamiento permanente e incremental, con evaluaciones periódicas y aceptación por parte de la comunidad, como fue la política para derrotar la desnutrición, que se inició el año 1954 con la creación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria ”.

Prevalencia (%) obesidad primer año básico (6 años) 1987-2022. Mapa nutricional JUNAEB



Prevalencia (%) obesidad primero medio (14 Años) 2011-2021. Mapa nutricional de JUNAEB





DRA. OLGA TORO
EN LAS MESAS REDONDAS

“ Es cierto que persisten las brechas de camas de hospitalización psiquiátricas para niños y adultos, pero cuando recuperamos la democracia en los 90, no existía ni siquiera la posibilidad de hospitalizarse. Gracias al esfuerzo que hizo Chile avanzamos y hoy día nadie concibe un centro de Atención Primaria donde no se ofrezcan servicios en salud mental, ni un hospital general base que no tenga un servicio de hospitalización psiquiátrica. Tenemos que seguir en esa dirección ”.

El Cáncer en Chile

¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?



Por: Dra. Julia Palma*

* Coordinadora del Programa Nacional de Cáncer Infanto Adolescente y asesora del cáncer del gabinete de la actual Ministra de Salud.

El cáncer nos interpela a discutir globalmente sobre la inequidad social. En las Américas, que es donde vivimos, tenemos un tremendo problema de desigualdad. El Gasto de Bolsillo asociado al cáncer y a los pacientes que conviven con esta enfermedad –principal causa de muerte después de las patologías del aparato circulatorio– no puede quedar fuera de esta discusión. En nuestro país debemos mirar el cáncer desde dos universos: desde el Chile de los adultos con cáncer y desde el Chile de los niños, niñas y adolescentes (NNA) que lo padecen.

En el universo de los adultos con cáncer tenemos aproximadamente 55 mil pacientes por año. El número es alto pero si además se estima que en el año 2040 esos 55 mil se convertirán en 90 mil, la prevención, tamizaje y diagnóstico precoz efectivamente se vuelve muy importante. Sabemos que 30 a 50% de los cánceres son evitables con estrategias de vacunación, prevención y promoción de vida saludable efectivas. Aún así, y de acuerdo al Registro Poblacional de Cáncer hemos logrado avanzar: la sobrevivencia en 2022 fue de un 44%, lo que sin duda es un avance y al mismo tiempo un aliciente para seguir trabajando en aumentar estas cifras.

En cuanto a la cobertura, el 80% de los cánceres incidentes en adultos están sujetos al GES. Así

es como hemos logrado disminuir en el tiempo las tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer de vesícula biliar, cervicouterino y gástrico de acuerdo a los análisis del Departamento de Epidemiología con datos Deis (Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Minsal). Estos cánceres son los más preocupantes junto al cáncer de próstata, pulmón, mama y colon. Se debe considerar además, la importancia de disminuir la mortalidad y la incidencia, así como también aumentar la sobrevivencia de la enfermedad.

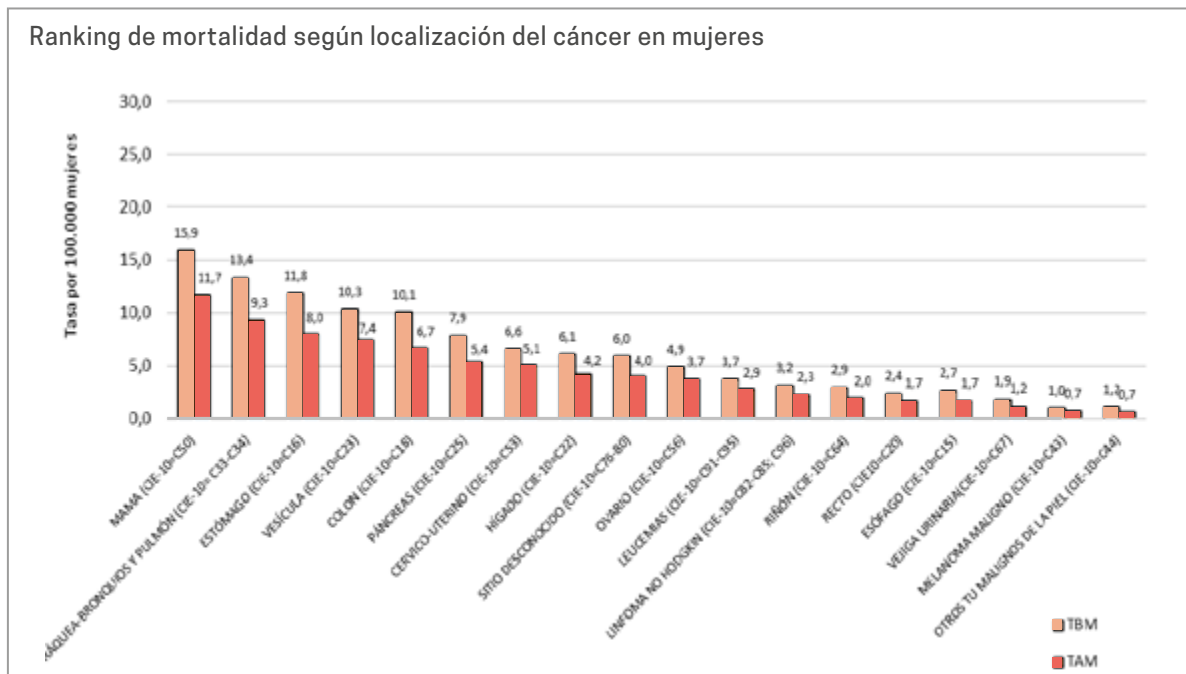
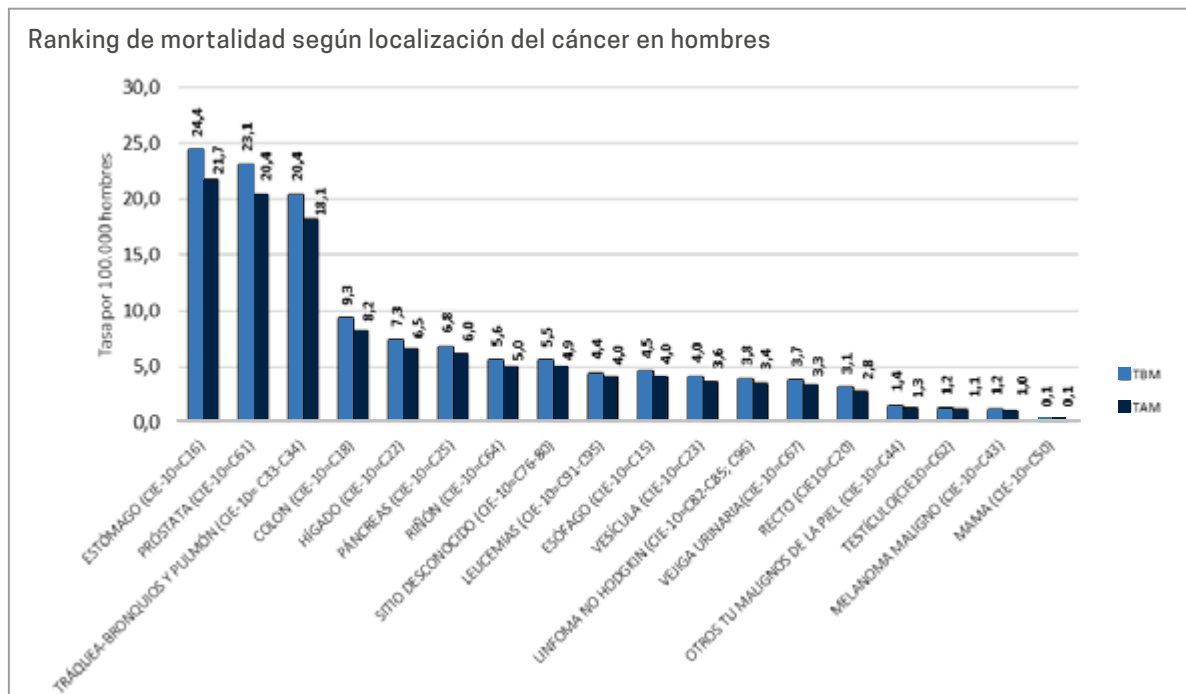
“ Actualmente Chile tiene una Ley de Cáncer pero además es el primer país en América Latina y el Caribe que tiene un plan de adultos y un plan de niños, niñas y adolescentes diferenciado para esta patología. (...) En cuanto a los desafíos, la tarea de implementar estos dos planes y enlazarlos a través del seguimiento a lo largo del ciclo vital de los pacientes –tanto infanto adolescentes como adultos– es lo que necesitará de la proactividad de todas y todos. Se requiere de ideas pero también de visión, estrategia y de participación ciudadana ”.





INFORME DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN CHILE 2009-2020

Ranking de mortalidad según localización del cáncer y sexo, Chile, periodo 2009-2020



En lo referido al cáncer en infanto adolescencia la realidad es diferente. Considerando el análisis histórico de 13 años (2007-2019) tenemos un promedio de 530 casos por año en menores de 15 años en Chile. Y aunque en 2040 se estima que serán del orden de 400 por año, esto se explica sólo porque la tasa de natalidad va a la baja acorde a una inversión de la pirámide poblacional.

El 85% de los niñas, niños y adolescentes (NNA) con cáncer se tratan en el sector público. En el PINDA (Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas que se enfoca en la detección, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del cáncer en niños y adolescentes chilenos), tenemos una sobrevivida de un 78,4% pero a la vez tenemos una brecha de un 20% que requiere de terapias de mayor sofisticación. Estas son un desafío para nuestro país pues implican mayor complejidad en los tratamientos y un mayor costo.

“ Otros desafíos que son de la próxima década se relacionan con el aumento en la mortalidad bruta de los cánceres al colon, mama y pulmón. Esto es algo que Chile sabe que tiene que afrontar y que algunos pilotos en el norte de Chile, particularmente con funcionarios que trabajan en las minas y que están expuestos a mayor riesgo, ya se está abordando ”.

En materia legislativa es tiempo de preguntarse también cuánto han influido los cuerpos legales, reglamentos y políticas públicas en el abordaje de esta importante temática sanitaria. Y diría que lo que hemos logrado progresivamente en Chile desde el año 1986 (cuando se creó la primera Comisión Nacional del Cáncer en el Parlamento) a la fecha, es tremendamente relevante: hemos creado una Ley Nacional del Cáncer (N° 21.258), el reglamento de ésta y un modelo de implementación; y acabamos de efectuar el lanzamiento de planes diferenciados para adultos y para NNA. Esto le da una mirada estratégica muy relevante a los cánceres pediátricos habitualmente invisibilizados por su baja proporción respecto del adulto en muchos países. Si revisamos el total de los beneficiarios de las Garantías Explícitas de la Salud (GES), desde julio de 2005 a diciembre de 2023, son de alrededor de 9,7 millones.

Creo que la gran visión que tuvieron las autoridades de nuestro país, fue incluir el 100% de los cánceres pediátricos en el GES. Esto permitió un abordaje integral, sostenible en el tiempo y sin discriminación, incluyendo relevantes normativas en relación con los tiempos de espera para diagnóstico e inicio de tratamiento oncológico. Hoy un NNA en el sistema público espera 48 horas para iniciar un tratamiento de leucemia y no puede pasar más de 30 días sin que se aborde un tumor sólido con estudio histológico y de etapificación para inicio terapéutico. Eso implica tratamiento completo según corresponda: quimioterapia, radioterapia, cirugía, seguimiento. En otras palabras, hoy podemos decir que los NNA en Chile cuentan con acceso a una prestación que garantiza calidad de oportunidad y protección financiera 100%.



“ *Creo que la gran visión que tuvieron las autoridades de nuestro país fue incluir el 100% de los cánceres pediátricos en el GES. Esto permitió un abordaje integral, sostenible en el tiempo y sin discriminación, incluyendo relevantes normativas en relación con los tiempos de espera para diagnóstico e inicio de tratamiento oncológico. (...) Hoy podemos decir que los NNA en Chile cuentan con acceso a una prestación que garantiza calidad de oportunidad y protección financiera 100%* **”**.

Respecto de las drogas de alto costo, ha sido muy importante el impulso de la sociedad civil. Es ella la que ha demandado el acceso a medicamentos que no están cubiertos por el GES y que hoy tienen tres vías de financiamiento alternativas, dentro de las cuales, está precisamente un presupuesto de 68 mil millones al año. Lo bueno es que da posibilidad de acceso a drogas pediátricas de alto costo como lo es la inmunoterapia. El Minsal trabaja hoy coordinadamente con las instituciones hospitalarias para analizar los casos, lo que ha hecho más rápido y efectivo el proceso de acceso a las mismas. El objetivo es lograr que el medicamento (droga de alto costo) ya no llegue al usuario tardíamente o cuando el paciente está en tratamiento paliativo sino de forma oportuna, cuando lo requiere y con el propósito de aumentar sus posibilidades de tratamiento curativo. Esta es una importante adaptación del modelo implemen-

tado el último año en el ministerio y que esperamos poder evaluar prontamente con los indicadores pertinentes.

No quiero dejar de mencionar dentro de los avances a la Ley N° 21.063, más conocida como Ley Sanna. Este seguro obligatorio para las madres y padres trabajadores de niñas, niños y jóvenes afectados por una condición grave de salud es pionero a nivel regional, y permite a los cuidadores seguir recibiendo un subsidio mientras están acompañando a un hijo(a) o adolescente enfermo(a) de cáncer en todas sus etapas, incluyendo de forma adicional los tiempos asociados al trasplante de progenitores hematopoyéticos. Eso es algo innovador y que junto con el Copago Cero es tremendamente relevante para lo que se visualiza en la actualidad: enfocar el cáncer con medidas preventivas fortaleciendo la Atención Primaria.

La Ley del Olvido Oncológico es otro avance sustantivo más. Hasta ahora una persona, ya sea niño o niña, adolescente o adulto que tuvo cáncer no puede optar a crédito hipotecario, a un plan de Isapre o a algunos tipos de seguros, entre otros beneficios. Ahora lo que legislativamente se ha establecido es que existe el derecho al olvido oncológico. Es decir, que después de cinco años la enfermedad prescribe, evitando con ello que se les estigmatice socialmente por una patología que tuvieron en la temprana infancia, adolescencia o adultez. Seguiremos aportando a la rehabilitación del individuo cuando implementemos esta ley.

Por otro lado, la Ley Nacional de Cáncer que incluye varios articulados, entre ellos, el Plan Nacional

de Recursos Humanos Especializados, también es valiosa. De acuerdo con datos de la Sociedad de Enfermería Oncológica sabemos que hay 680 enfermeras oncológicas en Chile, pero el 90% trabaja en el sector privado. Para enfrentar los cánceres pediátricos, en cambio, tenemos 380 enfermeras, y de ellas 360 trabajan en el sistema público. Estos datos permiten dimensionar la importancia del recurso humano al servicio de los cánceres pediátricos, además del valor que adquiere la investigación, las guías de práctica clínica, los registros del cáncer, etc. Toda esta información respecto del impacto de cada articulado de la Ley del Cáncer es pública. Así sabemos, por ejemplo, que los objetivos del plan para adultos es disminuir la mortalidad prematura, aumentar la sobrevivencia y mejorar la calidad de vida del individuo a lo largo de todo el ciclo vital.



“ De acuerdo con datos de la Sociedad de Enfermería Oncológica sabemos que hay 680 enfermeras oncológicas en Chile, pero el 90 % trabaja en el sector privado. Para enfrentar los cánceres pediátricos, en cambio, tenemos 380 enfermeras, y de ellas 360 trabajan en el sistema público (que es donde principalmente se atienden los niños y niñas). Estos datos permiten dimensionar la importancia del recurso humano al servicio de los cánceres pediátricos ”.

Es bueno recordar, además, que el Plan Nacional de Cáncer surge en 2018, previo a la ley, y que entonces ya incluía dentro de su marco general un párrafo para infante adolescencia. En el 2019 esto se analiza y nos damos cuenta de que efectivamente podríamos tener una mirada distinta para la parte pediátrica. No obstante la ley y su respectivo reglamento surgen en el año 2020, y en marzo de 2022 se entrega un nuevo marco general del Plan Nacional de Cáncer que básicamente mantiene el de 2018, se crea la Agencia Nacional del Cáncer y nuevamente se empieza a plantear la necesidad de tener un plan específico para infante adolescencia.

Por otra parte, la Ley Nacional del Cáncer introdujo una modificación en materia laboral y estatutaria que establece que ningún empleador del sector privado o público podrá condicionar la contrata-



ción, permanencia o renovación del contrato de una persona al hecho de padecer o no cáncer, como tampoco exigir para dichos fines una acreditación mediante certificado médico o examen alguno. Asimismo, la movilidad de su empleo y el despido de un trabajador basado en el padecimiento de cáncer, será siempre considerado grave y discriminatorio para los efectos legales.

Respecto de la matriz de acción del Plan Nacional de Cáncer 2022-2027, éste tiene un enfoque importante en promoción y protección de la salud, en tamizaje, diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento. Además, tiene una transversalidad de base y se encamina hacia la prevención. Lo que queremos es desarrollar una buena red de atención oncológica a nivel nacional, incluyendo a toda la Atención Primaria, secundaria y terciaria, además de contar con una participación ciudadana importante, y con un registro que nos permita analizar los datos y abordarlos con investigación asociada, entre otras 120 acciones que tienen la ambición de dar una respuesta holística a la patología del cáncer en Chile. Todo esto tiene que ser monitorizado mediante indicadores verificables que deberán ser notificados semestral y anualmente. Así, cualquier ciudadano que quiera tener conocimiento de cómo van avanzando los planes, tanto los de los adultos como los pediátricos, tendrá derecho a pedir esta información.

En el contexto del plan infanto adolescente, y teniendo en consideración que lo estructuramos en base a los pilares CureAll (C de Centros de excelencia, U de cobertura universal, R de regímenes de tratamiento y E de evaluación y monitoreo), lo que

nosotros tenemos como objetivo es fortalecer la red de tratamiento de los pacientes y su capacidad. La cobertura universal apunta a subir la edad de los pacientes infanto adolescentes desde los 15 a los 18 años. Un desafío, sin duda, porque implica sumar alrededor de 280 usuarios pediátricos más a los que tenemos hoy día, es decir, casi la mitad del PINDA. Ante esto, no nos queda más que aumentar nuestra capacidad de respuesta a nivel nacional, porque en hospitales pediátricos vamos a tener que empezar a atender adolescentes o pacientes de mayor edad, y en los hospitales de adultos, quizá incluir algunos pacientes más pequeños. En materia de tratamiento, queremos incluir regímenes innovadores, como por ejemplo la terapia celular o los CART (llamada así por sus siglas en inglés Chimeric Antigen Receptor T-Cell o receptor de antígeno quimérico de células T). En evaluación y monitoreo, en tanto, nuestra meta es tener los registros óptimos en cuanto a todos los diagnósticos oncológicos.

“ El cáncer nos interpela a discutir globalmente sobre la inequidad social y en Chile puede que no todos vayamos a ser iguales o que las peceras no sean iguales para todos, pero ojalá todos tengamos espacio suficiente y la oportunidad de sobreponernos a una enfermedad como ésta, mediante un trato oportuno, digno y de calidad. Para eso, se debe invertir en salud pero sobre todo debe mantenerse la voluntad política y el invaluable apoyo en la sociedad civil ” .

Todos estos objetivos surgen porque tuvimos la oportunidad de trabajar el tema infanto adolescente con el hospital St Jude en los años 2018-2021. Entonces hicimos un diagnóstico en 360 grados de los 16 centros PINDA y pudimos analizar nuestra capacidad de servicio, lo que dio como resultado un primer diagnóstico de nuestras falencias. Con esa claridad comenzamos a trabajar enseguida en ellas con los hospitales y con los servicios de salud desde la red PINDA. Además, hicimos dos visitas virtuales durante la pandemia para ver cómo podíamos mejorar, por ejemplo, la capacidad de servicio y de diagnóstico molecular; el fortalecimiento de los equipos primordiales o la formación de enfermería, entre otros. En ese contexto, también firmamos un memorándum de entendimiento entre el Hospital St Jude y el Ministerio de Salud que nos sirvió mucho para poder trabajar de forma conjunta con la OPS y con la OMS bajo el concepto de CureAll, lo que implicó mirar dónde estábamos y dónde queremos estar. En otras palabras, nos dio el marco que tenemos que seguir para poder aumentar la sobrevida y cómo lograrlo.



**Actualización Plan Nacional de
Cáncer 2022-2027**

En definitiva, actualmente Chile tiene una Ley de Cáncer, pero además es el primer país en América Latina y el Caribe que tiene un plan de adultos y un plan de NNA diferenciado para esta patología, lo que nos pone en una situación bastante privilegiada en la región y nos permite apoyar el desarrollo de otros países.

¿Cuáles son nuestros objetivos y desafíos? Diría que el objetivo es disminuir la mortalidad y mejorar la sobrevida pero también reducir el impacto en la calidad de vida que es fundamental en el paciente que ha tenido cáncer, porque creemos que cualquier niño o niña que tuvo esta enfermedad pierde su niñez. Para eso, debemos lograr que tengan los menos efectos secundarios posibles, y por qué no soñar con terapias blanco. Eso es lo que el mundo desarrollado está haciendo para poder mejorar el acceso a plataformas de medicamentos también.

En cuanto a los desafíos, diría que la tarea de implementar estos dos planes y enlazarlos a través del seguimiento a lo largo del ciclo vital de los pacientes –tanto infanto adolescentes como adultos– es lo que necesitará de la proactividad de todas y todos. Se requiere de ideas pero también de visión, estrategia y de participación ciudadana. Es importante que lo implementemos en los próximos años porque va a tener que ser progresivo y, en ese sentido, debemos identificar acciones como prioritarias. En cuanto a enlazar ambos planes, es importante que el plan infanto adolescente y el del adulto que tuvo cáncer se diferencien del de la persona que no padeció la enfermedad. Esto, independiente de la Ley del Olvido y con el objetivo de realizar un adecuado seguimiento a lo largo del ciclo vital, oportuno





y de calidad, enfocado en el diagnóstico precoz de complicaciones secundarias a mediano-largo plazo, posterior al tratamiento.

Sin duda, estos son retos bien importantes que vienen para las futuras generaciones y que esperamos que puedan ser incorporados dentro del marco de una reforma de salud. Lo necesitamos para poder abarcar barreras para la atención, como son el nivel de ingreso y educación, las desigualdades y las inequidades, pero siempre considerando las determinantes sociales, como es la transición demográfica.

Otros desafíos que son de la próxima década se relacionan con el aumento en la mortalidad bruta de los cánceres al colon, mama y pulmón. Esto es algo que Chile sabe que tiene que afrontar y que algunos pilotos en el norte de Chile, particularmente con funcionarios que trabajan en las minas y que están expuestos a mayor riesgo, ya se está abordando. En ese sentido, es mi deber contarles que Chile hoy día está trabajando activamente para erradicar el cáncer cervicouterino, a través de la vacunación nonavalente. La estrategia 90 70 90 del Minsal, se traduce en tener vacunado al 90%, tener un 70% de diagnóstico, y además 90% de cobertura de tratamiento para lesiones precancerosas. Ese es el compromiso del gobierno actual y es lo que queremos lograr a la brevedad.

Ahora, ¿cuánto nos costará abordar todos estos desafíos? Sin duda, que tenemos que identificar recursos para poder implementar todo aquello que queremos, pues sin la sostenibilidad es impo-

sible ir hacia adelante. Desde mi perspectiva es muy importante que desde la academia podamos ejecutar pilotos de investigación en las distintas áreas y dimensiones. Como planteaba al comienzo, el cáncer nos interpela a discutir globalmente sobre la inequidad social y en Chile puede que no todos vayamos a ser iguales o que las pecceras no sean iguales para todos, pero ojalá todos tengamos espacio suficiente y la oportunidad de sobreponernos a una enfermedad como ésta, mediante un trato oportuno, digno y de calidad. Para eso, se debe invertir en salud pero sobre todo debe mantenerse la voluntad política y el invaluable apoyo en la sociedad civil. La receptividad, cooperación, presencia de las sociedades científicas y el apoyo de toda la comunidad médica son fundamentales.

Finalmente, esto no sería posible sin los cuerpos legales vigentes en el Estado de Chile, los cuales permiten efectuar políticas públicas de corto, mediano y largo plazo y robustecer el análisis. Estos cuerpos legales son multidimensionales y abarcan la Ley N° 19.966 (un régimen de garantías explícitas en la patología oncológica); la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas con acciones vinculadas a su atención en salud; la Ley N° 20.850 que generó un sistema de protección financiera y las condiciones de salud para los tratamientos de alto costo; La Ley N° 21.063 que crea un seguro de acompañamiento de NNA para que sus padres y/o cuidadores puedan ausentarse a través de permisos laborales; y la Ley N° 21.258 que proporciona un marco conceptual y establecimiento de una política pública nacional.



DR. JUAN PABLO TORRES
EN LAS MESAS REDONDAS

“ La vacunación es lejos la estrategia de salud pública que más vidas salva y debemos promoverla como un derecho, sobre todo en los niños. Además de ser una medida de equidad, es costo ahorrativa: estudios muestran que, por cada dólar que se invierte en vacunas regresan 30 al sistema de salud. (...) Necesitamos trabajar en conjunto en campañas educativas. Las redes sociales favorecen la inmunización pero también entregan mucho mensaje falso y científicamente desvirtuado ”.



Salud mental

Paradigmas, urgencia y modelos de atención



PhD Olga Toro Devia

Profesora Asistente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Doctora en Salud Pública por la misma universidad. Actualmente, es Directora del Centro Colaborador OPS/OMS para el Desarrollo, Capacitación e Investigación en Salud Mental y profesora adjunta del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública. Cuenta con experiencia en la gestión de servicios de salud mental, habiendo dirigido un centro de salud mental comunitaria y coordinado el Programa de Salud Mental en un Servicio de Salud. Es fundadora y docente del Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria y Coordinadora Académica del Diplomado de Gestión de Servicios de Salud Mental en la Universidad de Chile.

Podríamos estar todo un año hablando sobre paradigmas, urgencias y modelos de atención en salud mental, por lo que voy a hacer mi mayor esfuerzo para poder dejar algunas ideas fuerza que me parecen relevantes para la discusión que pretende este seminario a 20 años del AUGE.

En primer lugar, sabemos que en la carga de enfermedad por trastornos mentales se observa un aumento y aparece como un problema de salud pública cada vez más relevante. Respecto del estudio sobre la carga mundial de enfermedades, el consorcio de investigadores a cargo hizo una comparación entre el 2005 y el 2015 para analizar los cambios en la carga de enfermedad medido a través de los años de vida saludable perdidos en la población (DALYs). Cuando vemos todas las causas de la carga de enfermedad, estandarizados por edad, por 100.000, obtenemos buenas noti-

cias, en términos de que hubo una disminución de DALYs con intervalos de confianza significativos.

El estudio muestra que en 2015 la pérdida de años de vida saludable disminuyó un 17%, comparado con lo que se perdía en 2005. Si agrupamos las enfermedades maternas, neonatales, nutricionales y transmisibles, las noticias fueron aún mejores: el mundo perdió un 30% menos de años de vida saludable. En el mismo artículo se habla de que aún con las dificultades sanitarias que tenemos, pareciera que los países están haciendo esfuerzos sostenidos efectivos en poder disminuir esta carga de enfermedad.

Cuando vamos a las enfermedades no transmisibles, los resultados son un poco más modestos, pero aún hay una disminución entre el 2005 y el 2015 (9% menos de pérdida). Sin embargo, el único grupo de enfermedades que no mostró esa tendencia a la disminución fue el grupo de los trastornos mentales y uso de sustancias. Entonces, hay una preocupación sobre el esfuerzo que están haciendo los países a través de sus sistemas de salud, lo que parece insuficiente para reducir la carga de enfermedad mental. Por otra parte, la pandemia profundizó el problema. Los estudios disponibles muestran que, con ésta, en la región hubo un incremento de las prevalencias de trastornos mentales, principalmente depresión y ansiedad, como se refleja en el informe de Zhang. En éste también se incluye el insomnio, sabemos que no necesariamente puede ser un síntoma de un trastorno mental, pero está muy vinculado, de ahí que los autores lo incluyen. Los estudios más recientes muestran que los problemas de salud

mental siguen en aumento o, tal como lo señalan diversas encuestas de opinión, son de alta preocupación por la población.

En segundo lugar, persiste un importante desequilibrio entre la carga de enfermedad mental y los recursos destinados a enfrentarla. En el estudio de Vigo y colaboradores se aborda la situación de la región. Los investigadores preguntan: ¿qué proporción de toda la carga de enfermedad responde a trastornos mentales en la región de las Américas? Y luego van a mirar los presupuestos gubernamentales destinados a salud mental dentro del presupuesto de salud y preguntan: ¿y qué proporción del presupuesto de salud está destinado a salud mental? Y entonces compararon estas proporciones y mediante ciertos indicadores, observaron que hay un desequilibrio negativo entre la carga de enfermedad mental y los esfuerzos que hacen los países para destinar recursos a la salud mental en su sistema de salud.

El país mejor rankeado de la región es Canadá y el país con menor equilibrio es Haití. También los autores describen cuál de esa asignación de recursos que se destina a salud mental es eficiente y cuál es ineficiente. El consenso internacional establece que la asignación destinada a hospitales psiquiátricos monovalentes es una asignación ineficiente en los sistemas de salud, por lo tanto, lo que hace esa asignación es que mejora artificialmente el equilibrio, ya que aumenta la ineficiencia asignativa. En este estudio, Chile en 2018, presentaba 11 veces más carga de enfermedad mental que presupuesto público de salud destinado a salud mental, con-

siderando los recursos eficientemente asignados. Los países aún deben hacer esfuerzos importantes en la asignación de recursos para salud mental, pero estos deben ser asignados de forma eficiente.

En tercer lugar, los recursos y política deben adecuarse a las nuevas formas en que conceptualizamos la salud mental y los estándares internacionales de protección de los derechos humanos de las personas con trastorno mental y/o discapacidad psicosocial. El concepto de salud mental evolucionó. Pensamos en las dimensiones emocional, cognitiva, comportamental de las personas. Piensen ustedes en estas tres dimensiones de la vida humana. Cómo siento, cómo pienso y cómo me comporto, en equilibrio. ¿Esto para qué? Para relacionarnos bien con nosotros mismos, con los otros y otras, para enfrentar las adversidades de la vida, para prosperar y también para contribuir a nuestra comunidad y entorno.

“ Hay una preocupación sobre el esfuerzo que están haciendo los países a través de sus sistemas de salud, lo que parece insuficiente para reducir la carga de enfermedad mental ”.



Por otra parte, el concepto de trastorno mental, del comportamiento y el neurodesarrollo, hace referencia a una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional y el comportamiento, que refleja una disfunción que perturba nuestra vida familiar, social, laboral, personal. Y luego, el concepto de discapacidad psicosocial, se genera en la interacción con diversas barreras del entorno que pueden impedir la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que las demás personas a causa de un trastorno mental. La palabra clave es la barrera, la barrera de cómo las personas entonces viven su vida.



Estos conceptos permean las políticas hoy día, no sólo las políticas sino las recomendaciones internacionales que se hacen a los países de cómo desarrollar políticas sobre salud mental. Y esta distinción es relevante cuando hablamos de los programas de promoción y prevención, porque es posible desarrollar salud mental en toda circunstancia. Y desarrollar salud mental es desarrollar una vida en que lo cognitivo, lo emocional y lo conductual estén virtuosamente equilibrados para sentir bienestar en la relación con nosotros mismos y con otros, enfrentar las diversidades de la vida, prosperar y contribuir a nuestras comunidades. A veces se nos pierde este concepto, por ejemplo, cuando se habla de promoción de la salud mental, y por alguna razón terminamos hablando de enfermedades mentales en forma pesimista.

El modelo dual continuo de la salud mental señala que las personas pueden desarrollar un buen nivel de salud mental al mismo tiempo que experimentar un trastorno mental. Y aquí entonces vemos que el peor de los mundos es tener un trastorno mental severo y una baja salud mental positiva, porque esa es una experiencia de lucha para las personas. Y habitualmente las personas se sitúan en ese cuadrante cuando no se han generado los apoyos necesarios para recuperarse, en los contextos reales de su vida, cuando las políticas son inexistentes, marginan o han fallado.

Con el cambio conceptual de qué es lo que estamos entendiendo por salud mental, por trastorno mental y por discapacidad psicosocial, también se propone que lo que los países deben desarrollar es un sistema de salud mental, no simplemente

servicios aislados. En el Informe Mundial de Salud Mental de 2022, se propone el esquema de esta nueva conceptualización como un sistema interconectado basado en servicios de salud mental en los diversos contextos en los que se desarrolla la vida de las personas.

El sistema de salud mental es visto entonces como un sistema complejo dentro del sistema de salud y fuera de él. Hay un espacio relevante de desarrollo de servicios que está en el sistema de salud general, es decir, no en un sistema paralelo que se margina. En el sistema de salud tenemos la atención primaria y los servicios ambulatorios especializados en la comunidad; los hospitales generales, con distintos tipos de servicios que se desarrollan ahí para atender colaborativamente a las personas que acuden a causa de los trastornos mentales, pero también con programas de salud mental específicos que van a estar orientados preventivamente a ciertas poblaciones, por ejemplo, la salud mental materno-infantil, que es tremendamente predictora de una buena salud mental.

Los modelos de salud mental comunitaria son el corazón del sistema, en el que también destacan los escenarios distintos a las instituciones de salud, como las escuelas, los lugares de trabajo, las cárceles; y también los apoyos sociales a los hogares, las viviendas y servicios en la comunidad, así como las estrategias de servicios de apoyo con pares. Entonces se diversifica como sistema interconectado y cooperativo. Esto está muy en la línea de lo que ha planteado en el Plan Nacional de Salud Mental de Chile, hacia donde hay que fortalecer al sistema de salud.

En cuarto lugar, pensar sistémicamente este modelo también ha llevado a que miremos también la forma en que investiguemos este problema: cómo investigamos en desarrollo de servicios y cómo investigamos en desarrollo de políticas para la salud mental. Hay algunos autores que me parece interesante mencionar. El libro editado por Savigny & Taghreed sobre la aplicación del pensamiento sistémico para fortalecer los servicios de salud, promovido por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, de la Organización Mundial de la Salud, ha instalado esta idea de mirar el fortalecimiento de los sistemas desde la complejidad e influido en destacados investigadores, como -por ejemplo- Luis Salvador-Carulla y colaboradores que proponen transitar desde el modelo de la pirámide de evidencia, al modelo del templo griego. A mí me gusta mucho esta analogía por su claridad.

En el templo griego reconocemos que necesitamos investigación sobre sistemas para descubrir nuevo conocimiento, para corroborar cierto conocimiento, pero también para implementar el conocimiento que tenemos. Y debemos reconocer que observamos dificultades relevantes en la implementación de las políticas. Ese conocimiento se levanta desde los estudios clásicos que reconoce la pirámide de evidencia, es decir, la fuente de los modelos experimentales y los observacionales, pero el modelo de templo griego agrega tres columnas igualmente importantes: la investigación de contexto; la investigación que reconoce el conocimiento experto de los equipos de salud; y la experiencia de quienes son usuarios del sistema de salud. Y si ustedes se fijan, estos cinco pilares





de fuente de conocimiento contribuyen a entender mejor cómo desarrollar e implementar sistemas de salud mental.

Y esto me lleva en quinto lugar, a referirme al estigma sobre la salud mental. Estigma que también existe en el sistema de salud y quienes lo conforman. El informe Lancet del grupo experto encabezado por Graham Thornicroft alerta: las personas sufren más por lo que se dice de la salud mental que por el trastorno mental que tienen. Parte de las recomendaciones de la evidencia de este estudio es abordar el fenómeno de estigma en este campo, dado que existe mucho desconocimiento y prejuicio en los formuladores de política, en los tomadores de decisión, y en los responsables de la implementación de las políticas de salud mental. A veces observamos que ellos se refieren a estos temas de una manera que realmente contraviene todos los esfuerzos que ha hecho el país para poder instalar la salud mental como parte del sistema de salud de forma respetuosa con los derechos humanos de las personas que tienen la experiencia de ser diagnosticadas con trastorno mental.

“ Desarrollar salud mental es desarrollar una vida en que lo cognitivo, lo emocional y lo conductual estén virtuosamente equilibrados para sentir bienestar en la relación con nosotros mismos y con otros, enfrentar las diversidades de la vida, prosperar y contribuir a nuestras comunidades ”.

Entonces, para analizar qué ha pasado con la salud mental en estos 20 años del AUGE, he señalado cinco ideas previas: la carga de enfermedad por trastornos mentales no ha disminuido y es cada vez más relevante para la población; se mantiene un desequilibrio en la asignación de recursos para la salud mental, y esos recursos deben ser asignados de forma más eficiente en sistemas de base comunitaria; los recursos y política deben adecuarse a los nuevos conceptos sobre la salud mental y los estándares internacionales de protección de los derechos humanos de las personas con trastorno mental y/o discapacidad psicosocial; la forma de generar conocimiento en este campo debe considerar los contextos, las perspectivas de los usuarios de los servicios de salud mental y de los equipos de salud involucrados; y debemos reconocer que en este esfuerzo estamos permeados por el estigma sobre la salud mental y las enfermedades mentales.

A 20 años del AUGE, existen hoy cinco problemas de salud mental incluidos en el decreto GES: esquizofrenia, depresión en mayor de 15 años, el consumo de alcohol en menores de 20, el trastorno bipolar y la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Hace algún tiempo analizamos el caso del caso del GES esquizofrenia. En salud mental la población es diagnosticada a una temprana edad, salvo en demencias y otras excepciones. Si pensamos en años de vida saludable perdidos asociados a discapacidad es tremendamente impactante porque piensen ustedes en nuestro análisis sobre el GES esquizofrenia, el mayor porcentaje de poblaciones es de 15 a 24 años, cosa que habla bien del GES, porque había que llegar tempranamente a un problema de salud que puede llegar a ser discapacitante si no se proveen los apoyos necesarios a tiempo.



En términos generales, encontramos que el GES esquizofrenia mejoró el acceso, oportunidad y protección financiera, dado que este problema de salud se visibilizó. Cuando se incorporó la esquizofrenia como problema de salud garantizado, eso le dio visibilidad y posicionó a un problema de salud mental que era tremendamente oculto y estigmatizado en el sistema de salud chileno. Mejoró la disponibilidad y calidad del arsenal farmacológico. Hoy, el arsenal farmacológico para la salud mental que tiene Chile es superior a muchos países de la región, por la disponibilidad y diversidad. También encontramos que persisten problemas de calidad del tratamiento que afectan en forma significativa la recuperación. La brecha del acceso a apoyo psicosocial es elevada; se reduce mucho a la actividad médica más

que a la actividad integral. Los programas basados en recuperación que fueron parte del espíritu del protocolo de este GES no se logran. Hay un escaso apoyo a la familia, hay una limitada articulación multisectorial efectiva y no ha permitido incorporar innovaciones y nueva evidencia. Entonces, en una segunda etapa del GES, quizás esos son los temas que hay que revisar.

En pandemia nos surgió la hipótesis, y dado que todos los estudios señalan aumento de prevalencias por trastornos mentales, que un plan garantizado como el GES se iba a ver muy tensionado, por la mayor demanda, particularmente de los trastornos del ánimo, como la depresión. Nos preguntamos, ¿qué hacen los planes universalmente garantizados cuando se enfrentan a una emergencia



sanitaria? ¿Qué tendrán que hacer para adecuarse? Nuestra sorpresa fue que pasó todo lo contrario, hubo una disminución significativa del uso del GES en salud mental, en particular depresión.

Si comparamos casos nuevos del año 2019 con el año 2020, observamos un 41% menos de casos por trastornos mentales en el GES, 31% menos en el sector privado. Podríamos suponer, que en el proceso de confinamiento hubo una reconversión de las prioridades en la atención de salud. Hicimos otro estudio en que observamos la disminución de la productividad en los servicios de salud mental el primer año de la pandemia, que se podría asociar a esto. Sin embargo, nos preguntamos, ¿qué hizo la gente si seguían teniendo problemas de salud mental? Y fuimos a mirar entonces en detalle el comportamiento de los GES esquizofrenia, depresión y trastornos bipolares y ocurrió lo mismo, no hubo diferencia, en todos hubo menos ingresos al GES, una disminución significativa. No obstante, cuando fuimos a ver las prestaciones no GES, que son la consulta psiquiátrica y la consulta psicológica, además se agregó la telemedicina, observamos que las prestaciones no garantizadas se dispararon, se duplicaron, un 105% más si comparamos el año 2019 con el 2020. Entonces, la nueva hipótesis es que se incrementó el gasto de bolsillo.

La gente buscó dónde recibir ayuda, aún a costa de un mayor esfuerzo económico. Entonces exploramos el comportamiento de las licencias médicas por trastorno mental, pues esto nos podría dar una señal si las personas ocuparon más el sistema de salud pero no el GES. Efectivamente fue así. El grupo mayoritario de licencias médicas se debió a tras-

tornos mentales, pero también fueron las licencias más rechazadas y con más días reducidos; particularmente en mujeres. Entonces en el contexto de pandemia, el GES en salud mental no logró dar la protección necesaria frente al aumento de demanda de atención, se observó una mezcla de menos protección, más gasto de bolsillo y menos integralidad.

Estos antecedentes contribuyen a reflexionar sobre los avances y desafíos de la atención de los problemas de salud mental, en donde las políticas incluido el AUGE han jugado un rol clave, para pensar al sistema de salud más allá de la contingencia. Se destaca la importancia de planes y programas nacionales que otorguen coherencia a las garantías de la atención de salud mental, que le den la coherencia a la integralidad, la continuidad de los cuidados, la multisectorialidad.

Se está haciendo investigación que compara los procesos de implementación del GES-Demencia con el Plan Nacional de Demencia por separado y en los territorios en que se implementaron juntos. Claramente es mejor cuando se tiene conceptualmente claro cuál es el sentido de lo que se está haciendo, eso lo aporta el plan nacional. Estamos ahora en un proyecto investigando sobre mecanismos sostenibles para financiar la salud mental en Chile, basándonos en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental, respetando los estándares internacionales de derechos humanos. Para la coherencia de la política, la ley 21.331, que es la ley de protección en la atención de salud mental, fue un avance, pero todavía es insuficiente. Por ejemplo, en Chile todavía tenemos una gran discusión sobre la capacidad jurídica de las personas con un diagnóstico de trastorno mental, y es una deuda

de nuestra sociedad. También todavía persiste una importante disparidad en la forma que protegemos la salud física y la salud mental. Todavía tenemos un marco jurídico y normativo desarmónico en estas materias tan relevantes, lo que no contribuye a una implementación adecuada del AUGE en salud mental.

La Organización Mundial de la Salud señala necesario incrementar el financiamiento de salud mental al 6% del presupuesto de operación en salud. Una de las grandes discusiones en salud mental es cómo hacemos sostenible a los sistemas de salud con este tipo de problemas. La OCDE alerta sobre el riesgo de desperdiciar los recursos. El concepto no solo de gasto ineficiente, sino del gasto innecesario, el derroche, el desperdicio. No nos podemos dar el lujo de desperdiciar los recursos que tenemos disponibles. En los sistemas de salud, los actores que estamos acá y todo lo que lo conformamos, nos enfrentamos a cuatro mecanismos a través de los que “botamos la plata a la basura”. De estos cuatro mecanismos hay dos que son involuntarios, pero hay dos que son intencionales.

Los llamados involuntarios lo son, porque no sabemos hacerlo mejor pues tenemos sesgos cognitivos, tenemos desconocimiento, tenemos temor al riesgo, hábitos que nos conducen a errores y nos desviamos de las mejores prácticas. Pero también a veces no lo hacemos mejor porque el sistema no nos ayuda, está mal organizado, entonces nos hace tomar malas decisiones. Estos dos mecanismos pueden ser rápidamente mitigados. En cuanto a los mecanismos intencionales,

lo hacemos mal porque podríamos perder si hacemos lo correcto. Es decir, los incentivos están desalineados con los objetivos del sistema. Esto también ocurre en la implementación de políticas de salud mental.

Hay dos bases éticas fundamentales en el desarrollo del servicio de salud mental: el respeto de los derechos humanos y la eficiencia. Y no nos podemos perder de esos dos principios fundamentales. El cuarto mecanismo de desperdicio de recursos nos alerta la OCDE, es que los actores tienen el único propósito de servir a sus propios intereses, que es prácticamente el mecanismo de la corrupción. Reflexionemos cómo revertir estos cuatro mecanismos, elevando la capacidad institucional de implementar mejor las transformaciones sobre la respuesta a los problemas de salud mental de la población, sin perdernos de los principios fundamentales.

“ El informe Lancet del grupo experto encabezado por Graham Thornicroft alerta: las personas sufren más por lo que se dice de la salud mental que por el trastorno mental que tienen. ”



Como cierre, frente a la interrogante ¿Cómo el AUGE puede avanzar en reducir la carga de enfermedad mental en un marco de respeto de los derechos humanos y responsabilidad con los recursos disponibles? Tenemos que hacer que el país invierta y desarrolle políticas y servicios para salud mental en coherencia. Todos pode-

mos hacer algo desde el lugar que estemos. Recurro al lema de la campaña del 2022 sobre el Día Mundial de la Salud Mental, que justamente hacía esta invitación: “Haz tu parte para apoyar la salud mental”. Bueno, Colegio Médico haz tu parte para apoyar la salud mental. Muchas gracias.



DRA. GISELA VIVEROS
EN LAS MESAS REDONDAS

“Es necesario pensar la salud de los próximos 20 años con perspectiva de género en todos sus bloques, como también hacer un link entre cuidadoras y Atención Primaria. Son las mujeres las que se llevan la carga de enfermedad de personas mayores o de hijos que están bajo su custodia. Si además son mujeres pobres, el peso sobre sus hombros es aún mayor. Si hace algunos años el desafío fue disminuir la mortalidad materno infantil y luego incluir en el GES coberturas para el cáncer cervicouterino y mama, ahora podría ser entrelazar la política nacional de cuidados con la Atención Primaria Universal” .



Otra vez el invierno

Enfermedades respiratorias pre y post pandemia



Por: Dr. Juan Pablo Torres *

* Médico cirujano, pediatra, infectólogo y doctor en ciencias médicas de la Universidad de Chile, además de post doctorado en Southwestern Medical Center at Dallas de la U. de Texas en el campo de las infecciones respiratorias virales. Profesor asociado del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente y de la Unidad de Infectología del Hospital Luis Calvo Mackenna. Fue miembro del Consejo Asesor Presidencial, Abrams las escuelas del Ministerio de Salud y Educación durante la pandemia.

Como las enfermedades respiratorias no sólo son recurrentes sino también contingentes, ya que todos los inviernos nos aquejan, la pregunta de fondo es si estamos haciendo algo distinto para abordarlas. Las lecciones que nos dejó la pandemia del Covid-19 son inmensurables porque ésta marcó un punto de inflexión en la manera que tenemos de enfrentar ciertos problemas de salud. Siendo sinceros, aquellos que trabajamos o estudiamos los virus respiratorios, nunca pensamos que íbamos a tener dos años sin circulación de éstos, salvo el SARS-CoV. En pandemia, desaparecieron el VRS (virus respiratorio sincicial), el virus influenza, y lo que tuvimos en materia epidemiológica fue una curva de circulación viral plana.

Todo ese fenómeno atípico cesó cuando se levantaron las medidas de la pandemia y las personas y los virus volvieron a circular. Tuvimos una gran cantidad de casos de virus sincicial en 2023, cuando niños susceptibles a infectarse y que no lo hicieron en los años anteriores, se acumularon. Si uno lo mira así, el aplanamiento de la curva no necesari-

amente es lo mejor que nos puede pasar, pues nos generó un cambio brusco posterior en el número de casos que, al menos entre 2015 y 2018, habíamos logrado tener bastante caracterizado y con una estacionalidad conocida.

Después de la pandemia, en cambio, los virus respiratorios con sus respectivos peak en niños no solo volvieron a circular, sino que cocircularon y tuvieron una estacionalidad distinta a la habitual. Empezaron a reaparecer bacterias como el neumococo, asociado posiblemente también a la disminución de coberturas en vacunas, que es nuestra principal estrategia de prevención. Y con ello aumentó, además, la susceptibilidad a posibles brotes de enfermedades inmunoprevenibles, como el sarampión, meningococo y circulación de otras bacterias como por ejemplo, algunos casos de Mycoplasma.

“Tener amplias estrategias de vacunación es nuestra principal herramienta de prevención y de inversión en salud. Una estrategia equitativa, además, porque las vacunas llegan a todos los niños y también a los adultos, ya sean del sistema público y privado. No podemos descuidar las coberturas. (...) El 65% de todos los virus que se detectan en las consultas en menores de un año es VRS (virus sincicial)”.

“ En la pandemia (de Covid-19) obtuvimos muchos aprendizajes que ojalá lleguen para quedarse. Uno de los puntos clave fue la importancia de la transdisciplina. Cuando se juntaron los profesionales de salud a trabajar con los tomadores de decisión, y también se convocó a privados y a los ingenieros, se lograron resultados muy valiosos. Esos datos registrados previos o posteriores a cualquier tipo de intervención y que midieron impacto, obviamente se tradujeron en una política pública mucho mejor fundada ”.

La relación que hay hoy entre virus y bacterias nos pone en un nuevo escenario. Y para graficarlo creo que es bueno retroceder en el tiempo y revisar cómo actuamos pre-pandemia para controlar el coqueluche, también conocido como la tos convulsiva o de los 100 días. El último peak que tuvimos de esta enfermedad en Chile fue el 2012. Ese año, la mayor parte de los casos se concentró en la zona del Biobío, en Concepción, y se dio entre los niños más pequeños, aquellos que no alcanzaban a recibir las tres dosis de vacunas. Esto se pudo –en parte– contrarrestar con la prevención de casos al implementar la vacunación materna.

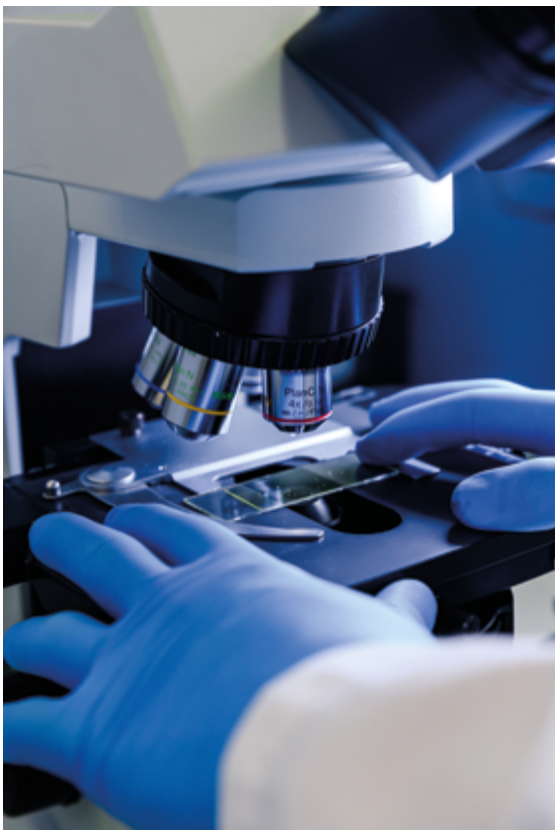
En los años 2015, 2016, comenzamos a tener efectos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación: aumentaron 400 veces la cantidad de apneas en prematuros. Esa fue la señal de alerta que llevó al país a cambiar el tipo de vacuna que se

utilizaba, introduciendo una vacuna hexavalente con componente de pertussis, distintos a la vacuna de células enteras que estábamos usando. Y entonces, efectivamente se empezó a ver paulatinamente una declinación en los eventos adversos asociados. De paso, optimizamos el Programa Nacional de Inmunizaciones. Chile se convirtió así, en el primer país de Sudamérica en incorporar esta vacuna hexavalente que se administra a los dos, cuatro, seis y 18 meses. Y la cobertura obtenida pre pandemia fue óptima, el 2019 alcanzamos porcentajes superiores al 90%.

Con la pandemia evidentemente nuestras coberturas bajaron pero pudieron recuperarse hacia 2022, lo que demuestra que contamos con la confianza de los padres y madres para ir a vacunar a sus niños. Esto, sumado a la vacunación materna, que es la que permite que la madre le transfiera a través de la placenta los anticuerpos al bebé para protegerlos durante los primeros meses de vida, han hecho que la mortalidad por coqueluche sea prácticamente cero.

Pero este no es el único ejemplo de cómo Chile ha implementado medidas de impacto en salud. También tuvo una estrategia muy importante en inmunizaciones contra el neumococo, la principal bacteria causante de la neumonía. Desde 2007 y hasta 2019, obtuvimos coberturas del orden del 90 o 95%, lo que logró que la cantidad de casos que nos aquejaban fuera disminuyendo. Así fue al menos hasta que llegó la pandemia que es cuando desaparece prácticamente la circulación de neumococo, para regresar con fuerza el 2022 y

2023, sobre todo en niños. No obstante el retorno de la infección podía ser esperable y se cree que el incremento será temporal y después de algunos años podrá ser similar a las tasas de incidencia pre-pandemia, en un estudio de la doctora Rivacoba, es posible observar cómo aumentó la severidad de esta infección y la importancia que adquiere mantener buenos sistemas de detección de casos, para conocer cuál es el serotipo y si la vacuna que tenemos disponible efectivamente los cubre.



En este caso sabemos que estamos empezando a tener casos de infección neumocócica invasora por serotipos que no están incluidos en la vacuna que estamos usando, lo cual está ocurriendo en varias partes del mundo. Post pandemia, luego de la reaparición del VRS y la influenza, es posible esperar una reemergencia de la enfermedad neumocócica invasora; así, establecer una estrategia de prevención para los dos primeros virus podría tener impacto en disminuir la circulación o los casos de enfermedad neumocócica invasora.

La carga de enfermedad por influenza es muy alta y se manifiesta en hospitalizaciones en niños y mortalidad principalmente en adultos mayores. Hay alrededor de 100 millones de casos de influenza en el planeta cada año y varios de esos pueden tener, sobre todo en la población de riesgo, un curso bastante más severo, lo que trae, costos en salud que también son cuantiosos. Tener amplias estrategias de vacunación es nuestra principal herramienta de prevención y de inversión en salud. Una estrategia equitativa, además, porque las vacunas llegan a todos los niños y también a los adultos, ya sean del sistema público y privado. No podemos descuidar las coberturas. En influenza estábamos aproximadamente en un 84% antes de la pandemia pero en los años posteriores a ésta, los valores pueden acercarse a un 70%.

El 65% de todos los virus que se detectan en las consultas en menores de un año es VRS. Y afecta principalmente a los menores de seis meses, quienes pueden presentar los casos más graves. Sabemos que si no hacemos nada, vamos a tener cada año una “mini pandemia” de este virus. Para

que la llegada del VRS pueda ser asumida, los hospitales y los servicios de urgencias se preparan cada año con camas y con personal adicional.

La ciencia, por su parte, ha ido generando diferentes estrategias de prevención. La que adopta Chile, y que ya partió en los niños menores de seis meses desde el 1 de abril del 2024, es usar anticuerpo monoclonal (nirsevimab), lo cual entrega una inmunidad pasiva, que en un pinchazo de unos 2-3 segundos administra los anticuerpos específicos para protegerse del virus. También hay en desarrollo vacunas que todavía no están licenciadas para el niño mayor de seis meses, y vacunas que sí lo están para ser usadas en el adulto mayor pero que no están disponibles aún en nuestro programa. En Argentina, por ejemplo, ya adoptaron la estrategia de vacunación materna contra el VRS, para que la madre le transmita anticuerpos y protección contra la severidad de la infección de virus respiratorio sincicial en los primeros meses de vida a su hijo. Y el aprendizaje para eso –nuevamente- viene fortalecido luego de todo lo aprendido durante la pandemia.

En la pandemia obtuvimos muchos aprendizajes que ojalá lleguen para quedarse. Uno de los puntos clave fue la importancia de la transdisciplina. Cuando se juntaron los profesionales de salud a trabajar con los tomadores de decisión, y también se convocó a privados y a los ingenieros, se lograron resultados muy valiosos. Esos datos registrados previos o posteriores a cualquier tipo de intervención y que midieron impacto, obviamente se tradujeron en una política pública mucho mejor fundada.

“ Sabemos que cuando trabajamos juntos nuestros resultados son mucho mejores que cuando los clínicos, la salud pública o las comunidades lo hacemos por separado. Continuemos moviendo entre todos la aguja para mejorar el impacto que tienen los virus respiratorios pero también enfrentando juntos otros problemas de salud ”.

En el caso nuestro, nos tocó desde la Facultad de Medicina de la U de Chile, trabajar con el Ministerio de Salud y con el Instituto de Sistemas Complejos de Ingeniería (ISCI), que tiene su base en la Facultad de Ingeniería de la misma universidad. nirsevimab El ISCI había firmado un convenio con Entel que, de manera completamente anónima, permitía conocer datos de movilidad de los usuarios de los teléfonos durante la pandemia. Y eso permitió generar muestras potenciales de estudios mucho más “inteligentes”. ¿Se acuerdan de los carros de testeo de PCR, búsqueda activa de casos? En éstos uno también se podía pinchar el dedo para medirse la IgG, es decir, para saber si uno tenía anticuerpos contra el SARS-CoV-2. Bueno, eso se logró mediante el cruce de la información propia de ingeniería, médica y clínica, y permitió instalar múltiples estaciones a lo largo de todo Chile, llegar a más gente y tener resultados probablemente más eficientes y más rápidos. Mediante testeos muy amplios de la serología IgG supimos cómo se estaba contagiando la gente del COVID y cómo estaba evolucionando el virus. Después, todos

estos datos impactaron en la toma de decisión de cómo vacunarnos mejor, en especial en el uso de esquemas heterólogos y terceras dosis.

Volviendo al virus respiratorio sincicial, me pregunto por qué no usar los modelos aprendidos en la pandemia para otras infecciones respiratorias. Sobre todo pensando en que Chile -por agenda- tendría acceso recién en 2027 a alguna dosis de nirsevimab, que es el anticuerpo monoclonal que actualmente estamos utilizando para prevenir el VRS. No somos un mercado grande para el proveedor, pero justamente una de las cosas que nos permitió su llegada, fue que Chile tuviera estos equipos transdisciplinarios y que, junto con el Ministerio de Salud, existiera un buen manejo de datos. Nuestra experiencia y nuestros datos podían servir para una óptima toma de decisión en Chile, pero también para el resto de países de Latinoamérica.

El Instituto de Sistemas Complejos de Ingeniería es capaz de hacer análisis que realmente son muy relevantes y que los doctores Leonardo Basso, Denis Sauré y su equipo aprendieron a aplicar y desarrollar durante la pandemia. Se armaron grupos de trabajo que levantaron información sobre la carga de enfermedad del VRS, y que con modelos similares a los generados en la pandemia, pueden ayudar a predecir la circulación viral. Uno de los más importantes estudios que hizo el ISCI fue el que midió costo-efectividad. El equipo trabajó con datos reales de hospitalizaciones y consultas en urgencias para responder cómo hubiesen sido las

campañas de invierno el 2019, 2022 y 2023, si es que se hubiese usado el monoclonal en los menores de seis meses. Y si eso, además, hubiese sido un costo ahorrrativo durante estas tres temporadas. El impacto era evidente: 27.000 días cama menos en 2023, alrededor de 13.500 días menos de camas UTI. La reducción también era visible en el servicio de urgencia y se traducía en un ahorro importante para el Estado. Toda esta valiosa información permitió demostrar que la estrategia podía resultar costo-ahorrativa, incluso solo considerando costos directos, lo cual podía ser crucial para que las autoridades tomaran una decisión basada en la mejor evidencia nacional disponible.



En septiembre pasado, el comité asesor (CAVEI) recomendó con estos datos que se usara el nirsevimab en menores de seis meses en nuestro país. Y ya el 26 de marzo de este año, en el Hospital El Pino, tuvimos la primera niña inmunizada en Chile, en Latinoamérica y en todo el hemisferio sur. Chile fue muy pionero en esta estrategia en parte gracias a este trabajo integrado, transdisciplinar, basado en datos, con un compromiso del ministerio y de todas las partes: proveedores, academia, Instituto de Sistemas Complejos. También ahora sabemos que podemos vacunar a prematuros y que es muy seguro. Desde el 1 de abril pasado, partimos inmunizando a todos los recién nacidos en temporada, a todos los menores de seis meses (nacidos desde el 1 de octubre del 2023), y a todos los beneficiarios de la ley Ricarte Soto. Como decía, una sola inyección intramuscular, que se puede coadministrar con las otras vacunas en los niños, permite protegerlos en pocas horas.


El equipo seguirá generando datos. De hecho, en materia de coberturas ya salió un informe preliminar que arroja que en los 10 primeros días de la estrategia VRS, se inmunizaron más de 20 mil niños. Al mes de agosto del 2024, los niños nacidos en temporada en maternidades tienen una cobertura superior al 98%, y los menores de 6 meses una cobertura que supera el 90%. Otras pruebas del éxito de la estrategia podemos observarlas en España, EE.UU, Francia y Luxemburgo, donde los datos son muy favorables. En Luxemburgo la disminución de las hospitali-

zaciones por VRS en los menores de seis meses es del orden del 70% y en España superiores al 85%. Vamos a ver cuáles son los resultados finales en Chile, pero hacia allá nos encaminamos y en base a esa evidencia y datos es que nos prepararemos para el próximo año. El virus sincicial, a diferencia de lo que pasó en pandemia, se va a mantener circulando, pero la severidad de los casos va a disminuir y no se va a ver esa acumulación tan grande de susceptibles. Es decir, avizoramos un escenario muy positivo.

En conclusión, tenemos excelentes métodos de prevención, ahora también contra el VRS, pero también para pertussis, neumococo e influenza y por eso es muy importante fortalecer las campañas que nos permitan tener las mejores coberturas posibles de nuestras vacunas y monoclonales disponibles. Todo esto se alinea con nuestro sistema de salud y promueve tres conceptos muy relevantes: equidad, como el motor que permite hacer estos cambios; fortalecer la atención del sistema público y privado para todos nuestros niños. Y tercero, promover el trabajo transdisciplinario como un modelo y deber ético que aprendimos en pandemia. Sabemos que cuando trabajamos juntos nuestros resultados son mucho mejores que cuando los clínicos, la salud pública o las comunidades lo hacemos por separado. Continuemos moviendo entre todos la aguja para mejorar el impacto que tienen los virus respiratorios pero también enfrentando juntos otros problemas de salud.







REDES:
¿Qué hacemos y cómo lo hacemos?

PENSANDO LA REFORMA: A 20 AÑOS DEL AUGE, SALUD MÁS ALLÁ DE LA CONTINGENCIA

Tiempos de espera

¿Dónde estamos en la fila?



Por: Dr. Osvaldo Salgado*

Dr. Osvaldo Salgado Zepeda es médico otorrinolaringólogo, titulado en la Universidad de Chile, con una extensa trayectoria en el servicio público. Durante su carrera profesional, ha desempeñado cargos relevantes en la gestión de salud pública del país.

Fue Subsecretario de Salud durante el gobierno del ex Presidente Ricardo Lagos, donde tuvo un rol fundamental en la creación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, convirtiéndose en su primer subsecretario. Posteriormente, en el segundo gobierno de la ex Presidenta Michelle Bachelet, asumió como director del Servicio de Salud Metropolitano Sur; y entre el 16 de junio de 2023 y el 31 de marzo de 2025, nuevamente, estuvo a cargo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin duda importa dónde estamos en la fila pero también cómo están nuestras filas. Y lo que encontramos al hacer ese análisis, es un desbalance grande entre la demanda y la oferta. Ningún sistema del mundo está en condiciones de entregar simultáneamente todas las prestaciones que la población demanda al mismo tiempo, por lo que por definición, hay lista de espera en prácticamente todos los sistemas de salud. Un documento del Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de 2017 describe de manera detallada lo que la literatura ha establecido como hechos relevantes en este tema.

Frente a la constatación de que listas de espera habrá siempre, y que hay personas que se atienden primero que otras, lo peor que puede pasar es

que se priorice por razones económicas, políticas o incluso compadrazgo. Lo correcto, en cambio, es que esa priorización tenga que ver con criterios sanitarios y que los recursos que se disponen se distribuyan de acuerdo a eso.

Si se analiza el GES, además de ser una política pública que entrega derechos legales a la mayor parte de la población, estableciendo garantías que se deben cumplir, es también una forma para priorizar una demanda que excede la oferta y que, esta vez por ley, dispone los recursos en función de un listado de problemas definidos con criterios sanitarios, con el fin de atenderlos con garantías explícitas.

Las listas de espera se relacionan con aspectos estructurales, como es la carga de enfermedad de una comunidad determinada. En la pirámide de Kaiser, que estratifica a las personas de una población dependiendo de su nivel de salud o enfermedad, podemos ver que, en la medida en que subimos desde su base a la cumbre, aumentan las personas que llevan una carga mayor de enfermedad y que requieren más cuidados de salud. Se espera que sea el 5 % de la población quienes estén en la cúspide, y en nuestro país tenemos el 8,8%. Un 17% de la población mayor de 15 años, tiene más de cinco patologías crónicas. Evidentemente esto presiona fuertemente a todos los niveles de atención.

Asimismo, las listas de espera que ocurren en los niveles secundario y terciario, tienen que ver con cuánta demanda viene de la atención primaria. Es cierto que con mucha prevención, promoción y trabajo comunitario podríamos disminuir esa demanda,





pero con resultados en el largo plazo y es imposible que en dos o tres años impacte en las listas de espera. Lo que sucede hoy es que la gente está consultando mucho más que antes en la Atención Primaria y eso genera una presión mayor al sistema.

Revisando qué pasa en otras partes del mundo, a propósito de dónde estamos en la fila, en Latinoamérica muy pocos países llevan un registro detallado de sus listas de espera, Costa Rica es uno de ellos, Argentina mide algunos problemas oncológicos. La OCDE mide temas específicos, por ejemplo, la cirugía de catarata, la cirugía de cadera, reemplazo de rodilla. En Chile, en cambio, llevamos un registro nacional detallado de las diferentes patologías en consultas nuevas de especialidad e intervenciones quirúrgicas. A pesar de las debilidades de los sistemas de registro, podemos conocer con detalle los tiempos de espera, a nivel nacional o local, por especialidad y patología.

Otra mirada para ejemplificar dónde estamos en la fila es en relación a la OCDE. Por ejemplo, en cataratas, que es una patología GES, en Chile el 49% de las personas espera más de 3 meses. La media de la OCDE es: 42%. En cambio, en reemplazo de rodilla (no GES) en Chile el 97% espera más de 3 meses y la media OCDE es 58%. Es pertinente en todo caso tener como otro punto de comparación el gasto per cápita en salud, en que la media de la OCDE es US\$4.868 y en Chile es de US\$ 2.699. (Datos estimados en Informe de Salud OCDE, 2022).

La situación actual de las listas de espera se relacionan fuertemente con la pandemia que, sin duda,

produjo un punto de inflexión en todo el mundo. En Inglaterra la lista de espera alcanzó su máximo récord desde que se iniciaron los registros en 2007. En Australia, en tanto, el Gobierno estableció que la espera es la más alta que han tenido en 20 años.

¿Qué es lo que ha pasado en Chile en los últimos años? Durante los años 2020 y 2021 la atención ambulatoria se restringió muy severamente. Las personas que tenían una patología crónica no diagnosticada o aquellos que tenían enfermedades crónicas no consultaron ni se controlaron hasta 2022, lo que explica el aumento significativo de la demanda a partir de ese año.

“ Revisando qué pasa en otras partes del mundo, a propósito de dónde estamos en la fila, en Latinoamérica muy pocos países llevan un registro detallado de sus listas de espera, Costa Rica es uno de ellos, Argentina mide algunos problemas oncológicos. La OCDE mide temas específicos, por ejemplo, la cirugía de catarata, la cirugía de cadera, reemplazo de rodilla. En Chile, en cambio, llevamos un registro nacional detallado de las diferentes patologías en consultas nuevas de especialidad e intervenciones quirúrgicas. A pesar de las debilidades de los sistemas de registro, podemos conocer con detalle los tiempos de espera, a nivel nacional o local, por especialidad y patología ” .



Las personas bajo control por hipertensión o diabetes disminuyeron en 2020 y 2021. Durante el 2023 el número de estos pacientes ha superado lo observado en 2019. Los egresos por accidentes vasculares e insuficiencia cardíaca han aumentado significativamente en 2023, en relación a todos los años anteriores. Nos encontramos con un salto entre lo que teníamos en tiempos “normales” respecto de lo que tenemos actualmente. En una publicación reciente de la destacada revista *The Lancet* se hace una estimación de los tiempos de espera dependiente del número de personas que “regresa” al sistema y el aumento de producción de servicios para quebrar la tendencia. Lo que se plantea es que si solo “regresa” el 50% de los pacientes, se requiere un aumento de casi un 30% de la producción. Esto es muy importante, porque la pregunta que nos hacemos es hasta cuándo continuará esta mayor demanda que tenemos y por ende, cuándo tendremos tiempos de espera más razonables. (*The Lancet*: Effects of

the COVID-19 pandemic on NHS England waiting times for elective hospital care: a modelling study. Published Online January 11, 2024 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02744-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02744-7))

A partir de 2022, se está ejecutando el “Plan de Gestión de Tiempos de Espera” que tiene como objetivos aumentar la producción y la productividad; acercar las soluciones a las personas y mejorar la transparencia y los sistemas de información. Cada uno de estos objetivos tiene varias estrategias que impactan en los diferentes procesos involucrados en la reducción de los tiempos de espera.

Respecto del nivel de producción que hemos tenido en los últimos años, en egresos hospitalarios, logramos llegar al nivel que teníamos en 2019. En consultas nuevas de especialidad, nos mantenemos más o menos igual pero en aumento respecto a 2022. En intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias estamos incluso mejor que en 2019.

Las consultas de Atención Primaria han aumentado en más de 3 millones desde 2019, pasando de poco más de 33 millones a casi 37 millones el 2023. Esto evidentemente produce aumento del número de casos y de los tiempos de espera en patologías no GES y lo mismo ocurre con aumento de las garantías abiertas y los retrasos GES. En 2023 se abrieron más de 4.550.000 garantías, lo que significó un aumento del 16% respecto del 2022, y del 14% respecto de 2019. A pesar de esto, solo poco menos del 2% se retrasa, con menos tiempo de retraso que en 2022. Es necesario agregar que, en relación a 2019, hay 2 nuevos problemas de salud en el listado GES y 60 nuevas garantías.

“ Algunos sostienen que las listas de espera se provocan por problemas principalmente por falta de gestión, pero no estoy completamente de acuerdo. En Chile hay gestión y se focalizan los recursos. Tenemos muchas estrategias que requieren gestionar procesos. Por ejemplo, hemos puesto los mayores esfuerzos en la reducción de la espera de aquellas personas que tienen más tiempo en la lista y la reducción en el percentil 90 que corresponde a estos casos y se ha disminuido en porcentaje mayor que el resto. Este año estamos reforzando nuestro objetivo, focalizando en los que esperan desde antes de 2019 para una cirugía, hasta llegar a cero a fin de año. Se monitorea permanentemente, a veces caso a caso y todos los Servicios de Salud tienen instrucciones para eso ”.

Los problemas que tienen más garantías retrasadas son por fondo de ojos en diabéticos, cataratas, retinopatía, vicios de refracción y la hipoacusia. También hay retrasos en cáncer, especialmente de mama, colorrectal, gástrico. En el caso de cáncer, en el 58% la garantía retrasada es en la etapa de diagnóstico. De estos, solo en un tercio se confirma un cáncer. Se ha aumentado el porcentaje de pesquisa de manera sustancial.

En lista de espera no GES por consulta nueva de especialidad, a diciembre de 2023 el número de casos alcanzó los 2.401.560 registros, que corresponden a 2.006.440 personas (1,2 casos por persona). En 2023 aumentaron 196.036 casos respecto al año 2022 y 474.741 más que en el año 2019. La mediana de tiempos de espera a febrero de 2024 ha disminuido en 300 días respecto a agosto de 2021, que es la mayor cifra histórica. A diciembre de 2023, la mediana de espera para consultas nuevas de especialidad es de 240 días (28 días menos que en 2022) y el promedio es de 353 días promedio (73 días menos que en 2022). Sin embargo, ha aumentado en 7 días entre diciembre de 2023 y febrero 2024, situación que nos preocupa pero debiera estabilizarse en los próximos meses. Considerando lo anterior, se observa que, a pesar del aumento del número de personas en espera, se ha reducido el tiempo de espera en consultas nuevas de especialidad. Las especialidades con mayor número de casos son: oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y traumatología.

El número de casos de Lista de Espera No GES a diciembre 2023 para intervenciones quirúrgicas

alcanzaron los 333.579 registros, con 1,13 casos por persona, es decir, 294.565 personas. Los casos aumentaron en más de treinta mil respecto al año anterior y sobre cuarenta y cinco mil en base al año 2019. A diciembre de 2023, la mediana de espera para intervenciones quirúrgicas es de 289 días (70 menos que el 2022) y el promedio es de 449 días (95 menos que el 2022). La mediana de tiempos de espera a febrero de 2024 ha disminuido en 359 días respecto a diciembre de 2021. Al igual que las consultas, entre diciembre y febrero se aumentó 13 días en cirugías. Sin perjuicio de esto, se observa que a pesar del aumento del número de personas en espera, se ha reducido el tiempo de espera en intervenciones quirúrgicas.

¿Cuáles son las estrategias específicas para abordar las listas de espera del 2024?

Son variadas, como por ejemplo, aumentar la agenda médica destinada a consultas nuevas de especialidad, disminuyendo los controles, con derivación del mayor número posible de estos a la Atención Primaria. Además, aumentar las cirugías de la lista de espera. En muchos casos, el manejo de las agendas y las tablas quirúrgicas tiende a mantener a muchos pacientes en control o a realizar las cirugías a los pacientes más recientes. Es necesario modificar esta conducta y estamos haciendo esfuerzos en esa dirección.

El uso intensivo de la telemedicina por medio del Hospital Digital busca aumentar la producción y la productividad, disminuir los pacientes que no se presentan, aumentar la contactabilidad, focalizar en los pacientes más antiguos y mejorar la gestión de la información a través de la interoperabilidad.

Los operativos y otras actividades con privados sin fines de lucro. Mejorar la transparencia a la población es también una estrategia importante.

Asimismo, esperamos tener negociaciones con los Gobiernos Regionales para mejorar la oferta institucional, porque los recursos que tenemos disponibles para la compra de servicios hoy día son limitados. En varias regiones el GORE financia la reducción de los tiempos de espera y ha resultado ser una buena iniciativa que esperamos fortalecer.

Uno de los problemas más serios que tenemos es la contactabilidad. En este sentido, para hacer un seguimiento más eficiente de los casos que contactamos, vamos a trabajar con la estrategia de los “navegadores”, que son profesionales que tienen la función de contactar y mantener el seguimiento hasta que a las personas se les atiende.





Los operativos con los colegios profesionales nos han dado buenos resultados y esperamos mantenerlos, pero deben ser muy bien coordinados con los Servicios de Salud para asegurar la continuidad de esas atenciones.

Algunos sostienen que las listas de espera se provocan por problemas principalmente por falta de gestión, pero no estoy completamente de acuerdo. En Chile hay gestión y se focalizan los recursos. Tenemos muchas estrategias que requieren gestionar procesos. Por ejemplo, hemos puesto los mayores esfuerzos en la reducción de la espera de aquellas personas que tienen más tiempo en la lista y la reducción en el percentil 90 que corresponde a estos casos y se ha disminuido en porcentaje mayor que el resto. Este año estamos reforzando nuestro objetivo, focalizando en los que esperan

desde antes de 2019 para una cirugía, hasta llegar a cero a fin de año. Se monitorea permanentemente, a veces caso a caso y todos los Servicios de Salud tienen instrucciones para eso.

Otro ejemplo son los Centros Regionales de Resolutividad, que son pabellones quirúrgicos de alto rendimiento que comenzaron el 2023 con 7 hospitales en el país, y que han producido un avance notable. Son acciones sencillas pero que requieren de liderazgos clínicos y personal comprometido. Equipos del Ministerio realizan capacitación, motivación acompañamiento y supervisión. Consiste en comenzar la cirugía a la hora programada, recambiar los pacientes en el menor tiempo posible, preparar las cajas quirúrgicas el día anterior, realizar las tablas quirúrgicas una semana antes, hacer evaluaciones prequirúrgicas para disminuir las suspensiones, etc.

Así hemos logrado que se aumente el número de cirugías mayores ambulatorias por pabellón, la subprogramación ha disminuido en más de un 70% y se ha logrado rebajar en 11% las suspensiones. Hemos observado, además, que se han aumentado en un 15% las cirugías en los otros pabellones del hospital que no están incluidos en esta estrategia.

Este año, sin recursos extras, estamos incrementando en 16 el número de pabellones de alto rendimiento. Estos son los hospitales Félix Bulnes; El Carmen; Padre Hurtado; Rancagua; Talca; Grant Benavente de Concepción; Los Ángeles; Las Higueras.; Antofagasta; Copiapó; Coquimbo; Curicó; Osorno; Puerto Montt; Magallanes; San Antonio. Esperamos que el presupuesto del próximo año nos permita aumentar sustantivamente el número de hospitales.

Quiero mencionar también la estrategia del Acto Único, es decir, la que aborda aquellas personas que están esperando atención en cardiología, ginecología o urología. En ellas, se les otorgan todas las prestaciones relacionadas, es decir, si requieren el pase cardiológico o imagenología u otro, se le realiza en el mismo día. La meta es que en una sola visita al hospital, la persona resuelva su caso y entonces esté en condiciones de poder ser operada o tener la solución que corresponda más prontamente.

Otras de las acciones de tipo administrativo que estamos llevando adelante son las modificaciones de la normativa de salida de lista de espera,

reduciéndolas y definiéndolas con mayor precisión para evitar errores en los egresos. Está en revisión la Norma de Registro de Lista de Espera, que viene de 2011, se han establecido orientaciones técnicas de contactabilidad, de referencia y contrarreferencia en Red, de los “navegadores” y del Modelo de Acto Único.

Por último, una mención respecto a la aseveración que han señalado la prensa y varios actores políticos de que “la gente se muere por la lista de espera”. La gente se muere estando en una lista de espera, pero no por la patología por la que está esperando. La lista de espera no GES es de problemas electivos. Así las personas fallecen de las mismas causas que la población general, a las mismas edades. El 40 % tiene más de 80 años. Las personas fallecen esperando también una pensión más digna, o esperando más equidad o mejor acceso a la justicia. Pero de eso, no se habla.

Las listas y los tiempos de espera son un problema muy importante y requiere del esfuerzo de muchos. El Ministerio de Salud está llevando adelante un plan que ha demostrado reducciones en los tiempos de espera. Estamos todavía muy lejos para sentirnos satisfechos y seguiremos implementando las mejoras que el sector público requiere, esperando contar con los recursos necesarios, con los aportes de todos los actores, públicos o privados, para que la población reciba la atención más oportuna que el país pueda otorgar.

Agradezco al Colegio Médico por el interés en discutir y avanzar en esta materia y por la oportunidad de dar a conocer lo que estamos haciendo.



Enredados en la Red

Los desafíos de la red asistencial



Por: Dra. Daniella Greibe *

* Médica cirujana. Directora del Servicio Salud Metropolitana Occidente y especialista en Obstetricia y Ginecología de la U. de Santiago. Diplomada en Gerencia Social y Políticas Públicas de la FLACSO. Y en Gestión de Calidad y Seguridad Asistencial para Empresas de la U. Católica.

Si definimos que las redes se articulan por territorio, lo primero que un gestor o gestora tiene que hacer es posicionarse: ¿desde dónde voy a gestionar la salud? Soy gestora del Servicio de Salud Occidente, que cubre a 15 comunas con distintas realidades como Alhué, que cuenta con 7 mil habitantes y una densidad poblacional de nueve personas por km²; o como el municipio de Renca, donde viven 160 mil personas en 24 km². Nuestra red, a pesar de estar en la Región Metropolitana, tiene un 11% de ruralidad y un 25 % de pobreza multidimensional, lo que nos sitúa por sobre la pobreza multidimensional del país que es de un 16.9%. Debemos considerar los determinantes sociales de las distintas realidades, como por ejemplo los de las personas migrantes que en nuestro servicio representan un 10% de población.

Nuestra red cuenta con 35 CESFAM (Centros de Salud Familiar), 20 CECOSF (Centros de Salud Comunitaria Familiar), 16 postas rurales, un hospital comunitario, 22 SAPU (Servicios de Salud Primaria de Urgencia), seis SAR (Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución), seis SUR (Servicio de Urgencia Rural) y nueve COSAM (Centros de Salud Mental). Tenemos –además– tres hospitales de alta complejidad, el Hospital San Juan de Dios (el primero de Chile), el Hos-

pital Félix Bulnes y el Instituto Traumatológico. También hospitales provinciales, como Melipilla y Talagante; de menor complejidad como Peñaflores y un hospital comunitario en Curacaví, además de un Centro de Referencia de Salud, que otorga atención ambulatoria de especialidad. Es una gran infraestructura, por cierto, pero tenemos muchos déficits. Entre ellos, está que contamos con 1.2 camas por cada mil habitantes (provincialmente Talagante tiene 0.5 camas por mil habitantes), cuando en Chile el promedio es más o menos entre 2.1 a 2.6. A nivel de la OCDE, se plantea que se debe tener al menos cuatro camas por cada mil habitantes. La Red Occidente tiene una población asignada de 1.374.000 personas con un 85% de inscritos en FONASA.

“ En lista de espera nosotros hemos avanzado en tener promedios bajo 200 días el año 2023. Nos enorgullecemos, porque teníamos promedios en algunas de ellas, como la lista de espera ambulatoria, por sobre los 400 días. Pero estamos lejos de estar satisfechos, pues paralelamente tenemos casi 5 mil garantías GES retrasadas, de las cuales más de mil son oncológicas ”.

Una estrategia de éxito en nuestra red y que permite disminuir el impacto del déficit de camas es la hospitalización domiciliaria. Actualmente contamos con 325 cupos, lo que podría asimilarse a otro establecimiento asistencial, estrategia altamente valorada por las personas. Con todos estos dispositivos a nuestro haber y más de 10 mil personas que trabajan en la red, logramos producir 60 mil egresos hospitalarios al año. Cabe mencionar que, durante el año recién pasado (2023), realizamos casi 72 mil intervenciones quirúrgicas, 600 mil consultas de especialidad, un millón 70 mil consultas de Atención Primaria, sumadas a 1 millón 600 mil atenciones de urgencia al día de hoy. Las cifras son grandes pero también nos indican que nuestra población está accediendo a la atención en salud desde la urgencia, que es precisamente lo que no queremos que ocurra y, por ende, tenemos que continuar trabajando en ello.

“ Tenemos las ganas, las ideas y la convicción necesaria para continuar avanzando en la resolutivez de la Atención Primaria, pues aunque hemos intencionado que la gestión se enfoque en aquello, sabemos que deberíamos resolver más del 80 a 90% de los problemas de salud en ese nivel y seguimos teniendo un porcentaje menor. (...) Paralelamente, el médico de Atención Primaria necesita tener exámenes y arsenales farmacológicos que están disponibles sólo en el nivel secundario o terciario ”

En lista de espera nosotros hemos avanzado en el objetivo: tener promedios bajo 200 días el año 2023. Nos enorgullecemos, porque teníamos promedios en algunas de ellas, como la lista de espera ambulatoria, por sobre los 400 días. Pero estamos lejos de estar satisfechos, pues paralelamente tenemos casi 5 mil garantías GES retrasadas, de las cuales más de mil son oncológicas. Todos estos números observados con detención demuestran que hay un problema de gestión de la red y revertirlo es nuestro desafío diario.

También tenemos las ganas, las ideas y la convicción necesaria para continuar avanzando en la resolutivez de la Atención Primaria, pues, aunque hemos intencionado que la gestión se enfoque en aquello, sabemos que deberíamos resolver más del 80 a 90% de los problemas de salud en ese nivel y seguimos teniendo un porcentaje menor. Lo anterior, va más allá del número de CESFAM con los que contamos, de la necesidad de tener nuevos especialistas, o la insuficiente importancia que le estamos dando desde salud pero también desde la comunidad a la Atención Primaria. Constantemente participo de consejos de la sociedad civil y de desarrollo local, donde me relaciono con las comunidades y les digo: “por favor, créanle a sus CESFAM”. Me consta que es el establecimiento más confiable, pero en la práctica, cuando alguien tiene dolor abdominal y el médico de Atención Primaria lo examina y le dice: “tómese este medicamento o cambie su estilo de vida”, la persona tiende a pensar: “no me hizo nada, no me pidió una ecografía, no me pidió una endoscopia, no me dio una receta, por lo tanto, no le creo”. Y vuelve a consultar. ¿Resultado? El médico a la se-



gunda o a la tercera consulta, lo que hace es derivar por interconsulta al gastroenterólogo, donde tenemos extensos tiempos de espera.

Paralelamente, el médico de Atención Primaria necesita herramientas para ser más resolutivo: tener exámenes y arsenales farmacológicos que están disponibles sólo en el nivel secundario o terciario. Como gestora de un servicio, creo que éste es el foco: referencia y contra referencia. Tenemos que lograr no perder el rol que tiene cada estructura en la red, pues los equipos clínicos, tanto de hospitales como de Atención Primaria saben qué hacer y cómo hacerlo. Mi rol desde la

gestión, es coordinar la red y la del ministerio es dar un enfoque rector y normativo. Cuando esos roles se empiezan a mezclar y confundir quedamos enredados en la red.

Se hace relevante entonces, mirar hoy la experiencia usuaria. ¿Qué dice el usuario que está en esta red? ¿Siente que fue resolutiva su Atención Primaria o que tuvo continuidad de la atención? Porque si no logramos eso, finalmente, el problema vuelve y es redundante. Tenemos consultas de morbilidad o consultas de urgencia, pero no hay capacidad de asumir controles de crónicos y actividades de prevención, por ejemplo.



“ ¿Qué nos entrega como herramienta la red para poder gestionar? Sin duda se hace indispensable contar con un diseño de la red actualizado. (...) La idea es que los mismos usuarios construyan, conozcan y compartan el funcionamiento. La articulación de la red se dificulta cuando nos marca un contexto que permite que cada cuatro años cambie la definición de la articulación, y no exista continuidad en una planificación de salud que debe traspasar los cambios directivos ”.

¿Qué nos entrega como herramienta la red para poder gestionar? Sin duda se hace indispensable contar con un diseño de la red actualizado. Esta herramienta de gestión permite explicitar la articulación de la red en el territorio del occidente y la de los actores involucrados en entregar salud a la población. La idea es que los mismos usuarios construyan, conozcan y compartan el funcionamiento. La articulación de la red se dificulta cuando nos marca un contexto que permite que cada cuatro años cambie la definición de la articulación, y no exista continuidad en una planificación de salud que debe traspasar los cambios directivos. El diseño de la red materializado en un plan de inversiones y planificación estratégica le dará continuidad.

Pero una planificación estratégica en la red tiene que tener, además, un propósito común. Cuando hablamos de la red, me refiero a todos quienes trabajamos en ella. Por otro lado, si no compartimos lo que queremos hacer las mejoras no van a ocurrir nunca. Tenemos que lograr que ese propósito sea compartido y todos los actores de la red puedan tener claridad en este sentido. Las reuniones intercomunales y los consejos de la sociedad civil son herramientas que se han instalado durante los últimos 20 años en esta red. Al igual que los compromisos de gestión, la acreditación de calidad, la autogestión hospitalaria y la certificación en el modelo de salud familiar, nos permiten decir: planifico, mido y avanzo en esta línea. Lo mismo ocurre en el ámbito financiero y en el ámbito de las personas. Es fundamental que en una red tengamos claridad de los estudios preinversionales hospitalarios, del presupuesto que gestionamos y de los proyectos de Atención Primaria. Además, en la red hay un factor clave y con el tiempo lo será cada vez más: tener tecnologías de la información que conversen entre sí.

En el ámbito de las personas, también tenemos que tener claridad acerca de la formación de especialistas, o de cómo vamos a hacer los convenios docentes asistenciales. Porque cuando gestionamos una red, no lo hacemos desde la atención de una enfermedad en particular, sino que lo hacemos desde una perspectiva mucho más amplia. En cuanto al intersector, como gestora de la red, es vital saber cómo nos relacionamos: pues nuestro rol es conversar con las autoridades territoriales (municipios y Gobierno Regional), con los otros ministerios, las distintas seremías, delegaciones presidenciales, entre otros múltiples actores.

“ Se llama Atención Primaria porque es primero, no porque sea más básica. Sin embargo, a nivel comunicacional no hemos logrado darle la importancia que amerita. (...) En el contexto de una nueva Reforma, hay que observar el modelo de atención y también -en la necesidad de usar de manera eficiente los recursos públicos- el significativo aumento en el costo de las prestaciones. Hace 20 años se indicaba que había una obsolescencia en el modelo de atención de salud pues era curativo y centrado en el hospital y hoy día, si alguien mira cómo funciona una red de salud, podría decir que seguimos igual ”.

Me parece interesante mencionar una parte del discurso del presidente Ricardo Lagos el 21 de mayo del 2004 en la Cuenta Pública al Congreso Nacional: “Tenemos que mantener el ritmo de crecimiento de la Atención Primaria, con más especialistas, con más laboratorios, con más atenciones. Aquí es donde se da la verdadera batalla por la reforma de salud”. Pero los cambios culturales requieren participación política y tiempo, y cuando miramos los hechos concretos, nos damos cuenta de que han pasado 20 años ya, y todavía nos cuesta incorporar a la Atención Primaria como verdaderamente esencial. Se llama Atención Primaria porque es primero, no porque sea más básica. Sin embargo, a nivel comunicacional no hemos logrado darle la importancia que amerita. Si queremos que

la persona no busque el especialista, tenemos que visibilizarlo porque ahí está el foco y la solución.

En el contexto de una nueva Reforma, hay que observar el modelo de atención y también -en la necesidad de usar de manera eficiente los recursos públicos- el significativo aumento en el costo de las prestaciones. Hace 20 años se indicaba que había una obsolescencia en el modelo de atención de salud pues era curativo y centrado en el hospital y hoy día, si alguien mira cómo funciona una red de salud, podría decir que seguimos igual. No hemos logrado dar el paso y si no fortalecemos ahora la Atención Primaria, la insatisfacción y la falta de cobertura seguirán incrementándose. La red, entendida como una organización, es un ente neutro cuyos efectos dependerán de la intencionalidad que guíe a sus gestores.

¿Cuál es el sentido que tiene la red de Salud Occidente? ¿Qué es lo que estamos buscando en común? Los lazos de cooperación que se den entre los integrantes de la red y la unión de sus voluntades influirán en el éxito del proceso de la reforma. Pero atención, que esto es lo más difícil, más aún en un período de cuatro años, lapso que dura un gestor de la red en su cargo. Sinceramente creo que hay que revisar cómo se logra dar continuidad al trabajo y evitar que se parta de cero con cada cambio de autoridad. “Las redes deben tener capacidad de producirse a sí mismas y de recrearse continuamente, tienen que ser autónomas y con capacidad de supervivencia. Lo más importante es establecer compromisos que se cumplan y eso lo establece un liderazgo formal. La cultura predominante

de la salud pública chilena desde sus inicios ha sido, a grandes rasgos, el espíritu asistencialista y de beneficencia, con un sentido social y de responsabilidad de parte del Estado por la atención de todos los enfermos, medicalizada y hospitalocéntrica. Aún con un alto misticismo y compromiso con el sector, sus funcionarios resisten condiciones laborales a veces desventajosas, que los desmotivan. La transformación de los servicios en redes asistenciales hará sentir su influencia sobre la cultura organizacional del sector público. Trabajar en red es distinto. A veces opuesto a las características descritas, con posibilidades de generar una crisis de adaptación y requerir un proceso intencionado de cambio cultural, pero se trata de que la cultura de la gestión en red vaya superponiéndose y termine imperando". Así lo dice la serie de cuadernos que publicó el Minsal hace 17 años (La Red de Salud Pública. Serie de cuadernos N° 8, MINSAL, 2007).

Por otro lado, actualmente hay una fragmentación dentro de la misma red. Así, notamos que hay un discurso de ella a nivel de los gestores, y otro distinto a nivel de quienes la articulan realmente. Se requiere orientar la reforma a la gestión de personas que trabajan en la red y con la comunidad. La población tiene que valorar la red y le tiene que dar importancia a que sus problemas se resuelvan en centros de salud eficientes, amables y cercanos, para que finalmente validen las atenciones que ellos les otorgan. Para eso, las herramientas de gestión deben ser más descentralizadas, pues actualmente no tenemos herramientas de gestión de recursos humanos o de gestión financiera. Hoy, ningún servicio de

salud del país puede dar incentivos, desvincular y vincular a personas o cambiar remuneraciones, lo que complejiza la situación enormemente.

Por último, debemos lograr una mejor articulación entre todos los sectores: divisiones, servicios de salud, etc. y avanzar hacia un trabajo realmente en red en el que cada uno de nosotros, aportemos desde nuestro rol a objetivos comunes y transversales. También debemos profundizar la Reforma de Salud a través de la Universalización de la Atención Primaria y continuar avanzando en incorporar nuevas patologías GES. Todo lo anterior nos permitirá lograr que esta red realmente traspase todos los niveles de atención, y permita que algunas de las declaraciones de hace dos décadas, finalmente se concreten.





DRA. DANIELLA GREIBE
EN LAS MESAS REDONDAS

“ Por el hecho de ser cuidadoras, las mujeres postergan sus chequeos. Lo que queremos (con los Sistemas de Gestión Social Local) es que en cuanto se acerquen a un servicio del Estado para, por ejemplo, hacer una reevaluación de su ficha social, nuestro sistema esté tan vinculado entre sí que se les agende de inmediato una hora si allí aparece que tiene su papanicolaou o su mamografía atrasada ”.

¿Dónde está el paradigma?

Atención Primaria de Salud Universal



Por: Dra. Josefina Bascuñán *

* Médica cirujana y Master en Salud Pública de la Universidad de Chile, MSc International Health Management de Imperial College London. Posee amplia experiencia en gestión y políticas públicas implementadas a través de proyectos en el ámbito público y privado. Actualmente se desempeña como Subgerente de Gestión Clínica de Integramédica, parte de Bupa.

Solemos hablar de la importancia que tiene la Atención Primaria de Salud (APS) pero no siempre entendemos lo que hay detrás de ese paradigma. ¿A qué nos referimos y cuáles son sus componentes? Sin duda, la conversación es muy amplia pero me detendré en tres de sus elementos claves, que son los que cita también la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que, de acuerdo a su criterios, se interrelacionan entre sí.



Primero que todo debemos relevar su enfoque integral. Es decir, que la APS no está presente sólo en el consultorio, CESFAM u hospital, sino que es la que realiza la red completa en todas las etapas del proceso de salud y enfermedad de los individuos y sus familias. Y cuando hablamos de todas las etapas, nos referimos a que la APS aborda por medio de una cartera de prestaciones la promoción, la prevención y los procesos de rehabilitación, considerando de manera eficaz las causas de morbimortalidad y sus factores de riesgo. El segundo componente lo constituyen las acciones y las políticas multisectoriales. Es decir, las que abordan los determinantes de la salud de tipo económico, político, social y ambiental, pues sabemos que las personas no solo enferman y mejoran dentro de los sistemas de salud, sino que también son permeables a otros factores que influyen en sus estados. El tercer componente es que la Atención Primaria busca que las personas y las comunidades estén empoderadas y sean protagonistas de su bienestar, su recuperación y su autocuidado. En ese sentido, quiero destacar lo que dijo el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS en la última Asamblea de las Naciones Unidas en septiembre de 2023: la APS no es un nivel de atención, sino que aborda a lo largo del tiempo y de manera integral, las necesidades múltiples de las personas y las poblaciones.

Pero, ¿por qué nos enfocamos hoy en la APS? Porque tiene la capacidad para dar respuesta a los desafíos sanitarios de hoy. Lo hace desde la resiliencia y con un enfoque multisectorial. Sin ir más lejos, durante la pandemia este enfoque multisectorial, que incluye determinantes sociales





en su actuar y que pone al centro a las personas, es el que nos ayudó a sortear esa etapa. Hay que mencionar además, que la OMS recomienda la APS como el camino para llegar a la cobertura de salud universal, que representa uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030, por ser el enfoque más inclusivo, equitativo, eficaz y efectivo para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Es más: según cifras de la OMS, un 90% de las necesidades de salud de la población deberían ser resueltas en la Atención Primaria.

La contribución de la APS también quedó consolidada en múltiples investigaciones llevadas a cabo por la doctora Barbara Starfield. En el año 2005, Starfield generó evidencia que sigue más válida que nunca. La APS –plantea ella– actúa como una puerta de entrada al sistema de salud y favorece que los grupos más desfavorecidos accedan a éste, sin importar su origen social, económico, territorial o racial. Por otra parte, debemos entender que la APS contribuye a la calidad del cuidado sanitario. Y en ese sentido, hay hartos estudios que muestran que la calidad de los médicos de la Atención Primaria y sobre todo la que entregan los médicos de familia, es similar al cuidado que entregan los especialistas, por mucho que nuestra tendencia sea recurrir al especialista por un dolor abdominal. En cuanto a la contribución de la APS a la prevención y promoción de la salud, se sabe que las poblaciones que tienen una APS fuerte son muy eficientes en esto. De hecho, hay cifras que muestran que las poblaciones que cuentan con más médicos de familia tienen menores cifras de tabaquismo, de obesidad y también de tasa de

cánceres que son prevenibles, como el cáncer de mama o el cervicouterino.

La APS tiene la capacidad de impactar en el manejo oportuno de problemas de salud, pero además disminuye las tasas de hospitalizaciones prevenibles y también las consultas de servicio de urgencia. Si se fortalece adecuadamente, aborda el cuidado de las personas desde un enfoque holístico, lo que quiere decir que no solo da una mirada a una patología particular, sino que ve a las personas desde el punto de vista de sus necesidades. En esa dirección, la Atención Primaria cumple el rol de velar por el cuidado que entregan los especialistas, que muchas veces tienden a sobre diagnosticar o a sobre intervenir porque es parte de su sesgo.

“ La OMS recomienda la Atención Primaria en Salud (APS) como el camino para llegar a la cobertura de salud universal, que representa uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030, por ser el enfoque más inclusivo, equitativo, eficaz y efectivo para dar respuesta a las necesidades de salud de la población”. Paralelamente, “la APS –plantea la doctora Starfield en sus investigaciones– actúa como una puerta de entrada al sistema de salud y favorece que los grupos más desfavorecidos accedan a éste ” .

Pero los beneficios de la APS también son económicos. Cuando tenemos una atención que es más equitativa, mejoran la eficiencia y los outcomes, y hacemos partícipes de sus resultados a toda la población. Según una revisión realizada por la Organización Mundial de la Salud, en términos de eficiencia, además de disminuir las hospitalizaciones y la demanda de los servicios de urgencia con sus respectivos costos asociados, disminuye el uso de servicios secundarios y terciarios. En relación a los outcomes, la APS mejora la expectativa de vida, disminuye la mortalidad y aumenta los resultados de salud mental. Esas mejoras en el estado de las personas, se traducen -a su vez- en mejor seguridad social y en el incremento de la productividad y la participación laboral a nivel global.

“ En cuanto a la contribución de la APS a la prevención y promoción de la salud, se sabe que las poblaciones que tienen una APS fuerte son muy eficientes en esto. De hecho, hay cifras que muestran que las poblaciones que cuentan con más médicos de familia tienen menores cifras de tabaquismo, de obesidad y también de tasa de cánceres que son prevenibles, como el cáncer de mama o el cervicouterino. (...) además disminuye las tasas de hospitalizaciones prevenibles y también las consultas de servicio de urgencia ”.

En Chile hemos forjado una Atención Primaria que es sólida. Basta mirar algunos de los hitos de los últimos 100 años, para notar que tenemos una tradición sanitaria. Sólo por nombrar algunos, este año se cumple el centenario de la creación del Ministerio de Salud que es el que ha forjado las bases estructurales del sistema que actualmente tenemos. En la década de los 60 y 70, en tanto, se destacan los avances notables en desnutrición y mortalidad materno infantil. Y en el año 2005, no podemos dejar de mencionar la reforma a la salud GES, que considera la creación de este modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS) que conduce a que, el año 2022, comience el proyecto de Atención Primaria Universal.

Es importante entender que la Atención Primaria Universal es el primer paso para lograr un sistema de salud que nos congrege a todos. Y por eso, y a pesar de que han habido avances importantes, igual debemos seguir trabajando en reformar un sistema que todavía segrega a las personas en base a su aseguramiento, nivel socioeconómico y patología. El proyecto de Atención Primaria Universal no solamente se forja en esta tradición sanitaria que nosotros tenemos, sino que además en los recursos de nuestra Atención Primaria que, si bien no son perfectos, son súper sólidos y sustentan las bases de la estrategia que actualmente estamos posicionando.

En infraestructura tenemos más de 700 CESFAM y hospitales comunitarios, así como 1.400 CECOSF y postas de salud rural; y sobre 480 dispositivos de Atención Primaria de urgencia en el país. En términos de prestaciones, hay un modelo de cui-

datos integrales que entrega prestaciones a lo largo de todo el curso de vida y con distinto nivel de complejidad según las necesidades de las personas, y que no sólo ve la atención aguda o crónica de pacientes como se suele pensar, sino que promueven la pesquisa temprana de patologías, el screening, los programas de alimentación y las vacunas, entre otras acciones intersectoriales. Tenemos

-además- un equipo de salud con más de 70 mil trabajadores que se distribuyen en los distintos dispositivos de Atención Primaria que hay en todo el país, y que incluyen profesionales del mundo educativo y técnico.



“ Considerando que atendemos más de 14 millones de personas que están inscritas en la APS, ¿qué podemos esperar cuando hablamos de Atención Primaria Universal en el país?. Queremos continuar avanzando hacia un enfoque integrado de salud, pues el proyecto de APS Universal busca garantizar que todas las personas, independiente de su seguro de salud y capacidad económica, puedan acceder de forma efectiva a los cuidados de calidad de la APS ”.

Considerando que atendemos más de 14 millones de personas que están inscritas en la Atención Primaria, ¿qué podemos esperar entonces cuando hablamos de Atención Primaria Universal en el país?. Queremos continuar avanzando hacia un enfoque integrado de salud, pues el proyecto de APS Universal busca garantizar que todas las personas, independiente de su seguro de salud y capacidad económica, puedan acceder de forma efectiva a los cuidados de calidad de la APS, y para eso debemos conocer sus necesidades y también permanecer cercanos a los lugares donde viven y trabajan. Esto es tomado textualmente del documento público emitido por la Comisión Reforma que se encuentra en la página del Ministerio de Salud, en el contexto de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud por avanzar con el enfoque inclusivo y de equidad propio de la Atención Primaria.

Dicho proyecto de Atención Primaria comienza su implementación oficial en el año 2023, que es el año en que se ejecuta en las siete comunas pioneras que se seleccionaron mediante criterios de inclusión/exclusión validados por el Consejo Asesor de la Atención Primaria, la APS Universal. El Consejo Asesor es una instancia asesora de la APS Universal en la cual participan ex ministros, representantes del poder legislativo, la academia, la sociedad civil, los trabajadores y el mismo Colegio Médico, entre otros. A esas siete comunas pioneras sumamos otras 14 durante el año 2024, pues la idea es avanzar hacia un 50% de cobertura, lo que equivale a 173 comunas universalizadas para fines del gobierno actual. Este deseo, que a la vez es un desafío tremendo por su volumen, ha sido expresado por el presidente Boric en la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre pasado, y sin duda se nutrirá del aprendizaje de las comunas pioneras porque es una política que está siendo construida con el territorio y no solamente dentro del MINSAL; además del acceso, se trabaja en ampliar los horarios de atención o generar atenciones que sean extramurales.

En el ámbito de la efectividad, se están potenciando los aspectos de participación comunitaria con un enfoque sociosanitario, que es clave en la APS Universal, se están optimizando los recursos y se está estableciendo un marco de monitoreo para las acciones que se están realizando. Pero sobre todo, se está fortaleciendo la estrategia de cuidados integrales centrados en las personas, que es lo que viene a operacionalizar el modelo de atención integral de salud familiar y que surge poco antes de la pandemia, en 2019, con el objetivo de

empujar un cambio en el paradigma de atención, estratificando por riesgo a la población, y entregando más prestaciones a aquellas personas que más lo necesitan, entendiendo lo importante que es eso para los pacientes crónicos.

Promover la continuidad de la atención en la red también es clave, porque no solamente tenemos que dar una Atención Primaria efectiva y eficiente en el territorio para que las personas puedan acceder a ella con equidad, sino que es vital conectar el viaje del paciente desde la Atención Primaria hacia el nivel secundario y terciario, y después de regreso a la Atención Primaria. De hecho, esto es algo que fortalece mucho la estrategia de cuidados integrales. También forma parte de esta estrategia poner el proceso de salud y enfermedad del paciente al centro de las decisiones concensuadas que se tomen y la gestión de los casos.

“ Reorientar los sistemas de salud desde un modelo que es hospitalocéntrico hacia la APS, requiere un liderazgo político que sea fuerte y comprometido con el largo plazo, porque esto va más allá de un gobierno incluso”. Por otro lado, “(...)requerimos un financiamiento que sea suficiente y permanente en el tiempo, de manera de que no sean solo 14 comunas pioneras las que están hoy día en la APS Universal, sino que sea un proyecto que continúe ampliándose ”.





Otro de los aspectos que está impulsando la reforma por medio de la APS Universal, son las estrategias vinculadas a la integración sociosanitaria. A través de una plataforma de gestión social local o GSL, se está trabajando con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en la integración de datos sociales y sanitarios que podrán estar a disposición de las personas, de los trabajadores de salud y de los trabajadores de las municipalidades, de manera de mirar integralmente las necesidades y los recursos de cada familia, y así mejorar la eficiencia de los equipos. La participación comunitaria forma parte del eje central de la APS Universal y se han dado experiencias muy bonitas en el proceso. El año pasado se llevaron a cabo diálogos ciudadanos en cada una de las comunas pioneras.

Y este año se está realizando algo similar, donde las personas tienen la instancia para levantar las necesidades de sus comunidades en términos de salud y ser partícipes de las soluciones a esas necesidades.

Considerando que la APS Universal implica abordar múltiples desafíos como los mencionados, la pregunta ahora es cómo vamos a continuar con este proyecto. Evidentemente no hay una receta única. Los distintos países con cobertura de salud universal responden como mejor pueden a sus contextos sociales, económicos y políticos pero parecen haber tres factores que sí tenemos en común. El primero, es que se requiere un compromiso político hacia la cobertura de salud universal

porque reorientar los sistemas de salud desde un modelo que es hospitalocéntrico hacia la APS, requiere un liderazgo político que sea fuerte y comprometido con el largo plazo, porque esto va más allá de un gobierno incluso. Dos, se requiere que se convoque y se comprometa a todos los stakeholders del ámbito social y económico y no solamente a los sanitarios, pues debemos estar todos convencidos de que este es el camino que debemos seguir y para que el abordaje sea efectivo, se debe contar con una mirada multisectorial.

Otro de los factores comunes en relación a los desafíos de la APS Universal, es el compromiso financiero. Requerimos un financiamiento que sea suficiente y permanente en el tiempo, de manera de que no sean solo 14 comunas pioneras las que están hoy día en la APS Universal, sino que sea un proyecto que continúe ampliándose. Para esto es clave que quienes participamos generemos mediciones que sean de impacto y nos permitan respaldar los procesos de compromisos financieros que hay detrás. Nosotros sabemos cuáles son los beneficios sanitarios, pero debemos demostrar esos números. Y en ese sentido, aunque generar resultados de impacto no es tan inmediato, debemos invertir tiempo en ello. En materia de financiamiento también, no requerimos solamente asegurar un monto sino que también desarrollar mecanismos de pago e incentivos que sean eficientes y efectivos, de manera que los recursos lleguen donde tienen que llegar.

El tercer punto que parece ser clave es la planificación. Una implementación cuidadosa de la política o del stewardship, que es un concepto más aso-

ciado a la administración. Sabemos que durante el curso de implementación de la reforma, no sólo de la Atención Primaria Universal, sino que de otras reformas también, vamos a enfrentar otros desafíos sanitarios, por lo que tenemos que elaborar un diseño que persista y resista cambios demográficos, epidemiológicos o recesiones económicas. Con todos estos elementos sobre la mesa, no queda más que tener el coraje y la convicción de abordar juntos estos desafíos, pues son los que nos permitirán seguir modelando una APS fuerte y resiliente que de respuestas a las necesidades de la población, y que se profile como la base del sistema sanitario del país.





DOCTOR HERNÁN SANDOVAL
EN LAS MESAS REDONDAS

“ El modelo hegemónico que lleva al especialista está incrustado en la base del cerebro de las personas y es indispensable que lo enfrentemos. Cuando hablemos de cambio de modelo, hablamos de cambio de mentalidad, de los médicos pero también de los políticos, de las autoridades y de la cultura en general ” .

Formación sanitaria

Modelo formativo y desafío actual en Chile



Por: Dra. Ana María Moraga Palacios *

* Médica epidemióloga de profesión y Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. La doctora integra el Directorio de la Sociedad Chilena de Epidemiología (Sochepi) y la Comisión Nacional del Cáncer. Durante su trayectoria profesional ha implementado e impulsado Registros Poblacionales de Cáncer en diversas regiones del país que fueron validados y reconocidos por la OMS. Durante la pandemia de COVID-19 formó parte del Comité Asesor Externo del Minsal.

Si a 20 años del Auge lo que nos proponemos es hacer un cambio en el sistema de salud, tenemos que partir por modificar la manera en que enseñamos. Si seguimos formando a nuestros estudiantes como a nosotros nos formaron, vamos a seguir siendo hospitalocéntricos y entregando contenidos que con el tiempo ya han quedado obsoletos. Muchas veces hemos escuchado que se necesita una mejor gestión en salud, pero recordemos nuestra formación médica: ¿Aprendimos de liderazgo, comunicación efectiva o de cómo se organiza la red asistencial? ¿No deberían hoy los estudiantes adquirir más y mejores herramientas de gestión antes de terminar su proceso formativo?

Actualmente en Chile hay 24 universidades que imparten la carrera de Medicina, muchas de ellas tienen varias sedes, por lo tanto, tenemos 32 escuelas repartidas en todo el país. En 2023, egresamos a 2.600 nuevos médicos. Considerando que la tasa de egreso en medicina es bastante estable, de aquí a cinco años podríamos llegar a tener 3,5 médicos por cada 1.000 habitantes, que es el indicador ideal en países OCDE. Uno podría

pensar entonces que pronto se nos acabarán los problemas. Pero no. Los problemas en salud no tienen que ver exclusivamente con el número de médicos con los que contamos, sino con cómo están formados esos médicos generales y más aún, con la manera en que están distribuidos a lo largo del país.



“ De aquí a cinco años podríamos llegar a tener 3,5 médicos por cada 1.000 habitantes, que es el indicador ideal en países OCDE. Uno podría pensar que pronto se nos acabarán los problemas. Pero no. Los problemas en salud no tienen que ver exclusivamente con el número de médicos con los que contamos, sino con cómo están formados esos médicos generales y más aún, con la manera en que están distribuidos a lo largo del país ”.

En esa dirección, hay al menos tres áreas de la formación sanitaria que me parece que son fundamentales para el contexto sociosanitario y epidemiológico actual. La primera tiene relación con los contenidos que deben recibir nuestros estudiantes para resolver los problemas de salud y cómo priorizarlos; la segunda se vincula con la manera en que les entregamos estos conocimientos; y la tercera es dónde y quién se los provee, considerando, entre otras cosas, que lo que tratarán esos futuros médicos es a una población envejecida. Es decir, una población que padece de problemas de salud que hace 50 años no existían con la misma prevalencia, y que se ven permeados por factores como la pobreza, las inequidades en el acceso a la educación y a la atención de salud, así como por sus diferencias culturales y territoriales que son justamente las que se relacionan con la distribución de nuestros colegas.

Sabemos, además, que hoy los problemas que nuestros estudiantes debiesen abordar ya no son solamente los que afectan a la población chilena sino los de cualquier parte del mundo. Un ejemplo muy evidente fue el Covid-19. Por otro lado, el volumen de migrantes que ha llegado a vivir a nuestro país nos conduce a abrirnos a nuevas culturas, y con ellas a nuevos problemas de salud. Fenómenos globales como el cambio climático, la sequía, las olas de calor o la contaminación ambiental también impactarán cada vez más en nuestra salud y son factores de riesgo que deberían estar presentes en los contenidos que reciben nuestros futuros médicos, junto a otros que aborden la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles: el cáncer, la obesidad y la salud mental.

Por otra parte, muy pocos de nuestros estudiantes saben al egresar de qué se trata la salud ocupacional y sin embargo, muchos de ellos luego se tienen que hacer cargo de esta temática. La infertilidad también está siendo un problema y necesitamos preparar a los profesionales de la Atención Primaria para abordarla. Lo mismo ocurre con las enfermedades neurodegenerativas. ¿Será importante que los estudiantes las sepan diagnosticar, tratar si corresponde y derivar de manera oportuna? Y en ese contexto, ¿será importante que los médicos generales conozcan al detalle el abordaje quirúrgico del cáncer de ovario?

Se preguntarán si podemos visualizar los problemas de salud que enfrentaremos como sociedad en 20 años más. Y sí, podemos y debemos considerarlos en la formación de nuestros estudiantes desde ya.

En definitiva, se trata de formar no solo médicos, sino profesionales que vayan a construir salud.

Es sabido que el foco de esa construcción de salud debiera estar en la prevención y en la Atención Primaria. Sin embargo, como las necesidades de salud de hoy las debemos enfrentar con los médicos formados ayer, y son ellos mismos quienes están formando a los médicos del mañana, el asunto se vuelve complejo. Necesitamos una reforma en la formación en la misma medida que nos hacemos conscientes de que tenemos este nudo.

¿Qué hacer? Mi propuesta es volver a los Fines de la Medicina. El primero de ellos es prevenir las enfermedades, por lo que debiéramos enfocar la formación en aquello. Segundo, debemos curar a los que tienen curación y cuidar a quienes no tienen esa posibilidad. Enseñemos a cuidar de los pacientes, de sus familias y de la comunidad; enseñemos a aliviar el dolor y el sufrimiento provocado por las enfermedades aún cuando recién en la historia sanitaria de nuestro país tengamos un programa de cuidados paliativos y del alivio del dolor universal. En tercer lugar, disminuyamos las muertes prematuras. Todos vamos a morir, es un hecho y no podremos evitarlo, pero podemos evitar que las personas mueran antes de tiempo.

Cuarto. Es un rol de la medicina darle la posibilidad de tener una muerte digna a las personas. La muerte debe dejar de ser un tabú para nosotros, porque de lo contrario nuestros estudiantes no podrán formarse para acompañar a sus pacientes y a sus familias en este trance. ¿En qué asignatura está el cuidado

de los pacientes terminales desde un punto de vista de salud mental? ¿Cuándo les enseñamos a los estudiantes sobre vivir el duelo con la familia?

Los cuatro Fines de la Medicina que expertos mundiales decidieron que tenían que ser nuestras guías para la formación médica y que la Academia Chilena de Medicina planteó a fines del 2023, tienen un denominador común: el abordaje de la salud y de la enfermedad debe ser ético y con foco humanista. Si modificáramos los planes de estudio con ese criterio que reconoce al paciente como un otro que es igual a mí a lo largo de los seis o siete años que dura la carrera, nos ahorraríamos muchos problemas con nuestros pacientes, con la familia y la comunidad. La integración también debe ser una materia que tenemos que considerar seriamente en la formación de los médicos.

“ Fenómenos globales como el cambio climático, la sequía, las olas de calor o la contaminación ambiental también impactarán cada vez más en nuestra salud y son factores de riesgo que deberían estar presentes en los contenidos que reciben nuestros futuros médicos. (...) Enseñemos a cuidar de los pacientes, de sus familias y de la comunidad; enseñemos a aliviar el dolor y el sufrimiento provocado por las enfermedades. (...) Todos vamos a morir, es un hecho y no podremos evitarlo, pero podemos evitar que las personas mueran antes de tiempo ”.





Ustedes se preguntarán si en Anatomía, en Pediatría o en Farmacología, se puede enseñar Bioética y la respuesta es sí. En todas las asignaturas importantes en nuestra carrera, deberíamos considerar aspectos éticos y humanistas porque el paciente experto que tenemos hoy no necesita que sostengamos con él la relación paternalista que aprendimos, al contrario, necesita que respetemos su autonomía y que cultivemos una relación horizontal con él. Fomentemos entonces el pensamiento crítico de nuestros estudiantes. Evitemos poner unos, prefiramos el análisis: ¿por qué esto no resultó y esto sí para la evolución del paciente?, ¿cuáles fueron los elementos que ayudaron a que esta situación se resolviera de manera adecuada? La reflexión es fundamental y para eso necesitamos que exista comunicación. Comunicación efectiva, verbal y no verbal, para que nuestros médicos sepan dar malas noticias, por ejemplo. Porque, ¿cómo vamos a hacer educación en la comunidad, ejercer liderazgo, trabajar en equipo o gestionar políticas públicas si no sabemos comunicarnos?

La segunda área donde la Academia Chilena de Medicina nos dice que tenemos que poner énfasis es en prevenir y curar. En curar diría que estamos bien pero, ¿hacemos énfasis en la prevención en nuestros planes de estudio? ¿Les enseñamos a nuestros estudiantes a educar a la comunidad? Que aprendan a enseñar salud es distinto al “tómese los medicamentos” o “haga tal cosa para recuperarse”. En definitiva, las competencias que necesitamos que estén presentes durante el proceso formativo de manera sistemática, se resumen en liderazgo y gestión que es justamen-

te lo que nuestra sociedad demanda en salud. ¿Quiénes hacen gestión en atención primaria? Fundamentalmente son médicos generales los que están allí, y también administrando posteriormente los hospitales de menor complejidad en lugares como Maullín. Para el liderazgo lo que hay que formar es el trabajo en equipo. Nuestros alumnos de Medicina hoy tendrían que formarse con estudiantes de otras disciplinas del área de la salud. ¿Por qué no incorporar en la docencia a kinesiólogos, fonoaudiólogos y trabajadores sociales?. O ¿hacer que esas asignaturas que sus carreras tienen en común las puedan cursar de manera conjunta?.

“ Los cuatro Fines de la Medicina que expertos mundiales decidieron que tenían que ser nuestras guías para la formación médica y que la Academia Chilena de Medicina planteó a fines del 2023, tienen un denominador común: el abordaje de la salud y de la enfermedad debe ser ético y con foco humanista. Si modificáramos los planes de estudio con ese criterio que reconoce al paciente como un otro que es igual a mí, nos ahorraríamos muchos problemas ” .

Respecto del uso de las tecnologías en salud. Puede que a quienes aprendimos a hacer la ficha en papel esto nos parezca lejano, pero la ficha en papel está en extinción y nuestros estudiantes no tendrán dificultad en digitar la información. Es importante saber el tiempo de las listas de espera y para eso es necesario llevar un adecuado registro. Si queremos conocer la incidencia de cáncer en nuestro país con registros poblacionales, o saber exactamente las causas de muerte no podemos prescindir de la tecnología y los adecuados registros. Nuestros médicos tienen que saber hacer certificados de defunción adecuados y también deben hacer investigación responsable y ética, es decir, resguardando la información de los pacientes bajo la cláusula de la confidencialidad. Efectivamente la salud digital es una habilidad esencial en nuestros futuros colegas. También lo es el autocuidado y el cuidado del cuidador. El que es responsable de la salud de la población tiene que tener estos conocimientos. Partamos por casa. Si nosotros como académicos nos autocuidamos, podremos enseñárselo a nuestros estudiantes, por modelaje.

Quiero profundizar un poco más sobre la salud global. Decía que los problemas de salud que hoy ocurren en Estados Unidos o en otro continente pueden llegar pasado mañana a nuestro país, y es tan cierto que nuestros estudiantes deben saber mirar un reglamento sanitario internacional e identificar fuentes de información confiables, porque ellos, así como nosotros, van a tener que estar permanentemente actualizándose en el área disciplinar que elijan. Potenciar estrategias de educación continua es muy relevante y por eso debemos



inculcarles el amor por el aprendizaje. Les propongo que ya no seamos nosotros –los académicos– los protagonistas del proceso. Démosle ese lugar a los estudiantes y que nuestro rol sea acompañarlos. Ya no es necesario que les demos todo lo que sabemos ni enrostrarles lo poco saben. Cambiemos el paradigma y que la enseñanza sea tutorial, ojalá al lado del paciente y su familia. Está bien aprender sobre simulación clínica o telemedicina, teleinterconsulta, pero como complementos a la formación más importante, que es la presencial y donde verdaderamente ocurre la retroalimentación.

Si lo que queremos es un médico que vaya a trabajar a la Atención Primaria, su formación debiera ser fundamentalmente en esos espacios. Utilicemos la inteligencia artificial para facilitar el aprendizaje, esforcémonos en identificar cuál es la particular forma que tiene cada estudiante de aprender. El acompañamiento del tutor debiera ser distinto para cada alumno, personalizado y sobre todo sin maltrato. Tenemos que tomar acciones para erradicar la violencia que existe en nuestra cultura institucional y que genera daños que afectan de forma injustificada el aprendizaje. Reemplazar el foco del maltrato por el del bienestar del estudiante para que el entorno educativo y clínico donde crece sea fértil y seguro.

En el contexto formativo docente-estudiante, el 95,8% de los estudiantes dijo haber sentido durante el último semestre algún tipo de maltrato de parte de sus docentes y eso significa que hay una cultura del maltrato al estudiante sobre todo en la práctica clínica. Eso es grave porque es en los es-

pacios clínicos donde la docencia en Medicina debiese tener su máxima expresión y donde los alumnos debieran ir realmente a aprender disfrutando. Ojo que tener buen trato no es hacerle cariño a los estudiantes. Buen trato es que la clase sea ágil y que promueva el diálogo, que seamos capaces de motivarlos, preocuparnos de ellos y tener una planificación flexible, además de generar retroalimentación efectiva.

Vuelvo al punto central: necesitamos una docencia centrada en el estudiante, al lado del paciente, con énfasis en bioética, en semiología y en el buen trato, con la comunicación y el liderazgo como estrategias de aprendizaje. De esa manera podremos realmente aportar médicos que, en los próximos 20 años, nos van a ayudar a resolver los problemas de la red.





DR. JORGE LASTRA
EN LAS MESAS REDONDAS

“Si la pregunta es si la reforma del 2005 está completa, la respuesta es no. Y debería ser, justamente avanzar en aquellas cosas que no se han podido concretar para un desarrollo más integral de la salud las que llevemos adelante en esta segunda fase. Vamos por buen camino pero seguimos con un sistema muy fraccionado”.



Transitando el cuidado

Seguridad y calidad a 20 años de la acreditación



Por: Dra. May Chomali *

* Médica cirujana, especialista en Salud Pública de la U. de Chile, Magíster en Epidemiología y Diplomada en Administración de Servicios de Salud. Actualmente es Directora Ejecutiva del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS).

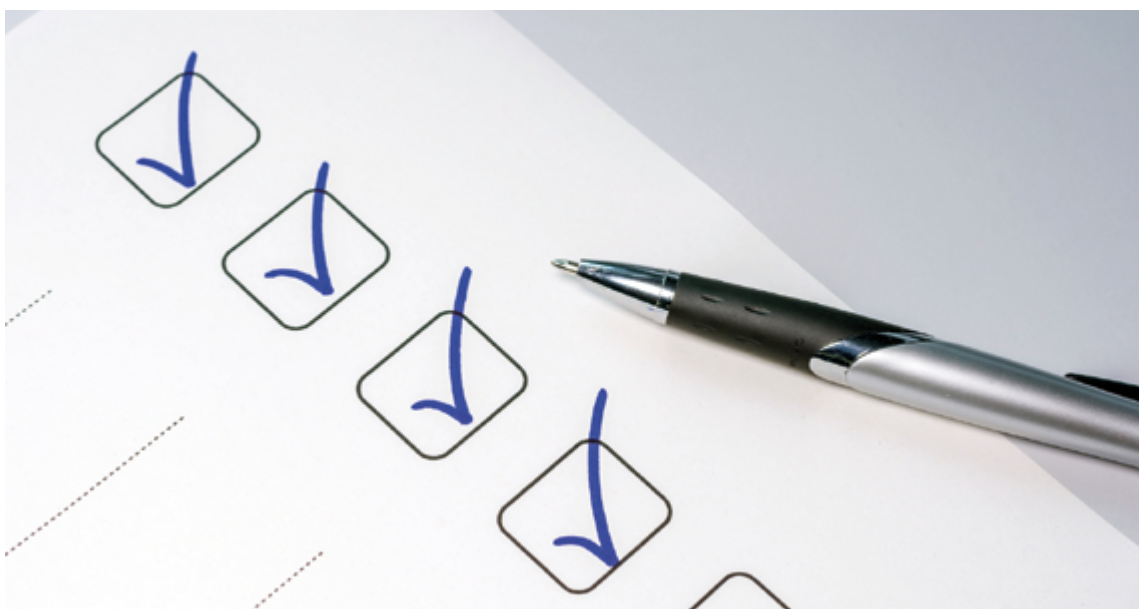
La calidad y la seguridad asistencial son componentes claves en los que se ha avanzado en los últimos 20 años. ¿Cuáles son los efectos que se han podido ver? ¿Siguen siendo pertinentes aquellos estándares mínimos que se pensaron en algún minuto? Mi intención no es evaluar la política pública, sino entregar una reflexión sobre estas materias.

Soy una persona que conoce muy bien el sistema por haber participado activamente en los comités que diseñaron los estándares del primer sistema de acreditación, que es el mismo que tenemos actualmente, así como por haber liderado varios procesos de acreditación, tanto nacionales como internacionales. No fue un camino fácil, tuvimos discusiones bizantinas en algunos casos, pero a pesar de eso incentivamos a muchos hospitales públicos y a muchas clínicas para que se atrevieran a pasar por el proceso de acreditación, y así cumplir con la cuarta garantía del AUGE, que es la garantía de calidad. Ésta establece que las atenciones se deben dar en centros de salud acreditados y por profesionales certificados, pues sólo así cumplen, además de la calidad, las otras tres garantías del GES: acceso, oportunidad y protección financiera que ya estaban vigentes.

Hoy me detendré específicamente en la acreditación de las instituciones de salud. Desde la lógica

de un paciente, ¿qué es lo que es una garantía de calidad? Llevándolo a términos muy simplistas, lo que entendemos por “garantía” es que cuando yo compro un refrigerador o cualquier objeto, si sale malo me lo cambian e incluso lo puedo devolver. En salud, es un poco diferente, lo que buscamos es que el paciente reciba el procedimiento correcto en la forma correcta, por el profesional correcto y en el momento oportuno, de manera de entregarle seguridad y así una atención de calidad. Por otro lado, una acreditación es contrastar lo que define como la forma de hacer las cosas con lo que en la práctica se hace.

“ Con el proceso de acreditación hemos logrado cumplir con la garantía de calidad? Pienso que no. Le hemos dicho a la población que nosotros le vamos a garantizar la calidad, pero lo que efectivamente estamos haciendo es solamente evaluar cómo se hacen ciertas cosas y si se cumplen ciertos estándares mínimos. En otro aspecto, urge analizar qué ha ocurrido en la historia del sistema de acreditación. Si uno va a las cifras de la Superintendencia de Salud, aparecen 904 registros de acreditación terminados, pero sólo 769 instituciones con acreditación vigente ”.



La pregunta que surge entonces, es si con el proceso de acreditación hemos logrado cumplir con la garantía de calidad, y pienso que no. Primero, le hemos dicho a la población que nosotros le vamos a garantizar la calidad, pero lo que efectivamente estamos haciendo es solamente evaluar cómo se hacen ciertas cosas y si se cumplen ciertos estándares que se han definido como mínimos. En otro aspecto, urge analizar qué ha ocurrido en la historia del sistema de acreditación. Si uno va a las cifras publicadas por la Superintendencia de Salud, en su página web, aparecen 904 procesos de acreditación terminados, es decir 904 registros de acreditación, pero sólo 769 instituciones con acreditación vigente. De esto se puede deducir que el 15% de las instituciones perdieron en algún momento su acreditación.

Pero, ¿cuáles han sido los efectos de la acreditación?. El primero de ellos, apareció en una movilización en Atención Primaria en el cartel de un manifestante que decía: “Le tenemos más miedo a los de calidad que a la policía”. El proceso en sí genera un estrés al interior de las instituciones que produce dificultades incluso en lo operativo. Con mensajes como: “A ese grupo no se le puede pasar a ver porque está sobrepasado por el proceso de acreditación” o “No pueden venir los alumnos porque estamos en semana de acreditación”, esto da cuenta que, durante ese período se genera temor, que incluso implica reducir número de cirugías. Esto nos tendría que hacer pensar que hay que repensar un poco el modelo.

“ El 15% de las instituciones ya perdió su condición de acreditada. Si se cumpliera con la garantía de calidad, deberían dejar de atender pacientes GES, pero eso no ocurre. La razón es que no existe ninguna posibilidad de que un CESFAM u hospital que no está acreditado deje de atenderlos, o que el paciente sea derivado a otro lugar aunque quisiéramos, pues no están las condiciones reglamentarias para que ello ocurra ”.

Otro efecto de la acreditación es el mediático. Instituciones públicas y privadas se enorgullecen de salir en los medios de comunicación acreditados con el 100% de cumplimiento, porque se genera en torno a ello una estrategia de marketing a la que, sobre todo los privados, le sacan mucho provecho porque se supone atrae más pacientes. Al mismo tiempo, se ha creado toda una industria alrededor de la acreditación, compuesta por las asesorías en acreditación, en escrituras de protocolos que emiten las mismas entidades acreditadoras. Tenemos 42 de estas entidades acreditadoras, de las cuales, 32 además de acreditar, asesoran en el proceso y se ofrecen al mercado. Una industria con entidades con nombres bien rimbombantes que, por supuesto, demanda puestos de enfermeras calificadas que están dedicadas a los procesos de acreditación que realizan estas empresas.

El tercer efecto es que: no hay efecto tangible al perder la acreditación. Como mencionamos anteriormente, el 15% de las instituciones ya perdió su condición de acreditada. Si se cumpliera con la garantía de calidad, deberían dejar de atender pacientes GES, pero eso no ocurre. La razón es que no existe ninguna posibilidad de que un CESFAM u hospital, que no está acreditado deje de atenderlos o que el paciente sea derivado a otro lugar aunque quisiéramos, pues no están las condiciones reglamentarias para que ello ocurra. En resumen, a pesar de que no se cumpla con los requisitos mínimos, no podemos sacar de la red a las instituciones que perdieron su acreditación como tampoco a las que no han iniciado el proceso.

Pero no todo es tan malo. El año 2009, en un trabajo conjunto entre la Superintendencia de Salud y la Universidad del Desarrollo, se desarrolla una línea basal de indicadores de calidad que lo llamaron LIBIC. Se trata de un indicador resumen de variables que miden gestión, seguridad de la atención, preparación de los recursos humanos y evaluación de riesgo de infraestructuras, entre otros. Lo que hicieron fue evaluar con este indicador una serie de instituciones cerradas y abiertas el año 2009 y luego el año 2017.

Al analizar en ambos años las diferencias entre instituciones acreditadas y no acreditadas y el impacto en este indicador de la acreditación, lo que encontraron en materia de gestión, seguridad de atención y recursos humanos, fue que había diferencias importantes entre las instituciones acreditadas y las que no, no obstante, todas mejoraban

algún aspecto de una evaluación a otra, incluso las que no habían pasado por el proceso de acreditación o las que no estaban acreditadas, siendo infraestructura donde se registró la menor mejoría.

En otros indicadores, en tanto, se dieron saltos cualitativos bien impresionantes, como por ejemplo, en la atención abierta y en todo lo relacionado con la preparación del recurso humano para la seguridad del paciente. En resumen y en definitiva, ¿se cumple la garantía de calidad si pensamos exclusivamente en que esta garantía implica “atender al paciente correcto, con procedimiento, forma y en el momento correcto”? Para saberlo tendríamos que medir el impacto que ha tenido imponer la garantía en la seguridad del paciente, pero desgraciadamente esa información no es pública y no hubo tiempo para pedirla al Minsal por transparencia, por lo que no tenemos datos que den cuenta del impacto en la salud de las personas.



Es cierto que tenemos más personas operadas de catarata pero, por otra parte, hay indicadores indirectos que nos dicen que efectivamente no estamos garantizando la calidad. O sea, que la última, la cuarta garantía del GES, no se está cumpliendo. Ejemplo de ello son los tiempos de espera todavía son excesivamente largos, y que dan cuenta que no estamos cumpliendo con brindar atención en el momento oportuno, que es una de las características de la calidad. Es más, el GES incorpora el acceso universal, pero lo incorpora fuera del contexto de la garantía de calidad.

Por otro lado, me puse a revisar qué ha pasado con la satisfacción de los pacientes y las encuestas que medían esto hace tiempo que no se realizan. Otra forma de evaluar el grado de insatisfacción sería la cantidad de solicitudes de mediación que solicitan los pacientes cuando no están conformes con el proceso o el resultado de la atención recibida. En ese sentido, cuando la atención se da en un prestador privado, el proceso de mediación se solicita en la Superintendencia de Salud, y cuando esa atención que genera el problema se da en el prestador público, la mediación se solicita en el Consejo de Defensa del Estado. Para el caso de los privados, la Superintendencia de Salud no tiene publicaciones periódicas de datos de las mediaciones, lo que sí se encuentra en los reportes anuales del Consejo de Defensa del Estado.

La tendencia nos muestra que cada año aumenta el número de solicitudes, se podría inferir que los pacientes están más informados y saben cada vez más de los procesos de mediación, pero lo que llama la atención, además del incremento en el número

ro, es que hay, cada año, un mayor número de casos catalogados como admisibles. En el otro sentido, el porcentaje de no admisibilidad desde el año 2006 a la fecha se viene reduciendo hasta llegar al mínimo en el año del último informe. Se podría interpretar como que el Consejo de Defensa del Estado está más abierto, pero cuando se ve que las resoluciones por casos de mediación se resuelven por lo general con un acuerdo, y que la proporción de casos que se resuelven con indemnización o con la entrega de prestaciones ha aumentado en cerca del 90% entre 2005 y 2023, quiere decir que, de una u otra forma, reconocemos que algo salió mal, que tuvimos que indemnizar al paciente y/o entregarle prestaciones para resolver su problema.

Sobre las causas de las solicitudes, no obstante el 75% tienen que ver con muerte o invalidez total o parcial, este porcentaje ha ido disminuyendo y acercándose al 60%. ¿Qué es lo que quiere decir esto para mí? Que la gente ya no solo espera no morir o quedar inválida, sino que espera mucho más de nosotros. No espera tener que hacerse una reintervención quirúrgica, no espera tener que resolver una fractura de cadera por caída, no espera estar más tiempo en el hospital por una infección. Es por eso, y no porque estemos haciendo las cosas mejor, que disminuye el porcentaje de solicitudes relacionados con la muerte o la invalidez total o parcial.

De acuerdo a datos que presentó la Superintendencia de Salud en un Encuentro Nacional de Calidad, los motivos por los cuales la gente reclama mediante Ley de Deberes y Derechos, tienen que ver con muchos aspectos que se evalúan en la acreditación. Y si miramos los casos de juicio por negligencia del

Falmed (Fundación de Asistencia Legal Colegio Médico), vemos que, respecto de 2004, cuando parte el tema de la mediación, en los últimos años se ha estabilizado el número de procedimientos judiciales. Si consideramos que esto se debe a que se están resolviendo en el Consejo Defensa del Estado a través de indemnizaciones o la entrega de prestaciones, entendemos porqué no llegan a juicio.

En resumen, y de acuerdo a los indicadores indirectos que he podido revisar, creo que la acreditación no ha sido capaz de entregar “la garantía de calidad” que se le atribuyó, y que tanto el personal de salud y los pacientes habrían esperado, como tampoco ha podido hacer exigible otras garantías como son las de acceso, oportunidad y protección financiera. Independiente de lo anterior no cabe duda que la acreditación como política pública ha tenido efectos positivos en el sistema, pero es tiempo de repensar en los objetivos del mismo y su forma de aplicación.

“ Es cierto que tenemos más personas operadas de catarata pero, por otra parte, hay indicadores indirectos que nos dicen que efectivamente no estamos garantizando la calidad. O sea, que la cuarta garantía del GES no se está cumpliendo. Ejemplo de ello son los tiempos de espera todavía son excesivamente largos, y que dan cuenta que no estamos cumpliendo con brindar atención en el momento oportuno ”.



DRA. JEANNETTE VEGA
EN LAS MESAS REDONDAS

“ Necesitamos tener un catálogo de prestaciones completo, independientemente de cuanta cobertura financiera tengamos, porque si no, lo que pasa es que nunca se agregan prestaciones al arancel y el catálogo sigue sin ser universal. (...) Por otro lado, si no rediseñamos la manera en que apoyamos a las personas y a las familias para que sean saludables, vamos a seguir con estos temas ” .



Salud digital

Desafíos del registro clínico electrónico en Chile



Por: Dra. Gloria Henríquez Díaz *

* Investigadora del Centro de Modelamiento Matemático de la Universidad de Chile, miembro de la Comisión de Salud del Colegio de Ingenieros de Chile; e integrante de la Cátedra Abierta Latinoamericana Matilda y las Mujeres en Ingeniería.

Hace 20 años, en los consultorios de Atención Primaria (actualmente los CESFAM), se completaban fichas clínicas que, en esa época, se amarraban con un cordel o una pitilla. Es cierto que esta práctica permanece en algunos lugares pero en la mayoría, se ha ido transitando hacia el registro clínico electrónico (RCE), el cual llegó para quedarse y así como ha traído cosas positivas, también conlleva múltiples desafíos.

¿En qué momento de esa transformación estamos en Chile? Una noticia de enero de este año lo retrata bien. Fue el momento en que se le informó a la ciudadanía que se reabría el debate para que pacientes portaran su ficha médica, lo que tiene como objetivo que los prestadores de salud puedan conocer el historial clínico de cada paciente y, con ello, brindar una atención de mejor calidad al tener información más completa y poder optimizar recursos.

La importancia de esta noticia es múltiple porque impacta en las personas, engloba tecnologías y también aspectos legales. Parte de un proceso que venía desde 2012, cuando se aprueba el Decreto 41 con respecto a las fichas clínicas en papel y electrónicas, además de sus alcances y sus usos. Recientemente, en abril de 2024, la

Cámara de Diputados planteó, además, la necesidad de la interoperabilidad de las fichas clínicas y despachó al Senado para su tercer trámite un proyecto de ley que acaba de aprobarse (Ley N° 21.668).



“ Se necesita mejorar los procesos, y sin duda la aplicación de inteligencia artificial (IA) en salud va en esa dirección también. Pero para aportar desde esta otra tecnología y optimizar su uso para obtener mejores resultados sanitarios, también se debe contar con datos suficientes o que estén adecuadamente estructurados, de lo contrario, no nos sirve para nada, así de crucial es la calidad de la información y de los datos ” .

Las principales preguntas que uno debe hacer para realizar una transformación tecnológica son: qué necesitamos, por qué lo necesitamos, qué tenemos y qué no tenemos para realizarla; cuál es el costo, etc. La interrogante sobre lo que tenemos o no es vital en este contexto, porque a veces se solicita desarrollar algo sin que las mismas instituciones sepan qué es y qué tienen para concretarlo. Ese desconocimiento conduce al riesgo de desarrollar algo que ya existe y que entonces la institución pierda los recursos, o que se desarrolle algo que no sea compatible con lo que ya existe, y también se pierdan los recursos; algo similar ocurre con la identificación de la necesidad. ¿Cuál es el costo que tendrá cada una de estas cosas?, ¿de quién depende que se lleve adelante la decisión y quiénes van a ejecutar ese trabajo?, son otras preguntas que derivan de lo anterior.

Respecto de los desafíos de la dimensión tecnológica, son por lo menos seis: Variabilidad del RCE; Calidad de la Información del mismo; Comunicación del RCE con otras funciones locales; Interoperabilidad; Seguridad de la información y Calidad de software.

Variabilidad del RCE. ¿Cuántos tipos de fichas o tipos de proveedores están en este minuto funcionando en el país? ¿Qué tan comunes son? Lo cierto es que algunos registros se diseñaron desde un inicio como RCE, mientras que otros son adaptaciones que vienen de distintas industrias o sectores productivos. Además, se debe considerar que hay RCE que fueron desarrollados específicamente para una sola institución y otros son más masivos, estando presentes en distintas instituciones. La pregunta que surge entonces, es cómo los vamos a hacer conversar para que cada paciente, sin importar donde vaya, tenga acceso a su registro, independiente de quién lo haya hecho y de su formato.

Calidad de la información del RCE. Básicamente se necesitan bases de datos o información que esté estructurada y completa, porque con eso se puede gestionar adecuadamente el conocimiento que de ahí se obtenga. Y gestionar implica, por ejemplo, saber cómo es la población de pacientes crónicos (como diabéticos) que están a cargo de una institución, quiénes son, cuántos de ellos están compensados y quiénes no, a quiénes hay que ir a buscar; si hay que comprar más medicamentos o menos medicamentos, o cuántos pacientes tenemos que volver a citar porque no asisten, etc.





Se necesita mejorar los procesos, y sin duda la aplicación de inteligencia artificial (IA) en salud va en esa dirección también. Pero para aportar desde esta otra tecnología y optimizar su uso para obtener mejores resultados sanitarios también se debe contar con datos suficientes o que estén adecuadamente estructurados, de lo contrario, no nos sirve para nada, así de crucial es la calidad de la información y de los datos. Tener campos de datos estructurados implica contar con platafor-

mas que pidan descripciones y fuercen a escribir adecuadamente, o en caso contrario, que nos den una advertencia de lo que falta por completar. Además, se necesitan plataformas que permitan descargar, procesar o visualizar la información y que cada centro de salud y profesional pueda manejarlas, con el fin de extraer y completar datos que puedan ser relevantes para la gestión y el análisis epidemiológico de nuestra población.

Comunicación del RCE con otras funciones locales. Es necesario que el RCE se comunique con: la agenda, el laboratorio, el software que procesa las imágenes, la farmacia, el vacunatorio, la gestión de camas y otras funciones locales, como registro de insumos, notificaciones que se le entregan a los pacientes, las licencias médicas, las recetas, etc.

Interoperabilidad. Permite el intercambio de información entre distintas plataformas o sistemas. En este contexto, sirve para que la información de cada paciente esté disponible independientemente de la institución donde se atienda, permitiéndole efectivamente portar su ficha médica entre los distintos prestadores. Actualmente lo que se está promoviendo es el estándar HL7 FHIR, que involucra dos características: la estandarización sintáctica (cómo las cosas están escritas), y la estandarización semántica (el sentido de lo que está escrito). Esto permite que, si en el hospital una vacuna significa “vacuna”, en el CESFAM también signifique lo mismo y no otra cosa, o para que en el campo del “nombre” efectivamente aparezca el nombre del paciente y no su dirección. Lograr estos estándares es bastante complejo pero hace algunos años hay gente especializada trabajando en eso.

Por otra parte, es bueno aclarar que no es lo mismo hablar de integración entre plataformas que de interoperabilidad: la integración es uno a uno, por lo que si se van a integrar dos plataformas no habrá problema en que se comuniquen enviando información en un sentido o recibéndola de vuelta. Pero, si hay que integrar a toda una red con muchos prestadores, o si hay que integrar una red país, la integración no es suficiente porque ese uno a uno lo hace inviable. Es ahí donde toma relevancia la interoperabilidad donde hay un núcleo central con el cual interactúan todas las instituciones y que distribuye la información, la cual se encuentra estandarizada.

Seguridad de la información. La seguridad de la información se puede analizar desde tres perspectivas, una técnica, una legal y otra humana. En cuanto al aspecto técnico, existen especialistas informáticos que se dedican a generar y mantener una estructura que permite resguardar la información, pero también hay empresas que se contratan para evaluar la seguridad del sistema y detectar debilidades (“hackear” adrede los sistemas), lo que permite que uno pueda resolver los problemas de seguridad y no ser vulnerables a quienes buscan hacer daño. Por otra parte, se debe contar con una legislación acorde a las necesidades de seguridad, pero un punto importante es que no se saca nada con tener técnicamente un sistema y una legislación perfectas, si es que las personas no resguardan en el día a día la información, por ejemplo, si en los pasillos se va a estar hablando del problema del paciente A, B o C, o si el mismo paciente tampoco cuida su información. La seguridad es un desafío transversal a todos los estamentos involucrados, no

solo una responsabilidad de quien hace la tecnología.

Calidad de software. La calidad de software debe considerar dos aspectos principales: seguridad y usabilidad. La seguridad debe cumplir con la confidencialidad, integridad, gestión de seguridad y disponibilidad, mientras que en usabilidad se consideran principios de diseño, consistencia y estándares, prevención de errores y visibilidad del estado del sistema. Conocer estos aspectos es relevante, porque uno se encuentra con que hay muchos proveedores que ofrecen cosas que en realidad no tienen o que no cumplen con los estándares mínimos. En Chile el CENS (Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud) es una entidad que tiene las facultades para poder certificar la calidad de softwares de RCE y, con ello, revisar si lo que se está ofreciendo por parte de los proveedores cumple efectivamente con lo que requerimos.

“ En cuanto a los desafíos legales, uno de ellos tiene que ver con cómo hacer que nuestra legislación avance al mismo tiempo que el desarrollo tecnológico, pues habitualmente va atrasada y eso también nos expone a riesgos. Por otro lado, necesitamos que la legislación regule adecuadamente el uso y desarrollo de las tecnologías, pero que no se convierta en un obstáculo para ellas ”.





En cuanto a los desafíos legales, uno de ellos tiene que ver con cómo hacer que nuestra legislación avance al mismo tiempo que el desarrollo tecnológico, pues habitualmente va atrasada y eso también nos expone a riesgos. Por otro lado, necesitamos que la legislación regule adecuadamente el uso y desarrollo de las tecnologías, pero que no se convierta en un obstáculo para ellas, es decir,

debe ser lo suficientemente estricta para protegernos, pero a la vez lo suficientemente flexible para no quedarnos entrampados en restricciones que no permitan avanzar.

Respecto de los desafíos de la dimensión ética. Todos debemos tener presente la importancia que tiene hacer lo correcto, más allá de lo que nos digan

las pautas internacionales o nacionales. Somos responsables y debemos velar porque las tecnologías se usen y se desarrollen siguiendo principios universales, y procurar que quienes tomen las decisiones sepan cabalmente de qué se está hablando y no solo decidan por intuición o por conveniencia.

Capital humano avanzado o especializado. Para conseguir todo lo anterior es vital la capacitación y formación de todos los involucrados: tomadores de decisión, profesionales y técnicos de las áreas clínicas, administrativas, de desarrollo de software, de soporte (más conocidas como mesas de ayuda) y profesionales de áreas legales, es decir, de todos aquellos que interactúan directa o indirectamente con los RCE.

Usuarios. La adopción de la tecnología por parte de los usuarios es crucial, sobre todo del personal clínico y administrativo, de los pacientes y sus familias, etc; y para eso hay que guiarlos y acompañarlos, de forma que no queden excluidos y puedan usar la tecnología adecuadamente.

“ La adopción de la tecnología por parte de los usuarios es crucial, sobre todo del personal clínico y administrativo, de los pacientes y sus familias, etc; y para eso hay que guiarlos y acompañarlos, de forma que no queden excluidos y puedan usar la tecnología adecuadamente ”.



Por último, la gran pregunta es: ¿Cuánto cuesta esto y cuánto va a tardar en implementarse? La verdad es que no se sabe con certeza, va a depender de lo que se tiene instalado. Si bien se sabe que hay empresas en Chile que ya proveen servicios que tienen de base incluida la interoperabilidad porque se la exigen en sus países de origen, también sabemos que hay otras que tendrán que partir desde cero, mientras que un grupo intermedio tendrá que realizar adaptaciones para poder sumarse a estos nuevos requerimientos del RCE, de manera de conseguir que sea interoperable y que el paciente pueda llevar su información clínica a todas partes.

Esta es una tarea ardua que tienen por delante las instituciones públicas y privadas, desde centros pequeños a hospitales grandes; es decir, nos va a tocar a todos. De ahí la importancia de comprender colectivamente estas dificultades para lograr conjuntamente soluciones efectivas en tiempos razonables.





BILLETERA:
¿Más o mejor?

PENSANDO LA REFORMA: A 20 AÑOS DEL AUGE, SALUD MÁS ALLÁ DE LA CONTINGENCIA

FONASA en la contingencia: Desafíos de fondo



Por: Camilo Cid

* Economista, Ingeniero Comercial, Master en economía por Georgetown University y Doctor en Economía de la Salud por la Universidad Duisburg-Essen de Alemania académico. En años recientes se desempeñó como Asesor Regional en Economía de la Salud y Financiamiento de OPS/OMS en Washington D.C. durante 6 años y antes de asumir en Fonasa se desempeñaba como Oficial de Asuntos Sociales y Asesor Regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Desde marzo de 2022 es Director del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

INTRODUCCIÓN

Para hablar del rol de Fonasa en el financiamiento de la salud tenemos que clarificar primero cómo entendemos nosotros este rol en un sistema de salud. Segundo, es necesario referirnos a nuestro diagnóstico del sistema de salud chileno y profundizar en el financiamiento, con el que iniciamos nuestra gestión; y tercero, plantear qué es lo que no hemos podido cambiar todavía, y los avances si hemos concretado sobre estos desafíos.

“ El Fondo Nacional de Salud, según se indica en el DFL1, es un organismo público, encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud, para brindar cobertura financiera a las distintas atenciones de salud que incluye el régimen de prestaciones ”.

Hay avances bien importantes, como la generación de un sentido común de reforma que es muy relevante y que apunta como un aspecto transicional respecto de los cambios concretos desarrollados. En ese sentido es que no entendemos la Ley Corta en discusión hoy en el congreso solamente como la solución de un problema puntual, sino que también como una política que fija orientaciones hacia el futuro. Es por eso, por ejemplo, que en la sección que compete al Fonasa la Ley Corta se aborda con ciertos principios que nos inspiran, como la no discriminación por riesgo de enfermar. En esa dirección, quisiera también mostrar lo que nosotros hemos propuesto como Fonasa y lo que está en discusión hoy en el Parlamento.

FONASA Y SU ROL

El Fondo Nacional de Salud, según se indica en el DFL1, es un organismo público, encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud, para brindar cobertura financiera a las distintas atenciones de salud que incluye el régimen de prestaciones.

Me llama mucho la atención que, en la Ley, que define Fonasa se destaque como primera función lo que hoy conocemos en términos teóricos como el rol de financiamiento de un sistema de salud. En efecto, en ella se habla de recaudar recursos, administrarlos y distribuirlos. Estas son las tres funciones principales del financiamiento que han sistematizado los organismos internacionales como la OMS y la OPS, que abarcan desde el origen de los recursos hasta su administración.

En esta línea, para Fonasa, la administración tie-





ne como base la mancomunidad solidaria. Esto tiene relación con las decisiones que se toman para que los aportes que realizan las personas no tengan relación con los gastos asociados a las prestaciones de salud que recibe. Eso lo hace Fonasa y lo ha hecho siempre. Es un fondo solidario en ese sentido. Las personas aportan su 7% y esto no tiene relación con las prestaciones que reciben.

En cuanto a la asignación de recursos, la distribución, uno puede caracterizarla de distintas maneras, que se puede simplificar en tres conceptos: compras, mecanismos de pago y distribución de recursos.

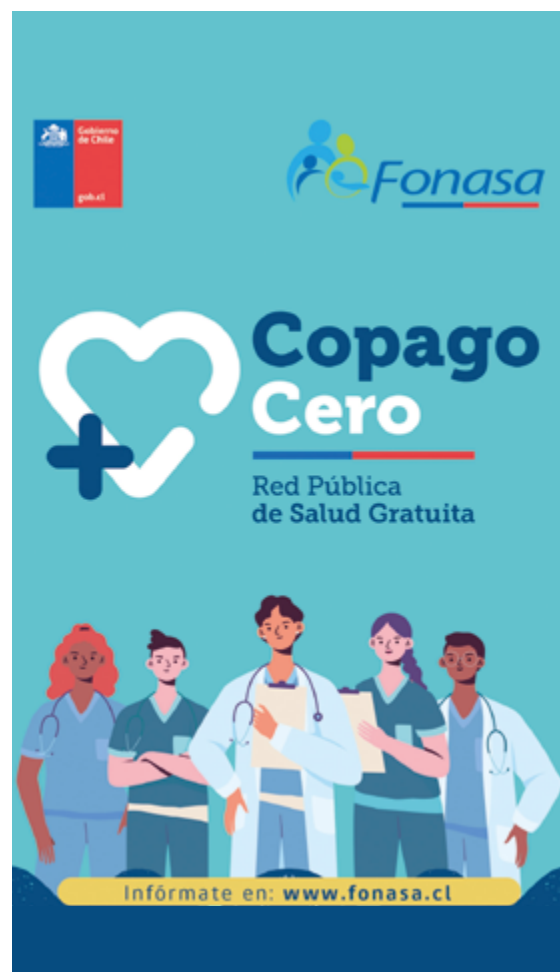
En este sentido, el hecho que exista una concentración de las funciones del financiamiento del sistema de salud en una sola institución que es el Fonasa, recaudación, mancomunidad solidaria y distribución de los recursos, es una característica relevante del sistema de salud chileno.

Existen otras funciones de Fonasa que están detalladas y que se generaron en el 2005, con la reforma AUGE, las cuales otorgan funciones más directas para hacer cumplir ciertas directrices: derechos de acceso de las personas y de utilización de las prestaciones.

Allí también se determina que Fonasa se desenvuelve y cumple sus objetivos en base a dos modalidades: Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad de Libre Elección (MLE).

La modalidad de Atención Institucional es aquella

que resuelve los problemas en el dispositivo sanitario público, en el SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud), a través de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), la Atención Primaria y todos los dispositivos hospitalarios y centros de salud del sector secundario y terciario.



Esta atención, desde septiembre del año 2022, es absolutamente gratis con el impulso del programa de Copago Cero, que esperamos que tenga un efecto importante en el Gasto de Bolsillo de las personas. En lo fundamental, muestra una visión que hemos tenido al implementar esta medida gubernamental, presentada por el Presidente Boric. Manifiesta nuestra voluntad de eliminar todas las barreras de acceso. Una de las barreras más importantes ha sido siempre la barrera financiera. En América Latina el 30% de las barreras de acceso son la barrera financiera.

La Modalidad de Libre Elección (MLE), en tanto, es una modalidad muy antigua en Fonasa y está dirigida fundamentalmente a la atención en el sector privado en convenio con Fonasa: las personas pueden acudir a ella a través de un bono y un copago. Son 4 millones de personas que están en Fonasa las que utilizan alguna vez al año la Modalidad Libre Elección. Sabemos que esta modalidad ha aumentado mucho desde la pandemia y no ha retornado a sus niveles anteriores. Muchas personas combinan atenciones en ambas modalidades de atención.

Otro antecedente relevante es el aumento de los beneficiarios de Fonasa. El total, a fines del año 2023 fue de 16.229.898 personas. Vale decir que contenemos al 82% de la población. De los nuevos usuarios del 2023, migraron de 344.374 personas desde las Isapres, de las 616.320 totales que ingresaron. Si consideramos los años 2022 y 2023, periodo en el que comienza lo que se ha denominado la crisis de las Isapres, producto de los fallos de la Corte Suprema, han ingresado a Fo-

nasa cerca de un millón de personas. Un 65% de ellas son personas provenientes de Isapres.

Del total de la población beneficiaria, la mayoría son mujeres, con un 85%. El 94% del total de usuarios, en tanto, son adultos mayores. Por lo tanto, No es que se vaya a venir una avalancha de afiliados adultos mayores, en el caso de un problema de insolvencia de una o más Isapre, ya que mayoritariamente la población de ese grupo ya está en Fonasa.

Fonasa clasifica a las personas según su tramo de ingresos en cuatro grupos: A, B, C y D. El grupo A está formado por aquellas personas que no cotizan, son el 19% de toda la población. Los cotizantes, en tanto, son clasificados en tres rangos establecidos, en orden creciente como grupo B, C y D. El tramo que más ha crecido es el grupo D. El grupo B permanece y sigue siendo un grupo importante en términos de que están todas las personas jubiladas.

“ La modalidad de Atención Institucional, desde septiembre del año 2022, es absolutamente gratis con el impulso del programa de Copago Cero, que esperamos tenga un efecto importante en el Gasto de Bolsillo de las personas ” .



El esfuerzo que hace Chile en salud pasa por el presupuesto de Fonasa, que se hace cargo de la operación y de la producción con \$12,7 billones de pesos para el año 2024. Más o menos el 91% de este presupuesto se destina al sector público. Por supuesto hay una diferencia que se destina al sector privado, que cada vez es más relevante para ellos.

Las clínicas nos dicen que calculan que un 39 % de sus ingresos proviene de Fonasa. También nos dicen que el 52% de sus atenciones son para personas de Fonasa. Es decir, Fonasa se ha transformado también para ellos en un elemento importante del financiamiento, tanto para los médicos en su práctica libre como para las clínicas. Hay una serie de prestaciones que Fonasa debe comprar a prestadores privados para cerrar brechas de atención de los servicios de salud: Camas críticas; Derivación a segundo prestador GES, diálisis, entre otros. Las prestaciones que son derivadas de la atención institucional además son recibidas por las personas en el marco del Copago Cero.

Como ya he señalado, el Copago Cero no solamente está limitado al dispositivo público, sino que también a la modalidad de atención institucional que va dirigido a las clínicas privadas que llamamos compra directa. Hay una responsabilidad nuestra como sector en brechas que tenemos que cubrir en el sector público para dar acceso a nuestros beneficiarios. La derivación a segundo prestador por garantías retrasadas en problemas de salud GES y también el programa de camas críticas. Los ELEM, que son los centros de larga estadía para los adultos mayores. Los centros de diálisis, que en Chile están absolutamente financiados por Fonasa, y que beneficia a 25 mil personas, este programa nos cuesta 265 mil millones al año, y que en un 90 % se utiliza en el sector privado, en el marco de licitaciones vigentes. La Ley de Urgencia, que es un elemento de acceso a las personas, también implica un gasto importante: 174 mil millones, monto en el que se incluye el pago de la deuda por post estabilización generada durante la pande-

mia. Estas cifras son los ítems del presupuesto inicial, pero el gasto presupuestario total va a ser superior, probablemente, cercano a un 20% más. La modalidad de libre elección (MLE) prepandemia venía siendo más o menos 400.000 millones. Para que nos hagamos una idea, hoy se ha duplicado. Las personas que se están viniendo a Fonasa, según nuestros análisis, son personas que tienen prácticamente el doble de ingresos de que las que ya están en Fonasa, pero inferiores –en promedio– a las que contiene el sistema de Isapres. Son profesionales, técnicos y trabajadores en general jóvenes, mayormente hombres, que entran al mundo laboral y que están formando familias. Son aportantes netos para Fonasa, en el sentido financiero, porque aportan un 7%, bastante mayor que las personas que ya estaban en el sistema. Hemos analizado que intentan reproducir la atención que han tenido en el sistema privado. Usan intensivamente la MLE (Modalidad Libre Elección) para continuar con sus médicos y sus prestadores.

“ El gasto total en salud en Chile alcanza el promedio de la OCDE, sin embargo, el gasto público todavía no supera el 6% del PIB, que es la recomendación internacional, y lo que comprometió Chile cuando firmó el acuerdo el año 2014 en el marco de la OPS ” .

La Ley Ricarte Soto, que también es un elemento importante de acceso a las personas, tiene presupuestados 159 mil millones para el 2024, dando acceso a medicamentos de alto costo para 27 patologías priorizadas. También es parte del presupuesto las sentencias judiciales por el financiamiento de medicamentos de alto costo, que no son parte de la Ley Ricarte Soto ni del programa de drogas de alto costo (DAC), con un presupuesto 2024 de 27 mil millones.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

Nosotros no hemos alterado el gran diagnóstico que tenemos del sistema de salud chileno, que sigue siendo, a pesar de nuestros esfuerzos, en sus aspectos estructurales, un sistema segmentado, fragmentado en la prestación y que tiene un sub financiamiento público crónico, donde el avance de la inversión pública ha sido muy lento en el tiempo.

El gasto total alcanza el promedio de la OCDE, sin embargo, el gasto público todavía no alcanza el 6% del PIB, que es la recomendación internacional, y lo que comprometió Chile cuando firmó el acuerdo el año 2014 en el marco de la OPS. O sea, han pasado 10 años y todavía no alcanzamos el 6%. Esto es importante porque el gasto público supone planificación y ciertas decisiones. Un gasto, se supone, dirigido a ciertos objetivos. Ese es el gasto interesante, en el sentido del avance de un sistema de salud, el gasto público.

El modelo chileno se puede graficar de múltiples formas, pero en términos económicos las personas pueden, porque la ley lo permite, elegir salir de este sistema público. Cuando salen, ellos se



llevan el 7%, que es una cotización de dinero público. En el mundo se considera que la cotización obligatoria de seguridad social es un financiamiento público. Seguros privados hay en todas partes, con distintos niveles de importancia, pero que usen el financiamiento público solamente en dos partes: Chile y EE.UU. Esto genera un nudo para el desarrollo del sistema, porque las decisiones de desarrollo y ampliación de las capacidades no se toman solamente en el sector público, se toman también a través del mercado de un sector privado que no está, necesariamente, inspirado por objetivos sanitarios ni por el desarrollo del país, porque responde a otras lógicas. Esto genera una contradicción en el financiamiento que tiene consecuencias en equidad, en resultados de salud y en la eficiencia global del sistema.



Se podría decir que, en términos estructurales y en el concepto de un sistema social de salud, somos tremendamente ineficientes si gastamos el 9% del PIB (Producto Interno Bruto) y no tenemos un sistema robusto. Naciones como el Reino Unido o Alemania gastan ese mismo porcentaje. La razón de esto puede estar en la estructura y la forma en cómo se distribuyen los recursos y se planifica y se ejecuta el accionar del sistema de salud.

Basado en la evidencia internacional, al realizar un cruce entre el gasto público en salud y gasto de bolsillo, podemos afirmar que los países que tienen sistemas de salud que invierten más del 6% del PIB, como gasto público o inversión pública en salud, y tienen un Gasto de Bolsillo menor al 20%, pueden aspirar a un avance significativo hacia la cobertura universal. Nosotros no estamos mejor que el resto de los países de América Latina. Estamos en los promedios continentales. Esto no responde al avance que tiene Chile en su desarrollo económico y social. Chile se sitúa dentro del grupo más deficiente, al considerar aspectos tales como la cantidad de médicos, que llegan a 3,13 por mil habitantes. O la cantidad de camas hospitalarias, que llegan a 1,94 por cada mil habitantes. Esto demuestra que la baja inversión en salud y las decisiones fragmentadas de organización global del sistema, tienen consecuencias.

CORRIENTES DE REFORMA

Se ha mencionado la comisión que me tocó dirigir hace 10 años, en 2014, que surgió a propósito del fallo del Tribunal Constitucional de 2010, que, visto desde el punto de vista de un economista, señaló por primera vez que los seguros de salud

privados que recaudan el 7% de seguridad social deberían funcionar con reglas de seguridad social. El cambio conceptual fue drástico, porque previo al fallo del TC, se entendía que por tratarse de seguros privados las regulaciones y los límites eran importantes, porque había que dejar funcionar al mercado. Es aquí donde está el inicio del proceso de judicialización que termina con el fallo de la Corte Suprema del 2022.

Las discusiones sobre reforma del sistema de salud se han producido no solo en Chile, también ha ocurrido en otros países de América Latina y han perdurado por décadas. Comienzan en los años 80. Inician en Chile y Colombia, lo que se conocen como reformas de ajuste estructural, que tienen que ver con la crisis de la deuda y con la economía. Casualmente, las reformas surgen, un poco antes o un poco después, de las crisis en América Latina. En Chile también, porque es normal que se discuta en qué se va a gastar, cómo se va a recuperar y su asociación con la economía. Aquí ha habido dos vertientes de reformas: las que se han focalizado en la segmentación y otras en la fragmentación. O sea, unos se han focalizado más en el financiamiento y el aseguramiento -eso quiere decir enfocados en la segmentación-, y otras, en los proveedores. Ninguno de los dos enfoques asegura una reforma integral.

A través del tiempo, Fonasa ha sufrido cambios en ambas vertientes, en lo relacionado con prestadores y también con el financiamiento. Pero en el ámbito del financiamiento y el aseguramiento, estos cambios han sido pocos, en cambio se ha generado un efecto mayor a través del AUGE por el lado de los prestadores.

“ Otro antecedente relevante es el aumento de los beneficiarios de Fonasa. El total, a fines del año 2023, fue de 16.229.898 personas. Vale decir que contenemos al 82% de la población. De los nuevos usuarios del 2023, migraron 344.374 personas desde las Isapres, de las 616.320 totales que ingresaron ”.

El caso chileno va acercándose hacia una reforma integral. Una reforma no puede ser solamente de índole financiera del seguro, sino que también debe ser acompañada de la reforma de los prestadores, del modelo de atención y del conjunto de actores que allí se desenvuelven.

Hay una serie de dimensiones del sistema de salud que están en discusión cuando hablamos de reformas y hay una serie de graduaciones que van, desde mi perspectiva, hacia donde uno quiere avanzar. Hay una graduación desde un sistema privado hasta un sistema del tipo Servicio Nacional de Salud y entre medio, hay varios conceptos.

Uno de ellos es el pluralismo estructurado, que plantea que no es necesario eliminar la segmentación, sino que regularla bien para que el sistema pueda subsistir adecuadamente. El seguro social de salud o multi aseguramiento, con participación de cajas o seguros en el financiamiento. O el seguro nacional de salud, es decir, un solo asegurador y el Servicio Nacional de Salud, que es el modelo



clásico, como el modelo inglés o el de los países nórdicos, donde una sola estructura se hace cargo del sistema de salud y su financiamiento.

Hay varias graduaciones respecto de cada una de estas variables: el gasto y la recaudación, la cuál será más privada en un mundo de seguro privado y será con más impuestos generales hacia un mundo de servicios nacionales de salud. En el caso de la contribución, si es que hay obligatorias, se harán según riesgo, con el principio de equivalencia en riesgo -que es como tarifican las primas los seguros privados, o bien sobre ingresos o más solidarios respecto de los seguros sociales. Lo mismo con la mancomunación: individual de fondo múltiple, o de fondo universal o único. Los mecanismos de compra, múltiples pagadores, pagador único, la tendencia de los modelos más integrados. La gobernanza, obviamente, también tiene ciertas diferencias.

Existe una discusión sobre por qué no aportan los empleadores, como ocurre en cualquier sistema de seguridad social. Es una discusión abierta. No tenemos una posición al respecto, ni está incluido en aspectos de reforma. Pero obviamente es una cuestión atendible, en el sentido de que se estila en la mayoría de los países del mundo que tienen seguridad social.

Nosotros promovemos la mancomunación de los recursos y efectivamente el fondo nacional de salud es solidario, pero existe la MLE. Yo diría que lo importante es que, si existe una relación entre el fi-

nciamiento y una red de prestadores, en esa red nadie se salte la fila. Es la red MAI que está asociada con el fondo y que admite toda la red pública de atención de salud, pero también aquellos privados en convenio que están en la compra directa, derivaciones hechas a partir, por ejemplo, de la lista de espera, la que tiene un orden, una prelación. La MLE es un derecho que las personas tienen, y se admite esta relación de que las personas pueden elegir un prestador que está fuera de esta red que compone la Modalidad de Atención Institucional, o sea, la red pública. Se suele argumentar que la MLE provoca inequidad, pero el sector público a través de la MAI garantiza que en la red institucional no exista este tipo de inequidades.

En la asignación y la distribución de recursos, resultan muy importantes los mecanismos de pago. Hay una tradición chilena muy importante en este campo. Es un capital del país, de todas las administraciones. Hace 30 años que se generó el per cápita de la APS, por ejemplo. El per cápita es la mejor forma de pago de la Atención Primaria. En el caso de Chile requiere avance y actualizaciones de los costos del plan de salud familiar y de los temas técnicos de ajuste de riesgo para poder llegar bien y con el financiamiento necesario, a las poblaciones y los territorios. Hay compromiso y gobernanza respecto de los recursos, como base tenemos un avance significativo como país. Eso es muy relevante, porque además es un capital acumulado durante muchas décadas y que incorpora distintas administraciones.

Los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), son otro ejemplo, se iniciaron en el año 2000 con el experimento de la Pontificia Universidad Católi-

ca. Después el año 2015, con los pilotos públicos y con la compra de privados que empezó Fonasa en ese momento. Finalmente, en el año 2020-2021 se incorpora al presupuesto el programa de GRD, en el gobierno anterior, que tuvo el problema de la pandemia, que ralentizó la aplicación. Nosotros tuvimos, entonces, la tarea de aplicarlo masivamente, por primera vez, en el mundo público, a casi 70 hospitales y con un presupuesto de más de 5 billones de pesos. Esto está generando muchos avances. Un ejemplo de esto es la recuperación rápida de la producción hospitalaria, en la que ya hemos alcanzado los niveles de 2019. El GRD permite, además, tener un entendimiento común en el propio sector de salud y con el Ministerio de Hacienda. Este mecanismo de pago cuenta con un respaldo internacional, es el sistema más avanzado que existe a nivel hospitalario, y Chile es el único país de América Latina que lo impulsa.

SITUACIÓN ACTUAL Y MCC

La modalidad de cobertura (MCC) complementaria es el planteamiento que ha hecho Fonasa respecto de la crisis de las Isapres. Es bien importante señalarlo, ya que es en función de un contexto específico en el que nosotros proponemos esta nueva modalidad. La política surge de una situación concreta, de una coyuntura. Ahora, que sea coyuntural no quiere decir que cuando se nos presenta un problema de este tipo, nosotros no nos preguntamos cuál es el arsenal de ideas, de principios y de técnicas que tenemos a disposición, en este caso la respuesta la encontramos en el programa de gobierno. En ese sentido, resulta natural que pensáramos, por ejemplo, que podíamos usar la idea de un seguro de segundo piso.

La MCC tiene el objetivo de otorgar mayores coberturas financieras a las personas afiliadas a los grupos B, C y D que se inscriban voluntariamente a esta nueva modalidad, pagando una prima complementaria al 7% obligatorio.



Esta nueva modalidad que proponemos es un seguro financiero. El hecho de que nosotros seamos parte de la Ley Corta es porque Fonasa no tiene las atribuciones para hacer convenios con seguros complementarios. Por eso planteamos la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria. Con ella buscamos asegurar el principio de seguridad social, mediante una serie de condiciones: que la prima fuera comunitaria, que no hubiese discriminación. ¿Entonces, este aseguramiento, lo permite? Lo permite porque se trata de un sistema prepago de seguros de segundo piso. Fonasa es un seguro primario, y en este caso, referimos a seguros financieros que solamente cumplen con cubrir copagos, no tienen relación con los prestadores.

En este sentido, Fonasa actuará como intermediador entre las personas afiliadas y las aseguradoras, con las que contratará mediante licitaciones periódicas, y tendrán el rol de cubrir aquellos copagos que Fonasa no puede cubrir por no contar con más recursos fiscales.

“ La modalidad de cobertura complementaria (MCC) es el planteamiento que ha hecho Fonasa respecto de la crisis de las Isapres y tiene el objetivo de otorgar mayores coberturas financieras a las personas afiliadas a los grupos B, C y D que se inscriban voluntariamente a esta nueva modalidad, pagando una prima complementaria al 7% obligatorio ”.

Es importante señalar que por el principio de equidad en el financiamiento que rige al Fondo, estamos obligados a no destinar más recursos a un sector de beneficiarios que a otro, y está bien que así sea. Esto quiere decir que el subsidio a la persona que realiza Fonasa por una prestación es el mismo, sin importar la modalidad de atención que utilice el beneficiario.

Otro elemento considerado es que las personas que están migrando sí tienen disponibilidad de pago, porque ellos no pagan sólo el 7% de sus rentas en las Isapres, sino que pagan el 11% en promedio, ya que pagan primas complementarias, entonces esos cuatro puntos diferenciales nos permiten pensar en que las personas podrían estar interesadas en pagar esta diferencia, independientemente de cuál va a ser la prima.

El asunto de la filosofía de la política MCC es esa: cubrir el copago para tener una cobertura similar a la que las personas tienen hoy día en el sistema Isapres que, en promedio, cubre el 65% de sus costos para una persona que lo usa en un año. Para las personas que están en Fonasa y que sólo se atienden en la MLE (Modalidad Libre Elección), calculamos su copago promedio y eran cubiertos en un 38%. Las simulaciones que hicimos para estimar las primas y el carácter del programa era que estos seguros permitieran al menos cubrir esa brecha. Son 27 puntos porcentuales que hay entre el 38% de cobertura en la MLE y el 65% de cobertura promedio en una Isapre. De manera que, si las personas están viniendo a Fonasa y quieren permanecer en sus prestadores, lo puedan hacer con la misma cobertura. Yo tengo la convicción de que esta modalidad podrá incluso ser más eficiente.



¿Cuál es el conjunto de beneficios que va a estar disponible en nueva modalidad de atención? Prácticamente todo lo que está disponible en Fonasa y las Isapres.

¿Cuáles son esas famosas prestaciones que sabemos que no están aranceladas por Fonasa? Lo que hicimos fue mirar a las prestaciones de las Isapres y compararlas con las de Fonasa. Lo incluimos en la Ley, donde ha quedado estipulado que incorporaremos aquellas prestaciones que hoy no están aranceladas, teniendo como criterio, por supuesto, la pertinencia sanitaria, de manera que esta nueva modalidad cuente con todas las prestaciones que hoy están disponibles en el sistema en su conjunto.

Nosotros trabajamos a través de una herramienta que se llama Arancel. Existen el arancel de la MAI

y el arancel de la MLE. Bueno, existirá también un arancel de la MCC (Modalidad de Cobertura Complementaria). Los aranceles están fijados y hay una cobertura que nos permitirá llegar a ese 65% promedio, pero con precios distintos. Además, consideramos un estudio de costos que nos permite cierta aproximación racional y razonable respecto de los costos legítimos y reconocibles del sistema privado. No podemos ir a cualquier costo, eso sería además de inequitativo, promover la ineficiencia. Para fijar este arancel de la MCC, Fonasa financia lo mismo que en la MLE por cada prestación utilizada por los beneficiarios, y la diferencia la financia el seguro en porcentajes establecidos por el Fondo, quedando un copago en promedio igual a las de las Isapres que debe ser pagada por la persona.



Seguros privados: Pensando su rol más allá de las isapres



Por: Carolina Velasco *

* Economista con máster en esta materia en la U. Católica, y en Políticas Sociales en The London School of Economics (LSE) de Inglaterra. Actualmente es Directora de Estudios del IPSUSS (Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián).

Los seguros tanto públicos como privados nos obligan a pensar en el futuro. Un futuro incierto pero que puede tener costos incalculables para nuestro bolsillo si nos toca enfrentarnos a un evento vital o catastrófico. Nadie sabe qué va a pasar más adelante, si nos vamos a enfermar, si tendremos un accidente, si seremos nosotros o alguno de los que queremos los que tendrán un problema de salud. Pensar más allá, pensar en el futuro, adquiere importancia post Ley Corta porque, como su nombre lo dice, queda corta. Sabemos que necesitamos hacer una reforma mayor.

“ Hay evidencia de que los seguros, cuando cumplen el rol primario, es decir, cuando administran y otorgan el plan básico de salud, pueden ser un aporte, pero siempre y cuando tengan una adecuada regulación. Eso significa, entre otros, sin preexistencia o sin posibilidad de rechazo (es decir, con libre afiliación), que es algo que en Chile no ocurre. Con una buena regulación, las desventajas se pueden subsanar en gran medida. Sin regulación, lo que se genera es exclusión ”.

Los seguros nacen de la idea de que todos pongamos algún monto de dinero para cubrir el gasto que supondría ese evento vital que podría atravesar nuestra vida. Su rol es protegernos y con ello mejorar el bienestar. Cuando digo bienestar, entendámoslo como la tranquilidad que los seguros nos entregan en varias dimensiones, entre ellas la financiera. Hay distintas opciones de seguros. Los primarios son los que cubren el plan básico u obligatorio, los asociados al plan de salud universal que todos anhelamos tener en Chile. También están los seguros de salud de segundo piso o secundarios. Dentro de estos están los seguros complementarios, que son los que cubren lo que no cubrió el plan primario, por ejemplo los copagos o los beneficios que no están incluidos en éste. Además, están los seguros privados suplementarios, que son los que nos permiten acceder a mejoras de lo que ya está cubierto. Por ejemplo, pasar directo a atenderse con un especialista, recibir mejor atención hospitalaria o acceder a servicios que, cuando tienes un seguro primario en redes cerradas o en una sola red, pueden quedar fuera, como es tener mejor hotelería.

En el fondo los seguros secundarios, complementarios y suplementarios surgen cuando algo falta en el primario y queremos acceder, entre comillas, a un upgrade, como dicen los gringos: un asiento en primera y no en económica. O también, cuando la calidad de la atención tampoco es buena u oportuna. Uno se pregunta si vale la pena contratar seguros, y cuándo y cómo tomarlos. La respuesta depende de muchos factores, uno de ellos es la preferencia del usuario: gustos o ideología definen si la persona, gobierno o gremio, toma un seguro

privado o público, primario, secundario o suplementario. O no toma ninguno. Pero más allá de las preferencias o de las razones que hacen mejor o peor un seguro, lo verdaderamente importante es la regulación. Sin esta última, los seguros privados en salud no funcionan bien y pueden terminar dejando fuera a las personas más enfermas, porque son las más “caras” o de mayor gasto mientras que los seguros primarios, no pueden dejar fuera a los más costosos o riesgosos.



Las características del sistema de salud y su historia inciden en la participación de aseguradores privados, como también en las capacidades para hacer reformas o convencer a las personas de hacer cambios. Por ejemplo, en los países de muy pocos ingresos, donde es muy poco estructurado el sistema de salud, que no es nuestro caso, muchas veces los seguros privados se usan o fomentan para allegar más recursos y de esta manera cubrir los problemas de salud que el plan primario no alcanza a solventar. Otros países, incluso desarrollados, permiten la existencia de los seguros privados y los fomentan entre los ricos, para focalizar el gasto público en los más necesitados. Cada país o sistema de salud determina por qué quiere tenerlos y cómo. Pero lo relevante es entender la evidencia respecto de cómo organizar y regularlos, según sea el objetivo (para qué lo quiero usar). Y con eso claro, regularlo e insertarlo adecuadamente en el sistema de salud.

“ Debiésemos hacer el esfuerzo de mejorar el seguro primario. Ha habido cuatro comisiones desde 2010 que han intentado hacerlo. La primera, que por cierto se creó a raíz de un fallo del Tribunal Constitucional, terminó en un proyecto de ley que aún se sigue tramitando. No hemos sido capaces de mejorar nuestro sistema de salud. (...) La Corte Suprema nos acaba de poner entre la espada y la pared: gastamos dos años en discutir una Ley Corta para salvar o no salvar, para mejorar o no mejorar el equilibrio, pero seguimos dejando fuera lo verdaderamente importante ”.

“ Como país ya tenemos discusiones en materia tributaria, en pensiones, en inversión y ‘permisología’ que buscan pensar en el futuro. ¿Cómo avanzamos ahora en una estrategia para que el aseguramiento privado sea un aporte y pueda crear valor a todas las personas que atiende?. La clave es pensar en el concepto de sostenibilidad y sustentabilidad para poder aportar a la cobertura universal. (...) Si se sigue pagando fee for service (monto por cada atención recibida), eso no es sostenible, solo es inflacionario ”.

Efectivamente hay evidencia de que los seguros, cuando cumplen el rol primario, es decir, cuando administran y otorgan el plan básico de salud, pueden ser un aporte, pero siempre y cuando tengan una adecuada regulación. Eso significa, entre otros, sin preexistencia o sin posibilidad de rechazo (es decir, con libre afiliación), que es algo que en Chile no ocurre. Con una buena regulación, las desventajas se pueden subsanar en gran medida. Sin regulación, lo que se genera es exclusión. Es muy importante tener reglas porque, por ejemplo, si me enfrento a una lista de espera larga o si es que tengo que pasar primero por el médico general y el tiempo apremia, se necesitará lo que los gringos llaman un fast track. Ahora, si la pregunta es si los seguros privados secundarios pueden usarse estratégicamente, la respuesta es sí, y algunos países lo hacen, pero hay que tener en cuenta que te van a generar, por

el hecho de ser seguros optativos y pagados por quienes puedan y quieran, desigualdad e inequidad, si es que no son regulados adecuadamente y, especialmente, si el seguro primario no es bueno.

Muchas veces, contar con seguros privados de tipo secundario (complementarios o suplementarios) afecta al sistema primario, porque cubren copagos, reduciendo el precio a pagar por la persona. Y usar más el sistema de salud, aumenta la demanda y con ello suben los precios. Dado estos problemas, ¿qué consideraciones hay que tener cuando uno usa los seguros privados secundarios, complementarios o suplementarios y qué opciones existen para regularlos? En Francia, para resolver el problema de que sólo algunas personas tuvieran acceso a estos seguros y otros no, los convirtieron en obligatorios y finalmente el financiamiento y la cobertura dependen de cuánto paga la persona, de su nivel de ingreso o del trabajo que tiene, acercándose bastante a lo que es la regulación de un seguro primario. ¿Vale la pena entonces tener un seguro secundario dado estos efectos colaterales en acceso e igualdad? Bueno, efectivamente podrías tenerlos, pero tratando de que no afecten al seguro primario.

No es sencillo. Para lograrlo, se tendría que hacer completamente separado del seguro primario, evitando que “levanten” a los médicos y especialmente evitando que cubran los copagos del seguro primario para controlar la demanda, pues de lo contrario socavan el objetivo del uso de copagos en el primario. Se pueden permitir ciertos aspectos como mayor elección y mejor hotelería, pero en prestadores distintos. Si se ocupan los mismos, tienes los problemas que hay en Irlanda, porque lo

que se genera con esto es que a ciertos prestadores les conviene irse a un sector y no al otro, y eso termina afectando igual al seguro primario.

Se debe recordar que los seguros complementarios surgen porque el seguro primario es incompleto y se requiere de otros subsidios y otras regulaciones. Por lo tanto, mientras se arregla el seguro primario, se pueden generar seguros complementarios a los que se les pide que cubran ciertas prestaciones que el primario no puede cubrir, pero con ciertas restricciones. Una de éstas podría ser mejorar los mecanismos de compra si se busca asegurar la eficiencia y la protección. Además, si se busca que todos accedan, se tendrán que poner subsidios o se mantendrán esas inequidades dejando la salud en manos de los que puedan pagar.

Mi opinión es que habría que tener todos estos resguardos para poder desarrollar efectivamente un buen seguro complementario o suplementario (de segundo piso). Pero, además, creo que como país debiésemos hacer el esfuerzo de mejorar el seguro primario. Ha habido cuatro comisiones desde 2010 que han intentado hacerlo. La primera, que por cierto se creó a raíz de un fallo del Tribunal Constitucional, terminó en un proyecto de ley que aún se sigue tramitando. No hemos sido capaces de mejorar nuestro sistema de salud, nuestro seguro primario, y en lugar de poner los esfuerzos ahí nos seguimos centrando en otras medidas. La Corte Suprema nos acaba de poner entre la espada y la pared: gastamos dos años en discutir una Ley Corta para salvar o no salvar, para mejorar o no mejorar el equilibrio, pero seguimos dejando fuera lo verdaderamente importante. Las reformas que necesitamos, lo sabemos, son otras.

Ideas hay: una reforma a los prestadores, generando una nueva institucionalidad para prestadores públicos, entre otras cosas que hemos dejado de lado a raíz de esta discusión que, a mi juicio, trata de parchar aspectos que son del sistema primario, de los que no nos hemos hecho cargo, y en los que se necesita avanzar con acuerdos desde el punto de vista técnico. Varios acá hemos participado de algunas de estas comisiones y nuestro tope suele estar en las dificultades para tramitar estos proyectos y estas reformas. El desafío sigue pendiente. La evidencia nos muestra que los seguros privados primarios funcionan bien o mejor cuando son bien regulados. En cambio, en la revisión sistemática del aporte que hacen los seguros secundarios, los resultados son menos claros. Y cuando el seguro primario no es lo suficientemente sólido y falla, muchas veces terminan socavándolo. El llamado es a hacer entonces la mejora donde corresponde para que, efectivamente, los seguros secundarios puedan tener un rol. No estoy diciendo que no deban existir, pero es importante pensar para qué se quieren y si los estoy usando porque no he podido corregir el primario y qué estoy saltándome.





“ Hay una preferencia notoria de la gente por la opción de elegir quién administra sus cotizaciones y sus aseguradores. Y de que sean distintas entidades quienes administren, no sólo una. Pero para que eso ocurra tienen que haber reglas del juego adecuadas y yo creo que aquí es donde precisamente nos hemos caído. Si uno quiere pensar en un mundo sostenible en el futuro, donde la participación privada realmente se mantenga, hay que jugárselas por esas reglas y no seguir perdiendo tiempo en discusiones puntuales ”.

Como país ya tenemos discusiones en materia tributaria, en pensiones, en inversión y “permisología” que buscan pensar en el futuro. ¿Cómo avanzamos ahora en una estrategia para que el aseguramiento privado sea un aporte y pueda crear valor a todas las personas que atiende?. La clave es pensar en el concepto de sostenibilidad y sustentabilidad para poder aportar a la cobertura universal. Chile ha adscrito a ese principio: necesitamos estrategias sostenibles. Si se sigue pagando fee for service (monto por cada atención recibida), eso no es sostenible, solo es inflacionario.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible está la cobertura universal en salud y también hay varios desafíos asociados a las enfermedades, como reducir el gasto catastrófico. Un seguro puede reducir el Gasto de Bolsillo de las personas y con eso reduce la pobreza. O podemos apoyar al desarrollo laboral de los colaboradores privados

en innovación para que nos ayuden a traer nuevas tecnologías o medicamentos, una industria que sólo ha crecido en los últimos años. Tenemos una ley parada en el Parlamento sobre cómo regular fármacos en Chile. Pasó por la Cámara de Diputados, por el Senado y salió prácticamente aprobada por una Comisión Mixta, pero aunque pasó por esas tres instancias, ahí quedó hace tres años. ¿Por qué, si tenemos un problema tan importante con los medicamentos, no los metemos al seguro? Y la respuesta es porque no hemos sido capaces de reformar ni siquiera el plan de salud del seguro primario. Luego del AUGE, que fue la gran reforma, no hemos logrado seguir avanzando en ello.

La responsabilidad de destrabar eso recae en los distintos actores, pero se resume en una regulación adecuada y en fortalecer el rol público. Una cosa es lo que puede hacer la industria o el sector, pero otra son las reglas del juego. Si no hay reglas del juego adecuadas para la participación privada como nos pide la población, seguiremos desoyendo lo que la ciudadanía dice en varias encuestas. Una de ellas es la que hicimos en la U. de San Sebastián en agosto pasado (2023) y en enero de 2024. Hay una preferencia notoria de la gente por la opción de elegir quién administra sus cotizaciones y sus aseguradores. Y de que sean distintas entidades quienes administren, no solo una. Pero para que eso ocurra tienen que haber reglas del juego adecuadas y yo creo que aquí es donde precisamente nos hemos caído.

Si uno quiere pensar en un mundo sostenible en el futuro, donde la participación privada realmente se mantenga, hay que jugárselas por esas reglas y no seguir perdiendo tiempo en discusiones puntuales.

Yo sé que hemos tratado, pero ha sido difícil. Y eso pasa porque el 7% de cotización tiene que ser regulado por la seguridad social. Hoy día ya es difícil que alguien se niegue a eso, pero así y todo, tenemos de nuevo un proyecto de ley de Plan Garantizado dando vueltas en el Congreso desde 2011. En la compensación por riesgo hemos avanzado y en el plan de salud mínimo también: son las garantías GES, pero eso tiene que complementarse con un compromiso de la “propia industria” que tiene que jugar un rol más propositivo y colaborativo.

Ahora, si queremos pensar en el desarrollo de una industria de manera sostenible con una figura distinta a la de la colaboración se requiere de una contraparte desde el mundo regulador: autoridades políticas, Congreso y Gobierno dispuestos a escuchar. Nosotros hemos visto un buen trabajo entre el Gobierno y la Asociación de Aseguradores Privados respecto a las mejoras de la modalidad de cobertura complementaria. Quizás sea el mismo tipo de trabajo el que haya que hacer con la industria de aseguradores privados (isapres) como seguros de primer piso. También creo que es importante el compromiso con la sostenibilidad de parte del gremio asegurador. Por ejemplo, en pensiones, lo tiene el gremio de asociaciones de AFP, que participa del debate. Que las isapres participen de manera más propositiva en la discusión también podría incidir en la confianza institucional que, de acuerdo a la encuesta Cadem, se mantiene a la baja en materia de aseguradoras. Necesitamos más visión de largo plazo de parte de éstas y de los gremios porque, si lo que se va a poner como regla es que se acaba la selección por riesgo, eso implica eliminar todo tipo de prác-

ticas vinculadas a ello y no sólo la explícita, como por ejemplo, la de entregar menor calidad a ciertas condiciones de salud; asunto que también puede subsanarse con una mejor regulación.

La población valora cuando existen ese tipo de compromisos o cuando hay un código ético en la gobernanza, y eso también corre para el sector público. Una gobernanza transparente le da más confianza a las personas, pues pueden ver qué se está haciendo con sus recursos: si yo pago impuestos, tengo derecho a saber cómo se están utilizando y cuánto se está perdiendo, por ejemplo, en ese 20 o 30% que se utiliza en licencias médicas. Según la evidencia que me ha tocado revisar, hay más opciones de tener beneficios cuando hay un buen sistema primario con participación privada regulada adecuadamente, que cuando surgen los seguros secundarios porque falla el primario. Es importante tener esto en mente: si uno quiere efectivamente permitir una colaboración del seguro secundario, tiene que hacerlo de la manera correcta y yo creo que ahí está el desafío en nuestro país.

Hay un proyecto de ley para fortalecer a Fonasa que creo se puede seguir tramitando para avanzar o mejorar, pero la apertura a la discusión es importante. Parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es justamente el trabajo en alianzas, el trabajo pensado en el largo plazo y en el paciente. Es este paciente quien debiese ser el foco y a quien se le entrega valor con todo esto.

Como sea, mi invitación se resume en sentarse a la mesa y avanzar en acuerdos compartidos.





DOCTOR MANUEL INOSTROZA
EN LAS MESAS REDONDAS

“ Respecto de fortalecer a la Superintendencia de Salud, me di cuenta, a poco a andar del ejercicio de mi rol, que necesitábamos una gobernanza distinta, como la que hoy día tiene la Comisión de Mercado Financiero, en el sentido de que esta institución requiere mayor autonomía corporativa: un gobierno más colegiado, no unipersonal, además de algunas otras facultades regulatorias en el mundo de prestadores que no tiene ”.

Las Isapres

Genealogía de una crisis



Por: Dr. Juan Carlos Said *

* Médico internista de la U. de Chile. Master en Salud Pública, del Imperial College UK.

Esta es una crisis que se viene incubando por décadas y no es –como algunos creen– algo provocado sólo por un fallo de la Corte Suprema o el Tribunal Constitucional. La crisis de las isapres es estructural, pues está relacionada íntimamente con la forma en la que fue diseñado el sistema. Básicamente, se trata de un sistema que carece de lógica sanitaria y que le faltan mecanismos que promuevan la eficiencia del gasto. Eso ha llevado a la crisis actual.

Para entender el origen de esta crisis hay que revisar cómo se origina el sistema de isapres. Estas se crean como un apéndice del sistema de las AFP. La dictadura se embarca al comienzo de los 80 en un plan de siete transformaciones, dentro de las cuales, la primera fue la privatización del sistema de pensiones. Existió un debate bastante intenso dentro de las comisiones legislativas y dentro de la misma Junta Militar de Gobierno al respecto. Había mucho temor y oposición interna respecto de cuáles serían los resultados de esta reforma de pensiones, según lo expresó el mismo Pinochet. ¿Cómo se terminó zanjando esta oposición interna? Por la vía de permitir que el Ejército y las Fuerzas Armadas tuvieran un sistema de seguridad social distinto al que se estaba proponiendo para el resto de la población.

Lección aprendida dirán algunos, porque desde ese momento lo que hace el equipo del economista Miguel Kast, que es quien lidera estas siete transformaciones desde ODEPLAN (actualmente Minis-

terio de Desarrollo Social y Familia), es bypassar el debate. Como en dictadura se legislaba a través de cuatro comisiones legislativas y era la comisión legislativa de la Fach (Fuerza Aérea de Chile) la que veía los temas de salud (y la FACH se oponía en general a privatizaciones de la seguridad social) y no querían que se provocaran las mismas tensiones que con las pensiones, se optó por preferir que el proyecto de reforma de salud que creó las isapres pasara a través de la comisión de la Armada, mucho más proclive a las políticas de los Chicago Boys.

DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

Decreto con Fuerza de Ley N°3 FIJA NORMAS PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES Y BENEFICIOS DE SALUD, POR INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

Santiago, 27 de Abril de 1981.–Hoy se decretó lo que sigue:
DFL. N° 3 –Visto:

La facultad que me otorga el inciso final del artículo 84° del decreto ley N°3.500, de 1980, modificado por el decreto ley N°3.626, de 1981, vengo en dictar el siguiente

Decreto con fuerza de ley:

TÍTULO I

Normas Generales

Artículo 1°—Las instituciones o entidades a que hace referencia el inciso 3° del artículo 54° del decreto ley N°3.500 de 1980, se denominarán, para el solo efecto de esta ley, "Instituciones de Salud Previsional", serán personas jurídicas regidas por las disposiciones legales o reglamentarias que les sean propias de acuerdo a su naturaleza jurídica y por las que esta ley establese. Dichas instituciones sustituirán en el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y al Fondo Nacional de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 14 y 15° de esta ley.



“ El decreto que crea las isapres se gesta absolutamente a puertas cerradas. No se consulta a expertos internacionales y tampoco a la comunidad. (...) ¿Cuál es el fundamento de este sistema? Liberar las fuerzas del mercado y permitir una completa desregulación de la provisión de seguros y de la prestación de atención médica vía prestadores y aseguradores privados. De esta manera, decían sus creadores, maximizarían de forma rápida y automática la eficiencia. Pero la evidencia ayer y ahora, nos dice reiteradamente que esto no es real ”.

Lo hacen con una pequeña astucia o triquiñuela: creando un proyecto de ley que no hablase de salud. Mediante el decreto ley 3626 de 1981, básicamente establecen reformas al recién creado sistema AFP (Decreto Ley 3500). Es esta ley de reforma (DL 3626) la que contiene un pequeño articulado, el artículo 46, que será clave, porque permitió que las cotizaciones de salud pasaran a un asegurador privado. Al mismo tiempo, le dio la autoridad al presidente de la República, en ese momento al dictador, para que pudiera crear un sistema a dedo, sin necesidad de pasar por las comisiones legislativas y en el breve plazo de 180 días. Así es como se evitó totalmente el debate, y se permitió legislar absolutamente por decreto, el sistema de Salud Previsional.

En ese contexto aterrizaron dos personas. La primera jugó un rol más bien simbólico, fue el ministro de salud, Hernán Rivera Calderón. Y la segunda fue el subsecretario Hernán Büchi. Hernán Rivera no tenía experiencia ni conocimientos en salud pero según él se logró poner al día en un año. Hernán Büchi, por su parte, había hecho su tesis en minería pero en 180 días, hizo la reforma de salud más importante que tuvo el sector desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952. El decreto que crea las isapres se gesta absolutamente a puertas cerradas. No se consulta a expertos internacionales y tampoco a la comunidad. Con suerte es consultado el Colegio Médico pero su opinión no fue considerada.

¿Cuál es el fundamento de este sistema? Liberar las fuerzas del mercado y permitir una completa desregulación de la provisión de seguros y de la prestación de atención médica vía prestadores y aseguradores privados. De esta manera, decían sus creadores, maximizarían de forma rápida y automática la eficiencia. Pero la evidencia ayer y ahora, nos dice reiteradamente que esto no es real y que la simple desregulación de la prestación y del aseguramiento en salud no promueve inmediatamente la asignación más eficiente de los recursos. Sabemos que si no se regulan mecanismos de pago, lo que se promueve son muchas veces prestaciones de salud innecesarias, gastos inflacionarios o selección de pacientes. Como decía, el problema del sistema de isapres está en su origen. Porque el sistema se basa en el pago por prestaciones, pero si yo simplemente le pago a un prestador por hacer exámenes, lo que va a mandar a hacer son más exámenes, y si le pago por hacer

atenciones médicas, va a ser más atenciones médicas. Es decir, si no hago un pago con una lógica sanitaria, solo aumentaré el gasto, sin aumentar la eficiencia en la asignación de recursos.

El sistema se creó sin considerar tampoco un sistema de Atención Primaria, por lo que no tiene un énfasis en medicina preventiva. Tampoco existen filtros para la atención con un especialista por lo que si una persona desea hacer 10 consultas con un gastroenterólogo, aunque no tenga una necesidad médica, se le concede y se financia porque el sistema no provee ningún incentivo para la eficiencia para esos gastos. Insisto, se paga por prestaciones, entonces si hay que hacer 10 resonancias, se pagan 10 resonancias, y si una persona piensa que necesita otra resonancia además, también se hace. Como las isapres están integradas con sus prestadores, no les duele el bolsillo: el dinero que gastan de un lado, por otro lado resulta como ingreso a través de la misma clínica.



“ El sistema se creó sin considerar un sistema de Atención Primaria, por lo que no tiene un énfasis en medicina preventiva. Tampoco existen filtros para la atención con un especialista por lo que si una persona desea hacer 10 consultas con un gastroenterólogo, aunque no tenga una necesidad médica, se le concede y se financia porque el sistema no provee ningún incentivo para la eficiencia para esos gastos. (...) Como las isapres están integradas con sus prestadores, no les duele el bolsillo ”.

La multiplicación de seguros también incrementó el gasto administrativo. Este se disparó al comienzo, llegando incluso al 20%, y hoy se mantiene alto: corresponden al 11,7 % en las isapres. La ausencia de lógica sanitaria se demuestra de manera bastante impresionante también en que el sistema fue creado sin cobertura catastrófica. Es decir, la cobertura tenía un límite, y si la persona necesitaba más o estaba más enferma, eso no se cubría. Es más: los planes podían ser terminados unilateralmente por la isapre cuando quisiera. Existía la paradoja de que el seguro te daba menor cobertura cuando tenías mayor necesidad.

Por otra parte, al sistema nunca se le incluyeron metas sanitarias, y se enfrascó en una intensiva selección de usuarios. Es decir, si bien promovía la libertad, la única libertad en la práctica fue la de las isapres para elegir a los pacientes y entonces, por cierto, se quedaron con los pacientes hombres,

más sanos, con menor carga de enfermedad y todo en un marco de escasa fiscalización. A diferencia de la creación de la AFP, cuyo intenso debate generó que se creara desde el comienzo una superintendencia, en salud no tuvimos superintendencia durante muchos años; de hecho, en un comienzo, los conflictos entre los afiliados y el seguro tenían que ser resueltos en tribunales, donde evidentemente existe una asimetría de recursos y conocimientos que impedían que estos conflictos entre el seguro y el asegurado se pudieran resolver adecuadamente.

Con todo, lo que se crea en 1981 es un sistema de salud que yo llamo del dios Jano. El dios Jano es un dios romano que tiene dos caras: con una cara nos dice que vela por la seguridad social, mientras con la otra decide qué cubrir y qué no, discrimina según si tienes o no enfermedades, y pone énfasis en seleccionar a los sanos versus tratar a los pacientes enfermos o prevenir donde hay más riesgo. Todo esto en un contexto de crisis económica severa entre 1982 y 1986, cuando el desempleo subió al 20 % y reinaba la incertidumbre.

Las isapres que en general son procíclicas, y aumentan sus cotizantes cuando la situación económica es mejor. En un contexto de crisis, buscaron incentivar la migración al sistema privado y entonces el Gobierno los liberó del pago del postnatal y les dijo que dichos recursos provendrían del Estado. Se incrementó la cotización del 4 al 7% y al mismo tiempo se estableció un subsidio del 2% proveniente de los empleadores para suplementar el plan. Como un empujoncito final, se hizo una disminución estrepitosa del gasto público en salud, cayendo al 2% en 1989. Lo que quiero decir con

esto, es que en los 80 el país no sólo se enfrentó a un deterioro sistemático del PIB, debido a la crisis financiera del 82, sino que al mismo tiempo redujo a niveles históricos el gasto destinado a salud, como una forma de promover migración al sector privado.

Los problemas estructurales que conlleva esto son conocidos por las mismas isapres. De hecho, Francisco Quesney, quien fue director de isapre Banmédica, fue también asesor del ex ministro de salud, Fernando Matthei. Es decir, una de las personas que participó en la creación del sistema luego pasó a trabajar en el mismo. En 1990, un artículo publicado en el Centro de Estudios Públicos hace énfasis en las fallas del sistema de isapres, pero él (Quesney) sigue sosteniendo que no hay razones para inquietarse con el argumento de que mientras haya satisfacción en los usuarios, ninguno de los problemas que tiene el sistema realmente importa (Ejemplo: excesivo gasto administrativo no importa mientras haya satisfacción).

“ Con todo, lo que se crea en 1981 es un sistema de salud que yo llamo del dios Jano. El dios Jano es un dios romano que tiene dos caras: con una cara nos dice que vela por la seguridad social, mientras con la otra decide qué cubrir y qué no, discrimina según si tienes o no enfermedades, y pone énfasis en seleccionar a los sanos versus tratar a los pacientes enfermos o prevenir donde hay más riesgo ”.



Las isapres comienzan a especializarse. Seleccionan al 80% del decil de mayores ingresos, se focalizan en atender a pacientes jóvenes entre 20 y 44 años. Y comienzan a especializarse en atender a hombres. A pesar de que se les había transferido la posibilidad de financiar el postnatal por parte del Estado, empiezan sistemáticamente a discriminar a las mujeres. Y por supuesto, también seleccionan una menor proporción de población mapuche y una menor proporción de población proveniente del sector rural dentro de su universo de afiliados.

Avanzados los 90, comenzamos con lo que se ha llamado: “hecha la ley, hecha la trampa”. Se establece, por ejemplo, que los planes ahora tendrán una duración indefinida y que no se podrá cambiar

la prima del plan, excepto que se le cambie a todos. ¿Qué harán las isapres? Efectivamente, aumentarán la prima de un plan a todos los que tienen ese plan, pero después crearán nuevos planes, para pacientes sanos a un precio más bajo, lo cual también llevará finalmente a esta multiplicación de los planes. Nuevamente se genera la paradoja: por un lado, los pacientes pueden “elegir” entre 52.000 planes distintos (no se trata de una cifra figurada, sino el número real de planes existentes) pero al mismo tiempo prolifera la confusión y se reduce la libertad de las personas para conocer qué es lo que efectivamente están pagando.

Otro ejemplo de “hecha la ley, hecha la trampa”: en 1995, se establece que los excedentes son de los afiliados. ¿Qué harán las isapres? Empezarán a

pedir a los afiliados que firmen un convenio pidiendo renunciar a los excedentes. Al mismo tiempo, se establece que las isapres deben tener una cobertura mínima similar a la de Fonasa, pero como no se establece un porcentaje, basta que la cobertura sea de \$1 para que efectivamente se considere cubierto. Se tuvo que establecer entonces que cobertura no debe ser menor que la cobertura de Fonasa libre elección. Por cierto, elementos críticos del sistema y que promuevan la eficiencia siguen sin ser enfrentados.

Entre estos factores pendientes están crear un sistema de Atención Primaria; establecer un pago por resolución de problema versus un pago por prestaciones y generar desincentivos a la selección, como sería, por ejemplo, la creación de un fondo de compensación interisapres. Son años de millonarias ganancias, alrededor de 40.000 millones al año entre la década del 2010 y el 2020, y sin contar las utilidades que se dan a través de los prestadores integrados que, si bien están prohibidos por ley, se dan en forma rutinaria a través de los holdings (no es la isapre la dueña de la clínica, sino un grupo controlador que es dueño de la clínica y la isapre). Y así continúan las ganancias en este sistema desregulado, sin una lógica sanitaria en la asignación de recursos y sin que existan programas de contención de costos.

Sin embargo, el sistema comienza a mostrar signos de una enfermedad incipiente en esa misma década del 2010: los costos por beneficiario comienzan a subir sistemáticamente por sobre los ingresos por beneficiario. ¿Qué quiere decir esto?

que es un sistema que, a pesar de que puede subir los planes prácticamente sin límite, con muy poca regulación y que ha usado sistemáticamente esto como su mayor estrategia de financiamiento, esa estrategia le comienza a fallar y en ese contexto, llega el fallo del Tribunal Constitucional. Este fallo simplemente resuelve esta dicotomía del dios Jano y dice: “esto de verdad es un seguro social, esto no es un seguro de autos”. En otras palabras, a las personas no las estamos asegurando simplemente por su riesgo, están contratando un seguro de salud que es financiado con la seguridad social y por lo tanto, debe tener una lógica de seguridad social.

“ Son años de millonarias ganancias, alrededor de 40.000 millones al año entre la década del 2010 y el 2020, y sin contar las utilidades que se dan a través de los prestadores integrados que, si bien están prohibidos por ley, se dan en forma rutinaria a través de los holdings (no es la isapre la dueña de la clínica, sino un grupo controlador que es dueño de la clínica y la isapre). Y así continúan las ganancias en este sistema desregulado, sin una lógica sanitaria en la asignación de recursos y sin que existan programas de contención de costos ”.

“ Si bien las alarmas venían sonando hace rato, uno podría decir que el fallo de la Corte Suprema es como el choque contra el iceberg. La Isapres se enteran, ahora sí, de que el problema es serio. Pero, ¿qué es lo que hacen? En lugar de comenzar a implementar mecanismos de contención de costos, como sistemas de Atención Primaria, mecanismos de pago por resolución de problemas, comienzan a hacer postergaciones de pagos para hacer caja, para pagar estos excesos que tendrán que devolver ”.

Al principio, las isapres no toman nota de este fallo. Nada cambia. Existe un aumento, discreto, pero sostenido, en personas que litigan ante las cortes de apelaciones para impedir alzas de los planes usando como argumento el fallo del Tribunal Constitucional. Pero esto se dispara y el año 2019, llegan a 374 mil litigios. Y para 2022, suman 600 mil litigios al año, que corresponden al 80% de todos los recursos judiciales presentados ante las cortes de apelaciones. Es decir, no sólo la enfermedad crece sino que desborda a los tribunales. Para entender un poco la magnitud, recordemos que estamos hablando de un sistema que tiene 3 millones de personas que se atienden y alrededor de 1.200.000 cotizantes. O sea, prácticamente era un sistema que se basaba en la judicialización. En otras palabras, el hecho de que el paciente estuviera en una lucha constante contra su seguro, se estaba convirtiendo en la forma de

vivir, en la forma de funcionar del sistema de salud. Y desgraciadamente es difícil concebir que un sistema de salud pueda ser viable si funciona en una oposición constante contra sus afiliados. Las alarmas, las señales de que esto no funciona, por supuesto, se encendieron hace rato.

Ya en 2010, cuando llegó a Piñera, se creó la comisión Illanes, que propuso cambios bastante estructurales. Después vendría la comisión Leisewitz, que si bien era una comisión que proponía cambios más acotados, también apuntaba a cambios de fondo. Vendrán dos comisiones más, entre ellas la comisión Cid. Como decía, las luces rojas estaban encendidas hace rato pero las isapres, mientras tanto, seguían en Júpiter. Es más, el director de la Asociación de Isapres sostenía que el problema no eran ellos, sino los enfermos: “No puede, el sistema Isapre, darse el lujo de recibir gente enferma” (SIC). Por cierto, las reformas más elementales, incluso reformas propuestas por el mismo sector que tradicionalmente había defendido a las isapres, son rechazadas por parlamentarios también vinculados a las isapres. ¿Conclusión? hubo una imposibilidad de legislar incluso cosas mínimas que ya habían sido advertidas por cuatro comisiones de salud.

En ese contexto, como decía, llegó el fallo de la Corte Suprema, que es, por así decirlo, un complemento del fallo del Tribunal Constitucional, y que dice: “esto de que cada persona litigue un alza individual cada año, no es un problema individual, sino que es un problema del sector salud completo”. Y lo que tenemos que hacer es que la tabla de factores, que efectivamente termina con la discri-

minación entre hombres y mujeres, que establece aumentos más acotados según edad en el precio de los planes, tiene que ser la tabla que use todo el sistema de salud. Eso involucrará también devolución de cobros realizados en exceso por el no uso de esta tabla. Es el momento del Titanic, pues si bien en este caso las alarmas venían sonando hace rato, uno podría decir que el fallo de la Corte Suprema es como el choque contra el iceberg. La isapres se enteran, ahora sí, de que el problema es serio. Pero, ¿qué es lo que hacen? En lugar de comenzar a implementar mecanismos de contención de costos, como sistemas de Atención Primaria, mecanismos de pago por resolución de problemas, comienzan a hacer postergaciones de pagos para hacer caja, para pagar estos excesos que tendrán que devolver.

Postergación en pago de licencias significa corte de convenio con prestadores, significa, al mismo tiempo, una fuga de afiliados que comienzan masivamente a emigrar a Fonasa y a optar por la opción de seguro público con un seguro privado de segundo piso. Como he dicho, la crisis no es simplemente gatillada por un fallo. Se trata de un sistema que fue mal diseñado desde el comienzo, que no tenía mecanismos que promuevan eficiencia del gasto y que a sabiendas de que estaban operando sin lógica sanitaria alguna, no los implementaron aún cuando fueron advertidos por múltiples comisiones legislativas. No obstante se intentaron algunos mínimos cambios, la verdad es que es un sistema que nunca superó la lógica del pago por prestaciones.



¿Qué es lo que viene ahora? Sin reforma, Fonasa se va a convertir en un seguro nacional por accidente y eso tampoco es bueno. No podemos idealizar a Fonasa, pues este es un seguro que tiene problemas, un seguro que no tiene un directorio autónomo, un seguro que no se la juega por sus pacientes, sino que se acerca más a ser una simple caja pagadora que transfiere recursos del gobierno a los hospitales. Fonasa no es un seguro que ponga a los pacientes al centro o que los empodere. No obstante, hay reformas que se pueden hacer y se deberían intensamente priorizar, como una ley de Fortalecimiento de Fonasa que mejore su gobernanza, que incorpore pacientes y profesionales de la salud a un directorio independiente del ciclo político, es clave permitir a Fonasa que se empodere en resolver los problemas de los afiliados y no sólo transfiera recursos a los hospitales independiente de que resuelvan o no problemas del paciente.

En cuanto a las isapres, creo que no pueden ser salvadas en su forma actual. El simple hecho de establecer una Ley Corta y darles mecanismos de pago, no va a resolver esos problemas de diseño. ¿Una propuesta para el futuro? La evidencia es bastante clara: los sistemas que funcionan son seguros privados sociales sin fines de lucro o seguros nacionales estatales que integran prestadores públicos y privados. Si bien ambas soluciones son posibles, creo que es más fácil para Chile avanzar hacia un seguro nacional estilo Australia, es decir, un seguro que reconozca en primer lugar la necesidad de integrar prestadores públicos y privados, y que opte por la comple-

mentariedad como nos funcionó tan exitosamente en la pandemia. No estamos en mal pie para lograrlo porque Fonasa ya atiende al 82% de la población. Es decir, habría que sumar al resto de la población a Fonasa, manteniendo y ampliando beneficios actuales, que incluyen posibilidad de elegir prestadores privados en Fonasa, por la vía de Pago Asociado a Diagnóstico y Medicina Libre Elección. Al mismo tiempo, se podrían sumar seguros complementarios o suplementarios para cubrir copagos o cosas que no estén cubiertas en Fonasa. Creo que esa sería una alternativa más razonable, más fácil de implementar y que solucionaría problemas de equidad y eficiencia de nuestro sistema, manteniendo niveles razonables de libertad de elección.

“ ¿Qué es lo que viene ahora? Sin reforma, Fonasa se va a convertir en un seguro nacional por accidente y eso tampoco es bueno. No podemos idealizar a Fonasa, pues este es un seguro que tiene problemas. (...) En cuanto a las isapres, creo que no pueden ser salvadas en su forma actual. El simple hecho de establecer una Ley Corta y darles mecanismos de pago, no va a resolver esos problemas de diseño ” .



Optimizar el gasto

El pago por eficiencia y calidad



Por: Profesor y Dr. Cristián Baeza *

* Director ejecutivo del Center for Healthy Development (CHD, en Washington) y Secretario Ejecutivo del Comité Técnico para la Reforma a la Salud convocada por el Senado. En el gobierno de Eduardo Frei, fue director de Fonasa. Posteriormente, fue Director Jefe Global del Sector Salud del Banco Mundial (2010-2013) y asesor de diversos gobiernos y organizaciones en más de 50 países, especialmente en América, Medio Oriente y Asia.

Me han invitado a hablar de calidad y eficiencia en el financiamiento de los servicios de salud –en ese orden– pero sería un pecado, desde el punto de vista del futuro de Chile, no referirme a la necesidad de invertir con eficiencia en el conjunto de problemas de salud que conduce la carga de enfermedad de la población, mas allá de la eficiencia en atención médica de salud que conduce solo una parte de la salud de los chilenos.

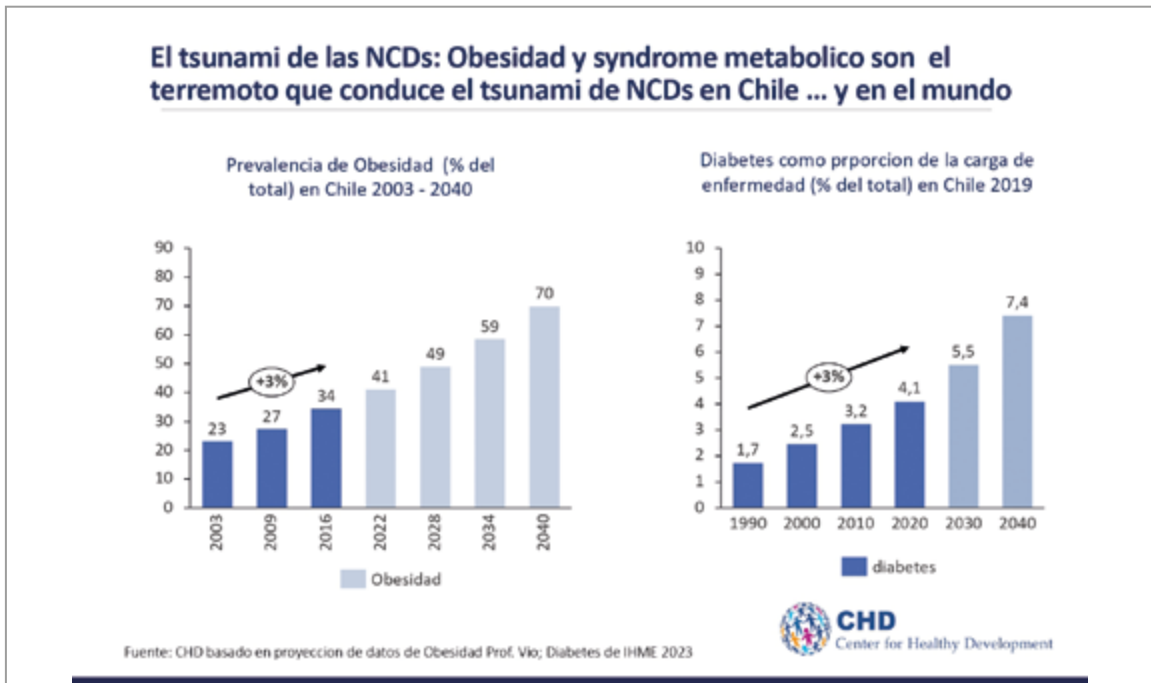
Esta diferencia en términos generales se conoce como la diferencia entre eficiencia micro o productiva y eficiencia de asignación o macro. Más allá del énfasis sobre la eficiencia y la calidad que existe en la atención médica que entregamos antes o después de que la salud de las personas se deteriora, discutir sobre cómo se invierte en mantener sana a la población en su conjunto (salud poblacional) es crucial, porque si no resolvemos esto, puede que lo que estemos haciendo bien (eficientes en dar más y más servicios médicos) sea justamente lo que no hay que hacer para focalizar la atención en la salud de la población.

Para explicar esta situación realicé una proyección lineal de la proporción de chilenos con obesidad al

año 2016 a partir de la presentación del Doctor Fernando Vio en este seminario (figura 1).

Las cifras son alarmantes y como sabemos, la obesidad va de la mano de la diabetes y de las enfermedades cardíacas. Es decir, que el crecimiento de la obesidad es el tsunami que conduce a las enfermedades crónicas no transmisibles que son, al mismo tiempo, el gran desafío del Chile actual. Cuando hablamos de salud poblacional, tenemos que considerar, además, que si en los 90, casi el 68% de la carga de enfermedad estaba compuesta por estas enfermedades crónicas no transmisibles, hoy éstas representan más del 80%. A sabiendas de cuál es el curso de este tsunami, lo hemos mirado desde lejos y hemos tenido poca acción efectiva para enfrentarlo durante décadas.

“ El crecimiento de la obesidad es el tsunami que conduce a las enfermedades crónicas no transmisibles que son, al mismo tiempo, el gran desafío del Chile actual. Cuando hablamos de salud poblacional, tenemos que considerar, además, que si en los 90, casi el 68% de la carga de enfermedad estaba compuesta por estas enfermedades crónicas no transmisibles, hoy éstas representan más del 80%. A sabiendas de cuál es el curso de este tsunami, lo hemos mirado desde lejos y hemos tenido poca acción efectiva para enfrentarlo durante décadas ”.



El tsunami de obesidad y su consecuente resultado en enfermedades crónicas no trasmisibles no lo vamos a resolver con más atención médica u hospitales. Los hábitos alimenticios son consolidados en la etapa preescolar y escolar, tanto en el hogar como en la escuela, y lo mismo ocurre con los hábitos de sedentarismo reforzados por acuerdos sociales o por barreras e incentivos comerciales, económicos y educacionales que impiden una alimentación saludable y una vida físicamente activa. Los resultados de esta no acción están a la vista: obesidad infantil o adulta severa, síndrome metabólico y todas las complicaciones asociadas que luego recibimos en la red de salud. La tasa de crecimiento anual de la proporción de enfermedades crónicas en la carga total, es muy preocupante. La capacidad de respuesta temprana de la autoridad sanitaria frente a las causas

en la población de las enfermedades crónicas no trasmisibles, en especial obesidad y síndrome metabólico, es crítica y hace una diferencia.

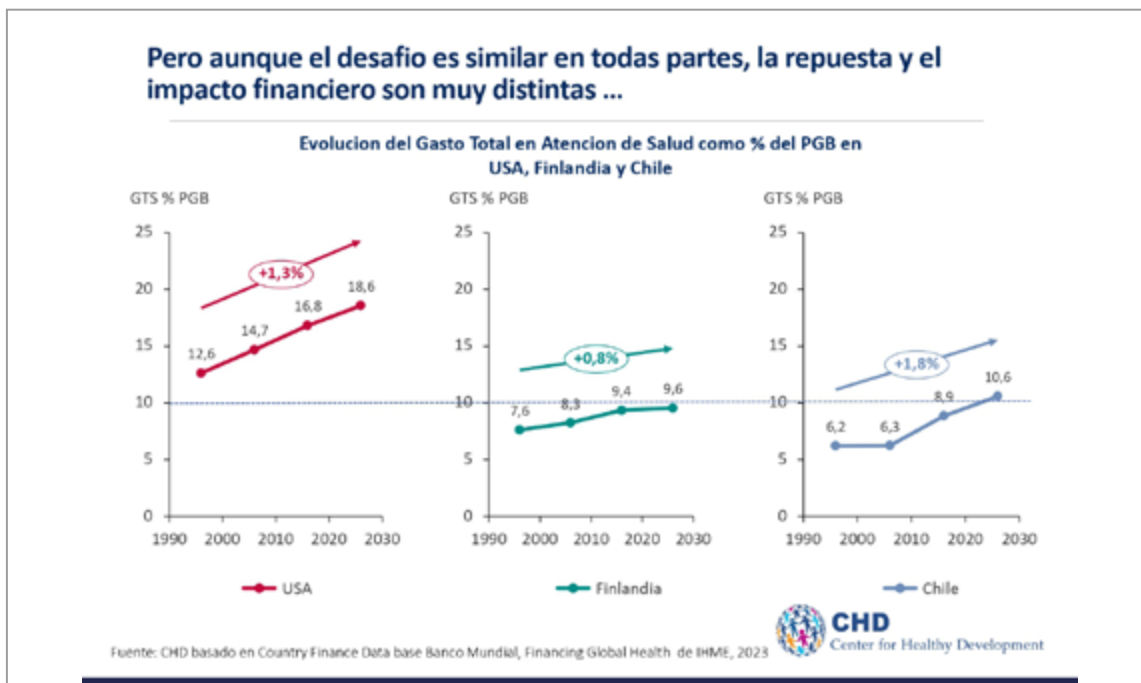
Al mismo tiempo, la respuesta del sistema de salud una vez que se desarrolla una enfermedad crónica no transmisible, también hace una gran diferencia. Por ejemplo, aunque Estados Unidos y Finlandia tienen tasas de enfermedad crónica no transmisible relativamente similares, la organización y forma de financiar el sistema de salud de los Estados Unidos ha generado una espiral de costos que ha llevado a que el gasto en salud en ese país sea de un quinto del total de la economía (19%, el más alto del mundo por lejos) y un crecimiento anual de 3 puntos porcentuales del PGB (Producto Geográfico Bruto, también el más alto del mundo), mientras que en Finlandia el gasto total en salud es de 9.5% del PGB.



Tuve el privilegio de ser el director del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) entre 1996 y 1997, y reconozco que uno siempre quiere más recursos, pero Chile está en una trayectoria bastante complicada que, a mi juicio, para bien y para mal, se parece bastante más a la de los Estados Unidos que a la de Finlandia (figura 2).

Las lecciones que podemos aprender respecto de por qué Finlandia lo hace mejor que los americanos son más de una. La primera es que, más hospitales o incluso mejor gestión hospitalaria, aunque sean necesarias para el manejo del stock de en-

fermedades crónicas no transmisibles, no hacen la diferencia en lo que se nos viene en el futuro. La segunda: que un quinto de la economía de un país esté dedicada a la atención médica de alta complejidad es realmente insostenible desde el punto de vista fiscal y desde el punto de vista de retornos decrecientes de la inversión en un solo sector de la economía. Me ha tocado trabajar en muchas naciones y por muy ricas que éstas sean, ninguna puede enfrentar exitosamente el tsunami de las enfermedades crónicas no transmisibles aumentando la oferta de servicios médicos e incluso de la Atención Primaria de Salud.



“ La gran mayoría de los Ministerios de Salud en nuestros países son más ministerios de la enfermedad que de salud. Enfrentar el tsunami de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere que éstos dejen de estar secuestrados por la vorágine de la atención médica y se vuelquen fuertemente fortalecidos en su capacidad política y técnica, para dirigir y liderar el foco en impacto en salud en todos los sectores. Al mismo tiempo, necesitamos una regulación que nos permita definir incentivos financieros claros a los aseguradores en particular, para que se hagan cargo del riesgo de salud en todo el ciclo vital y no solo cuando las personas enferman ”.

La salud se determina muy temprano y se logra fundamentalmente en los hogares, en la educación y en la alimentación, mucho antes de que nos lleguen pacientes a nuestro sistema de salud. Buenos hospitales y centros de salud bien pagados, con claros incentivos para la eficiencia micro (bajos costos unitarios de los servicios), son necesarios para resolver los problemas de enfermedad (el stock de carga de enfermedad) pero no resuelven el problema de la creciente generación de enfermedades –carga de enfermedad – futuro (el flujo). La gran mayoría de los Ministerios de Salud en nuestros países son más ministerios de la enfermedad que de salud. Enfrentar el tsunami de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere que los ministerios de salud dejen de estar

secuestrados por la vorágine de la atención médica y se vuelquen fuertemente fortalecidos en su capacidad política y técnica, para dirigir y liderar el foco en impacto en salud en todos los sectores.

Al mismo tiempo, necesitamos una regulación que nos permita definir incentivos financieros claros a los aseguradores en particular, para que se hagan cargo del riesgo de salud en todo el ciclo vital y no solo cuando las personas enferman. Imaginemos –por qué no– que el sistema de aseguramiento privado parte del aseguramiento obligatorio (ISAPRES), y que éste no hubiese nacido con la facultad de excluir a los enfermos, que no hubiese nacido con la posibilidad de hacer selección de riesgo definida por la prerrogativa de usar la declaración de salud en ingreso para excluir coberturas o incluso denegar afiliación; y que tuviese que, dentro de un espacio presupuestario acotado, hacerse cargo del ciclo vital de las personas para poder hacer viable su actividad. Los incentivos serían muy distintos y no seríamos hoy en Chile prisioneros del pago por servicios (fee-for-service) a los prestadores de salud.

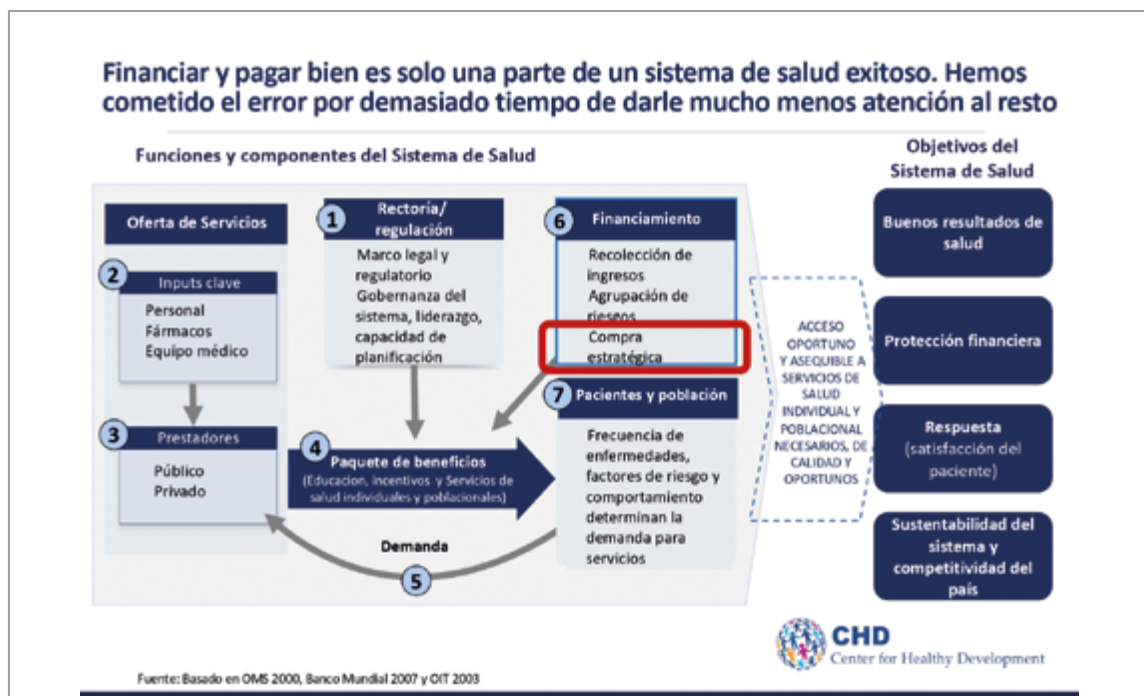
Otra de las lecciones que hemos aprendido es que los seguros de atención médica (FONASA e ISAPRES en el caso chileno, pero también en todo el mundo) tienden a dominar la discusión y la atención política y sanitaria. Ante este fenómeno, es indispensable que la discusión de salud (no solo de atención médica) se tome el escenario y proteja explícita y estructuralmente el presupuesto de la salud poblacional, así como la capacidad de actuar y liderar el diálogo intersectorial por mejor



salud a nivel país. Probablemente, esto se logre solo a través de alguna forma de fondo de salud poblacional donde los ministerios de salud tengan más capacidades y más recursos para su trabajo en salud poblacional. También es fundamental que el sector salud sea capaz de conversar persuasivamente con los sectores productivos y comerciales para que se puedan introducir las barreras arancelarias o impositivas a factores de riesgo significativos como el tabaco, al azúcar o aceites, que conducen en gran parte al tema de las enfermedades crónicas no transmisibles. Si no resolvemos el tema macro (prevenir que nuestra población adquiera una enfermedad cróni-

ca no transmisible), por muy bien que lo hagamos en lo micro (atención médica individual hospitalaria), solucionaremos bien poco o nada del desafío futuro de salud de Chile.

¿Cómo invertimos y cómo pagamos por calidad y eficiencia en atención médica? La respuesta está relacionada a los elementos que hacen funcionar bien a un sistema de salud, especialmente a aquellas que se refieren a cómo se financia, a cómo se asegura a las personas en salud y a cómo se usa el financiamiento para pagar a los prestadores y crear los incentivos para mejores resultados en salud (resumidos en la figura 3).



Creo que los 90 fueron muy claros en revelar que, aunque se requieren cambios en la forma de financiamiento y en cómo se paga por eficiencia y calidad a los prestadores de servicios médicos, estos cambios por sí solos son insuficientes si queremos modificar la trayectoria del sistema en estas materias. En los 90 el mundo tuvo un espejismo neoclásico que nos mostró que, aunque se mueva muy bien una de las palancas del sistema (el mecanismo de pago a prestadores), si no mueves todas las palancas, y en este caso al menos siete de ellas, en particular el marco de gestión de los prestadores y las capacidades de gestión de la operación clínica, la posibilidad de que podamos tener éxito es muy baja. Aquí tienen que haber simultáneamente movimientos de parte de la autoridad sanitaria en el tema de la prevención, cambios del financiamiento y de las regulaciones, para que podamos ver los frutos de pagar mejor por eficiencia y por calidad después.

“ Si no resolvemos el tema macro (prevenir que nuestra población adquiera una enfermedad crónica no transmisible), por muy bien que lo hagamos en lo micro (atención médica individual hospitalaria), solucionaremos bien poco o nada del desafío futuro de salud de Chile. (...) Aquí tienen que haber simultáneamente movimientos de parte de la autoridad sanitaria en el tema de la prevención, cambios del financiamiento y de las regulaciones, para que podamos ver los frutos de pagar mejor por eficiencia y por calidad después ”.

Si se quiere ordenar en fases esta trayectoria respecto a pago y contratación, diría que primero tiene que haber pago y contratos por calidad y eficiencia explícitamente entre el pagador y los compradores, o entre el asegurador y el prestador institucional: clínicas, hospitales o centros de salud que incentiven el hacerse cargo del riesgo sanitario de las personas y de las poblaciones en todo su ciclo vital. Pero, la nueva forma de contratar y pagar a los prestadores institucionales por resultados tiene que reflejarse más profundamente en la forma en que estas instituciones a su vez definen el pago y contrato por calidad y eficiencia a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos. Es un tremendo desafío reducir la influencia del fee for service y aumentar el pago por resultados. Además, en nuestra discusión de financiamiento en el sector, debería haber mayor transparencia en el desempeño sanitario y financiero de aseguradores (comprador de servicios médicos) y prestadores, de manera que los pacientes, los consumidores y los aseguradores de esta política estén empoderados.

En el caso chileno tenemos aseguradores obligatorios, pero también aseguradores complementarios que juegan un gran rol en ayudar a los hogares y, al mismo tiempo, desvirtúan tremendamente la trayectoria del sistema de aseguramiento público y privado. Tenemos mutuales con un papel muy importante pero que no están en la discusión, tanto prestadores institucionales e individuales. La discusión de cambios en contratación y pagos por resultados no puede ser sólo respecto a FONASA e ISAPRES, sino que debe incluir también a estos actores adicionales que tienen fuerte impacto en



el desempeño. Por mucho tiempo hubo una guerra soterrada y en algunos casos abierta entre el comprador y el prestador. Sin embargo, sin prestador no hay comprador, y sin comprador no hay prestador.

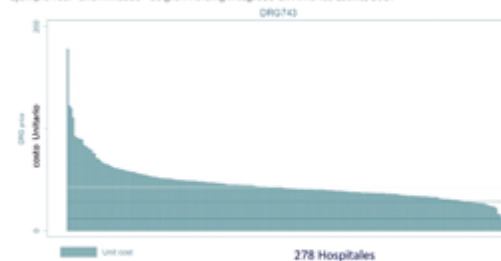
En mi experiencia creo que el quid del asunto es establecer mecanismos de pago para calidad y eficiencia que eviten la variabilidad no deseada. Un ejemplo real, que está anonimizado en esta lámina (figura 4), es el de un gran holding integrado en América Latina. De acuerdo a datos del 2017, tuvieron cuatro GRD (Grupo de Diagnóstico Relacionado, un paquete de una prestación asociado a un precio) vinculados con el parto natural o la cesárea. La variación de un parto natural en este holding tiene costos de 2.500 unidades de precio a 450.000 unidades, sin complicación. Cuesta creer que en Chile no haya tremendas variaciones en la calidad. Cuando una paciente sale después de un parto natural, solo un par de horas después, o alguna se queda por nueve o diez días, tiene una significación muy grande en el tema de calidad. Entonces esta variabilidad intenta, en la relación de pago por calidad y de eficiencia, controlar de una manera que no inhibe la innovación, pero que sí controla calidad y costos.

Ahora, ¿qué significa calidad en el ámbito de los sistemas de pago a prestadores? Es el poder tener un rango de medicina basada en la evidencia que defina más o menos, y precisamente a través de protocolos y prácticas médicas basadas en evidencia, los parámetros de lo que uno hace como prestador individual o institucional a los pacientes. Hay muchos mecanismos distintos de pago, desde los presupuestos globales por un lado, has-

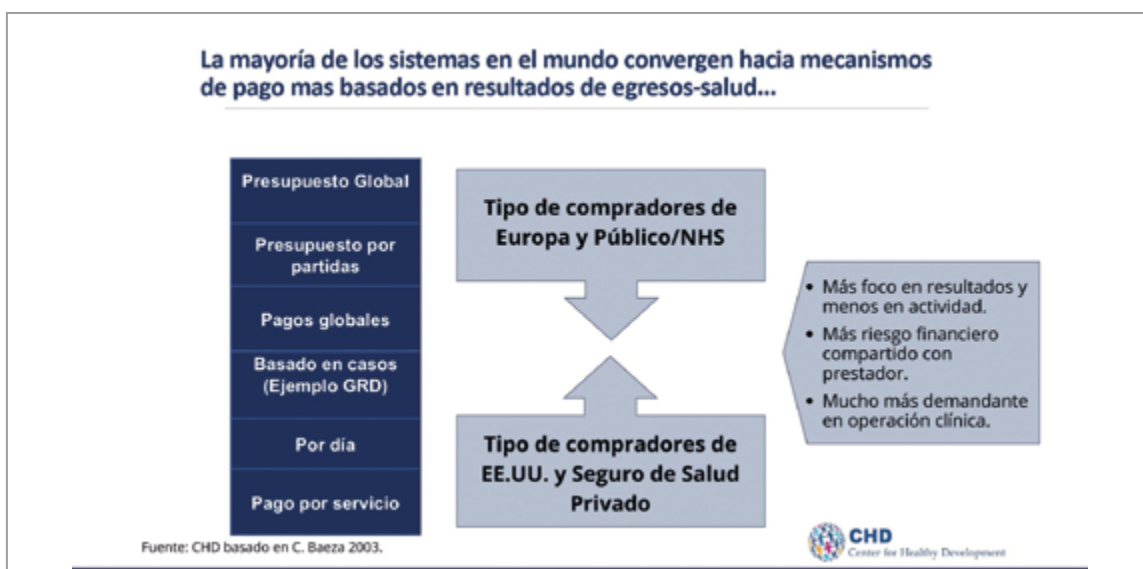
ta el pago por servicios (fee-for-services) por el otro, y toda la gama que está entre medio.

Enorme variación de costo unitario de GRD muy estandarizado... costo y calidad

Ejemplo real "anonimizado" de gran holding integrado en América Latina, 2017



“ La discusión de cambios en contratación y pagos por resultados no puede ser sólo respecto a FONASA e ISAPRES, sino que debe incluir también a estos actores adicionales que tienen fuerte impacto en el desempeño. Por mucho tiempo hubo una guerra soterrada y en algunos casos abierta entre el comprador y el prestador. Sin embargo, sin prestador no hay comprador, y sin comprador no hay prestador. En mi experiencia creo que el quid del asunto es establecer mecanismos de pago para calidad y eficiencia que eviten la variabilidad no deseada ”.



Lo que se observa en el mundo es una convergencia hacia mecanismos de pago que comparten el riesgo entre el asegurador y el prestador, y que definen intervenciones tipo paquete, orientadas a resolver integralmente un problema o evento de salud (figura 5). El más conocido de estos mecanismos es el GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico). Chile va por ese mismo camino, pero mucho más lento de lo que uno esperaría para el nivel desarrollo que el país tiene. En el mundo de los compradores europeos, públicos y servicios nacionales de salud, ha ido tendiendo a salir de los cálculos por partidas presupuestarias hacia mecanismos más enfocados en resultados y menos en actividad, más de riesgo financiero, compartido con el prestador y mucho más demandante en la operación clínica. Al mismo tiempo, aquellos que estaban muy basados en el fee for service, el pago por servicios, sobre todo en Estados Unidos, han ido yéndose hacia esta convergencia. Me parece que el paralelo es muy interesante en

Chile, porque acá tenemos los dos: un sistema de ISAPRES que ha sido muy gringo en su concepción y que a la vez ha tenido muchas dificultades de poder converger hacia compartir riesgo.

El sistema público chileno ha hecho un esfuerzo muy grande en las últimas generaciones de directores/ras del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), para poder introducir mecanismos, ya no solamente en la línea presupuestaria sino en la del GRD. Con bastantes complicaciones, están igualmente en esa transición hacia lo que posteriormente llaman bundles, que son paquetes más largos del camino clínico de los pacientes. En mi opinión, aunque ha sido un gran esfuerzo, el diseño de GRDs en el sector público adolece de problemas significativos que disminuyen su efectividad y establecen incentivos que será difícil resolver en el futuro. No es el objetivo de esta presentación discutirlos pero encantado de conversarlos en el futuro.



“ Lo que se observa en el mundo es una convergencia hacia mecanismos de pago que comparten el riesgo entre el asegurador y el prestador, y que definen intervenciones tipo paquete, orientadas a resolver integralmente un problema o evento de salud (figura 5). El más conocido de estos mecanismos es el GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico). Chile va por ese mismo camino, pero mucho más lento de lo que uno esperaría para el nivel de desarrollo que el país tiene ”.

Para bien o para mal, y en muchos casos para mal, nuestra trayectoria es muy parecida a la norteamericana. En Estados Unidos esta transición hacia GRDs produjo un freno significativo en el crecimiento excesivo del gasto del Medicare (el equivalente al FONASA chileno pero solo para mayores de 65 años) que se introdujo a fines de los años 80, pero en contraste, el sistema que no era Medicare siguió creciendo igual. Vemos que, efectivamente, el introducir mecanismos de pago que cambian, y de alguna manera el compartir riesgo y las definiciones de calidad que están implícitas o explícitas, sí tiene efectos en el cambio de la trayectoria de crecimiento excesivo del gasto sin tener mayores efectos en la solución de los problemas de salud.

Mi impresión es que el resultado en Alemania muestra que fue particularmente bueno introducir estas nuevas modalidades de pago y contratación tipo GRDs, desde el punto de vista de la calidad. Este cambio de los incentivos (creado por estos

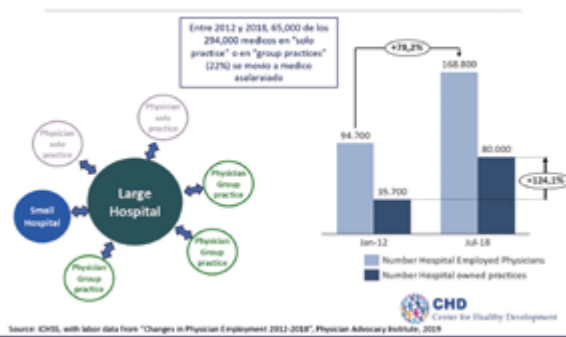
nuevos mecanismos de pago) desde pagar por hacer “cosas” al paciente a pagar al prestador por resolver integralmente el evento de salud tuvo, además, tremendos impactos en el modelo de atención: la cantidad de camas por cada 100 mil habitantes en los Estados Unidos y en Alemania. En Estados Unidos desde el año 1975, particularmente desde 1980, hubo una gran transición desde lo hospitalario a lo ambulatorio por haberle puesto una cota a los precios que podían cargar y ya no full for service. En Alemania, sorprendentemente no, aunque no es tan sorpresivo. La literatura existente muestra que tiene que ver más bien con la Guerra Fría, y con que esta nación tiene un tema estructural respecto a sus camas hospitalarias.

Finalmente, la última generación que de manera interesante se junta mucho con nuestra discusión en Chile respecto a la necesidad de comprar o financiar redes integradas, es lo que ha estado pasando también en los Estados Unidos a partir del Obamacare en el 2012. La revolución que introdujo en la eliminación de las preexistencias, la capacidad de poder discriminar riesgo por parte de los aseguradores, y la introducción de mecanismos de incentivos para que se compre en red y se compre menos a prestadores individuales, ha tenido un cambio muy significativo en la trayectoria de los mecanismos de pago. El efecto más importante es que durante mucho tiempo los grandes hospitales veían a los centros de Atención Primaria o a las consultas individuales médicas norteamericanas u otros similares, como alimentadores de complejidad hacia su hospital. El no permitir la selección de riesgo y la obligación de introducir mecanismos de compra por red, ha hecho que en realidad mude la relación, ahora las redes tienen un gran incenti-

vo para prevenir la enfermedad y para tratarla en el menor nivel posible de complejidad, sin dañar la calidad de la atención. Ya no es una relación de alimentación desde lo ambulatorio al hospital, es una relación de trabajo más armónica entre ambos.

La trayectoria que va desde el fee for service a compartir riesgo y a reformular la manera de los incentivos a los prestadores institucionales, tiene tremendos efectos en los prestadores individuales y en los médicos en los Estados Unidos. Desde que se introdujo el modelo de ACOs (Accountable Care Organizations – redes integradas de prestadores como foco de la compra), entre el 2012 y el 2018, 65 mil médicos que estaban en consulta individual migraron hacia ser empleados de holdings integrados de provisión bajo ACOs, un crecimiento del 78% en esta forma de contratación médica (figura 6). Este fenómeno se ha acelerado incluso más en los últimos años, sin contar el tiempo de la pandemia, que cambió las trayectorias muy significativamente durante ese período.

Con grandes consecuencias para la practica y el pago medico



“ El tema de perfeccionar los medios de financiamiento y de pago por calidad de eficiencia en la atención médica individual (la eficiencia micro), no puede seguir oscureciendo una discusión más grande y crítica en nuestro sistema sanitario que tiene que ver con qué es lo que compramos con nuestros escasos recursos, cómo lo compramos, y cómo financiamos calidad y eficiencia en la salud poblacional, esto es, cómo prevenimos en nuestro actuar intersectorial que nuestra población necesite más y más hospitales en el futuro ”.

Como reflexión final, me gustaría compartir que el tema de perfeccionar los medios de financiamiento y de pago por calidad de eficiencia en la atención médica individual (la eficiencia micro), no puede seguir oscureciendo una discusión más grande y crítica en nuestro sistema sanitario que tiene que ver con qué es lo que compramos con nuestros escasos recursos, cómo lo compramos, y cómo financiamos calidad y eficiencia en la salud poblacional, esto es, cómo prevenimos en nuestro actuar intersectorial que nuestra población necesite más y más hospitales en el futuro. Se habla mucho de ello pero continúa la atención individual médica siendo el protagonista de nuestras urgencias y de nuestro diálogo sectorial.





DOCTORA
MAY CHOMALÍ

“ Todos sabemos lo que hay que hacer. El problema es que no tenemos las herramientas y no hemos sido transparentes en decir cómo lo vamos a hacer. (...) Nos falta usar la innovación y las tecnologías para mejorar la eficiencia y el uso de los recursos. Seguimos pensando en traer más médicos pero insisto: creo que como país nos falta poner una bandera de lucha que se llame objetivo sanitario, eso que le afecta realmente a la persona ”.

Gasto de Bolsillo

A dos décadas del AUGE



Por: Dra. Lorena Hoffmeister *

* Socióloga de la U. Católica, Máster en Salud Pública y Doctora en Ciencias de la Salud y de la Vida en la U. Pompeu Fabra en Barcelona. Actualmente es académica del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello.

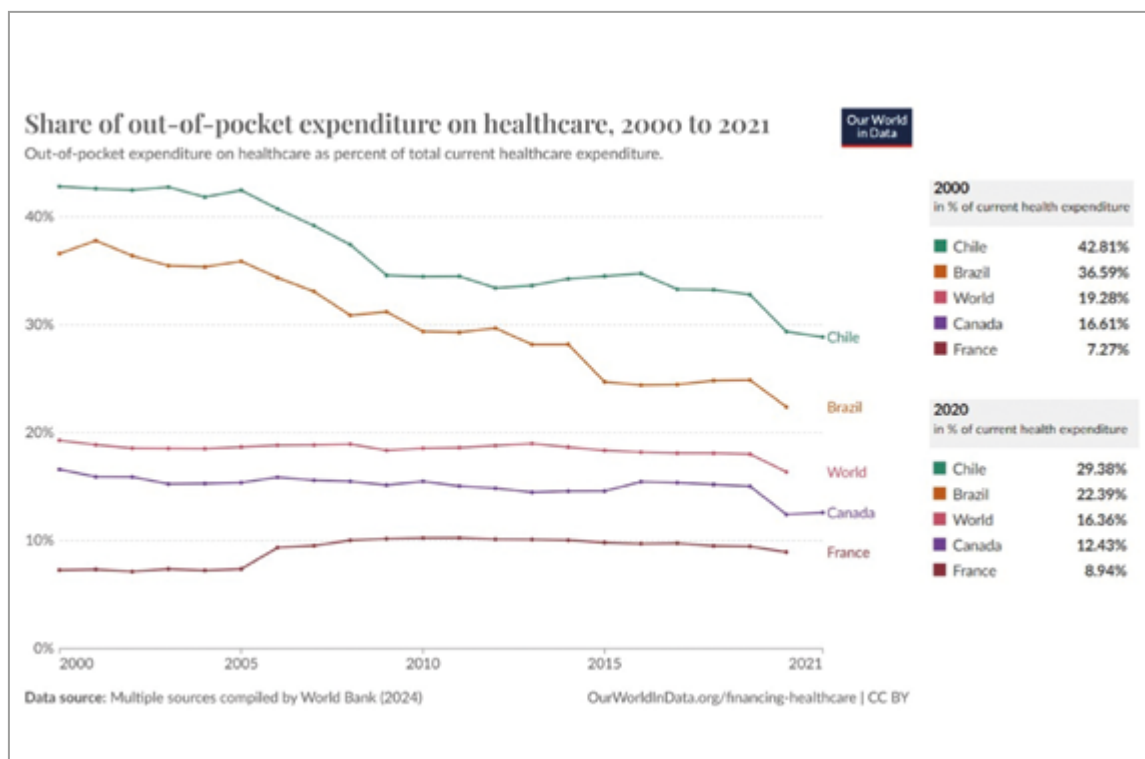
Hace ya más de 20 años, informes de la Organización Mundial de la Salud propusieron a los países que sus sistemas de salud cumplieren metas más exigentes. Ya no sólo se trata de mantener sana a la población, sino también de responder a expectativas legítimas, dando un impulso a temas de buen trato o de satisfacción usuaria. Apareció –además– el concepto de protección financiera, vinculado a que las personas y familias no se empobrezcan cuando presenten un problema de salud, y que es uno de los principios del régimen GES. Así se incorporó el concepto de Gasto de Bolsillo (GB), que son los gastos que realizan las personas cuando tienen que utilizar algún servicio de salud que está parcialmente cubierto por su seguro –conocido como copago–, o cuando tienen que pagar el valor completo o comprar algún insumo o medicamento.

“ Si un país tiene un Gasto de Bolsillo (GB) alto, que supera el umbral del 20% del gasto total señalado por la OMS (nuestro país está en torno al 30%), implica que el acceso y utilización de bienes y servicios de salud depende considerablemente del tamaño del bolsillo de las familias o de su capacidad para acceder al mercado financiero y endeudarse. Para los que no tienen esa posibilidad en Chile, solo quedan las redes de solidaridad, los bingos u otras acciones comunitarias que ayudan a ampliar este bolsillo ”.

El concepto de GB ha tenido un amplio desarrollo metodológico, pero sus elementos sustantivos siguen siendo los mismos. Muchos de estos pagos se suelen hacer en situaciones de emergencia, de índole curativa más que preventiva, acciones para “salvar al que se está ahogando”. Por ello, si un país tiene un GB alto, que supera el umbral del 20% del gasto total señalado por la OMS, implica que el acceso y utilización de bienes y servicios de salud depende considerablemente del tamaño del bolsillo de las familias o de su capacidad para acceder al mercado financiero y endeudarse. Para los que no tienen esa posibilidad en Chile, solo quedan las redes de solidaridad, los bingos u otras acciones comunitarias que ayudan a ampliar este bolsillo.

En un contexto global, pero sobre todo en países de América Latina que son muy desiguales, con sistemas de salud altamente segmentados y con capacidad regulatoria débil, monitorizar el GB y restringirlo, es una meta que adquiere mucho sentido. Para limitar este GB existen intervenciones que muestran buenos resultados como ampliar la cobertura mediante esquemas de seguridad social con aseguramiento obligatorio, acciones para reducir el gasto en medicamentos, planes de aseguramiento para cobertura de trabajadores post-retiro con contribución del empleador; eliminar GB en ámbitos (anticoncepción, screening) o en grupos específicos; potenciar la Atención Primaria de Salud, implementar seguros catastróficos, incluir la atención de salud mental y salud oral que tradicionalmente no han sido cubiertos por los sistemas de salud; referir a pacientes para ayudas y programas sociales, apoyar el transporte de pacientes, potenciar herramientas como las guías clínicas y protocolos para orientar el gasto hacia acciones





efectivas y seguras; rediseñar planes de salud y los modelos de atención, entre otras.

Volviendo 20 años atrás, en el año 2000 teníamos en Chile un GB realmente alarmante, de un 42,8% del gasto total en salud. Ahora estamos mejor, en torno al 30%, pero aún nos queda mucho camino por recorrer. El GES como política pública incorporó en su diseño elementos que han contribuido a reducir la dependencia del bolsillo. A través del tiempo hemos ampliado las garantías a 87 patologías y desde ese punto de vista, ha sido una política pública incrementalista,

con una lógica de priorización, de garantías y de cobertura financiera, que ha ido resonando en la población. De esta manera, si el tamaño del bolsillo significa que puedo pagar los copagos en función de la liquidez que tengo, con el GES un porcentaje importante de la población accede a tratamiento de patologías GES sin GB, mientras que otro porcentaje realiza un copago acotado y con un tope máximo.

La cobertura de medicamentos ambulatorios del GES también ha sido clave para limitar GB y consistente con otras políticas que se han ido agre-

gando, como la ampliación del Copago Cero para la modalidad institucional de Fonasa, con estrategias de compra centralizada como la Ley Cenabast y la Ley Ricarte Soto. Que el GES haya incorporado algunos servicios de salud mental y de salud oral, también es un logro. Respecto de los copagos, los podemos concebir como una fuente principal de financiamiento o como una forma de controlar el riesgo moral, evitando que uno consuma más de lo que necesita. El GES tiene la gracia de que lo que se garantiza es lo que ha pasado por un análisis epidemiológico, técnico y de costos que evalúa que las intervenciones sean efectivas y eficientes, recurriendo a las Encuestas de Salud, a las mediciones de AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad), y a estudios de costo-efectividad y de verificación de costos.

“ El GES como política pública incorporó en su diseño elementos que han contribuido a reducir la dependencia del bolsillo. A través del tiempo hemos ampliado las garantías a 87 patologías y desde ese punto de vista, ha sido una política pública incrementalista, con una lógica de priorización, de garantías y de cobertura financiera, que ha ido resonado en la población ”

Mirando la serie de Encuestas de Presupuestos Familiares del INE, el GB en salud que hace una familia chilena, en la última medición del año 2021-2022, alcanzó el 7,9%. Este porcentaje está creciendo, pues hace 10 años era del 5%. Crece, en parte, porque los hogares tienen más poder adquisitivo que antes y porque la salud es un bien esencial y muy valorado por las personas. Pero cuando vemos que en los últimos años el GB que más crece es el efectuado por los hogares con menores ingresos, nos preguntamos a qué costo están haciendo ese gasto, qué están dejando de lado. Alrededor del 30% del gasto que realizan los chilenos es en medicamentos, por lo que el GES incorpore medicamentos ambulatorios, es clave y contribuye a mejorar la equidad.

En materia de gasto catastrófico, vemos que el gasto de hospitalizaciones es alto e importante para la población y, por ende, la posibilidad de empobrecerse o de derechamente no acceder, es particularmente complejo para las familias de los quintiles de ingreso medios y bajos, por lo que la cobertura GES también es esencial.

En estos años vemos claramente que los afiliados a Isapres usan mucho menos el GES que los de Fonasa, pese que las Isapres cuentan con una prima GES que asegura el financiamiento. Datos de la Superintendencia de Salud acerca de las tasas de utilización del GES, lo evidencian. Nueve usuarios de Fonasa usan GES por cada usuario de Isapres, variando según la enfermedad. Otros datos más locales, como los que provienen de la primera ronda de la Encuesta Comunitaria de Salud de La Pintana aplicada en 2023 muestran que, tanto las

atenciones frente a un problema de salud como las atenciones preventivas, se realizan en la red pública de salud, y que sólo el 5% de las personas señala que hizo algún gasto al utilizarlas. Es un porcentaje bajo, pero ojo con esto: el porcentaje de gasto es algo más alto en los hombres que, a diferencia de las mujeres, acuden más a centros privados. Por otra parte, las personas no necesariamente reconocen la cobertura GES de Atención Primaria, sino que se entiende como un servicio de la red de Atención Primaria de Salud. Esto es interesante pensando en el avance hacia la universalización de la APS y en cómo, puede aportar a reducir GB para toda la población.

Concluyendo, el GES no puede reducir todo el GB por sí solo porque es una bolsa muy amplia, pero sí puede ser una política que contribuya a restringir, limitar y orientar el GB porque no solamente queremos reducir lo que gastan las personas, sino también orientar ese gasto a lo que genere mejores resultados de salud con un buen balance entre los beneficios y los riesgos para las personas, y eso el GES lo hace. Por último, y me parece relevante plantearlo, hay ámbitos del GB que se podrían cubrir con servicios que ya son parte de la seguridad social y que convendría observar con más detenimiento, como el Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales, contemplado en la ley 16.744. Actualmente, existe un porcentaje bajo de cobertura de trabajadores (o ya retirados del mercado laboral) con algunas patologías como ciertos cánceres, como el mesotelioma o leucemia, que con muy alta probabilidad son patologías de origen laboral, y que no están siendo cubiertas por este seguro. Mejorar esto, sin duda, ayudaría a reducir el GB, la carga sobre la red de atención de

enfermedad común y que las personas accedan a todos los servicios de salud ocupacional.

También habría que mirar con más detenimiento, los esquemas de copago del GES, principalmente los asociados a intervenciones o exámenes que tienen que hacerse las personas y que, por no estar cubiertos por esta canasta de prestaciones, no se realizan o requieren un pago directo importante. El GB en dispositivos diagnósticos y procedimientos ambulatorios está aumentando, por lo que contar con una unidad independiente de evaluación de tecnologías sanitarias, sin duda, sería muy útil.

Otro ámbito necesario es la conexión con programas sociales para cubrir el GB asociado al cuidado a corto o largo plazo, a planes de retorno a la comunidad, apoyo frente a enfermedades graves o eventos catastróficos, apoyos a la discapacidad, entre otras.

“ El GB en salud que hace una familia chilena, en la última medición del año 2021-2022, alcanzó el 7,9%. Este porcentaje está creciendo, pues hace 10 años era del 5%. Crece, en parte, porque los hogares tienen más poder adquisitivo que antes y porque la salud es un bien esencial y muy valorado por las personas. Pero cuando vemos que en los últimos años el GB que más crece es el efectuado por los hogares con menores ingresos, nos preguntamos a qué costo están haciendo ese gasto, qué están dejando de lado ”.



**DOCTOR
JAIME MAÑALICH**

“ Tenemos que mirar al futuro y lo que viene para Chile en los próximos 20 años. Y creo que la ceguera que tenemos para hacerlo está en la tecnología y en las metas sanitarias. ¿Cómo logramos que, efectivamente la salud sea progresivamente una palanca cada vez más poderosa para la equidad en un país que envejece? Según la última encuesta Casen, somos un país mucho más equitativo en salud que en cualquier otro de los determinantes sociales que influyen en nuestro nivel de pobreza multidimensional. Por eso, tener una salud primaria que eduque en salud es un objetivo fundamental ”.



Pensando la Reforma

Reflexiones desde la comisión actual



Por: Dr. Bernardo Martorell *

* Médico cirujano de la U. de Chile y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Harvard. Designado por la ministra de Salud, Ximena Aguilera, como coordinador de la Reforma de Salud. Anteriormente fue Seremi de Salud en la región de Los Lagos, jefe de Salud Comunal en la comuna de La Pintana, trabajó en el Ministerio de Salud como jefe de la División de Planificación Sanitaria y luego de la División de Atención Primaria.

El 1 de abril de 2025 asumió el cargo de Subsecretario de Redes Asistenciales.

Para pensar en una reforma de salud no podemos quedarnos sólo con la perspectiva de los problemas que existen en las instituciones. Nuestra tendencia es mirar a las Isapres, al Estado, a los hospitales y sus respectivas fallas, pero se nos olvida mirar desde los territorios y desde las personas. Son esas personas las que tienen que navegar en un sistema sanitario que muchas veces no les da respuesta.

“ Las personas no pueden seguir viviendo en la incertidumbre y el miedo a enfermarse, y no saber si van a tener acceso a los cuidados que corresponden, si eso los va a empobrecer, cuánto tiempo tendrán que esperar para obtener la atención que necesitan, o peor aún, si se les va a tratar bien a la hora de enfermarse. Por todo eso, la reforma tiene que mirar el problema desde la perspectiva de los ciudadanos y partir por la transformación de la Atención Primaria de Salud, entendiéndola como una estrategia territorial ”.

En ese marco, es bien importante reflexionar sobre el acceso y cobertura efectiva de las prestaciones sanitarias que ofrecemos. A modo de ejemplo, la diabetes está cubierta en el AUGE y en la Atención Primaria de Salud, pero además cuenta con metas sanitarias donde hay un bono cuando se alcanza un objetivo relacionado con la cobertura efectiva y un programa donde éste se materializa. No obstante lo anterior, en la práctica y a pesar de todos estos instrumentos que le dan prioridad y financiamiento, apenas llegamos al 30% de cobertura efectiva, lo que se traduce en que existe la posibilidad de que haya 70% de los diabéticos en nuestro país que no están obteniendo un tratamiento adecuado de su patología. Esto último no tiene que ver con la cobertura formal ni con los mecanismos de incentivos financieros, sino con algo más complejo todavía como son las barreras de acceso que pueden tener causas sociales y culturales, entre otras. La invitación es a pensar una reforma desde la perspectiva de las personas y cómo podemos enfrentar desde ahí los desafíos.

En materia de satisfacción con el sistema de salud, la última revisión OCDE nos muestra en el último lugar. Seamos realistas, ningún país ha resuelto completamente los desafíos del sistema sanitario, pero en Chile la percepción ciudadana sobre cómo éste responde a las necesidades de las personas es un problema prioritario. También lo son los indicadores de malnutrición por exceso, donde Chile también ocupa el primer lugar. Abordar las condiciones de vida que determinan la obesidad, son hoy muy relevantes si queremos enfrentar la problemática de la salud con soluciones certeras.



Nuestro agravamiento epidemiológico en materia de enfermedades crónicas tampoco es un dato menor. La multimorbilidad hoy es la nueva normalidad: ya no estamos pensando en enfermedades individuales o particulares que afectan a cada persona, porque la gran mayoría -tres de cada cuatro adultos- tiene dos o más enfermedades. Estamos hablando del 17% de los adultos en Chile, que es equivalente a 2,5 millones de personas. Además, tenemos el problema subyacente de la desigualdad que se expresa en el acceso a los cuidados y, por ende, permea los resultados de la salud y también el Gasto de Bolsillo.

En nuestro país la seguridad sanitaria es una preocupación. La pandemia pero también las emergencias son un riesgo latente. Siempre estamos enfrentando algún desastre por lo que las emergencias tendrían que ser parte de nuestro diagnóstico. Por otro lado, la dignidad sanitaria también emerge como un pendiente. Las personas no pueden seguir viviendo en la incertidumbre y el miedo a enfermarse, y no saber si van a tener acceso a los cuidados que corresponden, si eso los va a empobrecer, cuánto tiempo tendrán que esperar para obtener la atención que necesitan, o peor aún, si se les va a tratar bien a la hora de enfermar.

Por todo eso creo que la reforma tiene que mirar el problema desde la perspectiva de los ciudadanos y partir por la transformación de la Atención Primaria de Salud, entendiéndola como una estrategia territorial y no solamente como un punto de acceso a las atenciones de exámenes preventivos o de una consulta por morbilidad, que son las prestaciones más comunes. La Atención Primaria debe entenderse como un dispositivo que trascienda el primer nivel de atención que entregan los CESFAM (Centros de Salud Familiar) o los CECOSF (Centros de Salud Comunitaria Familiar), esto es, como una estrategia que organiza la preocupación por la salud y los factores determinantes de la misma en un territorio.

Convertir a la Atención Primaria en la principal herramienta de cuidados universales de calidad nos permitiría construir salud junto a las personas y no sólo para las personas. La participación de la ciudadanía tanto en las decisiones de gestión como

en las decisiones individuales clínicas es relevante si lo que queremos es anticiparnos a la aparición del daño, entregando servicios modernos y de calidad a toda la población, y donde se integren los niveles de especialidad ambulatoria y hospitalaria, junto con los cuidados sociales y del resto del Estado.

La integración de los dispositivos que se encuentran disponibles para la salud de las personas es crucial, como también lo es la reforma a la arquitectura del financiamiento y del aseguramiento, en pos de sostener las estrategias anteriores. Debemos alinear los incentivos para que la visión territorial de la salud se pueda hacer realidad, siempre resguardando la protección financiera de las personas, eliminando la discriminación, incorporando mayor solidaridad, previniendo el abuso y promoviendo la eficiencia. Para ello, avanzar hacia un sistema de seguridad social universal está en coherencia con el programa del actual gobierno.

El principio de la universalidad tiene que ver con una motivación ética y moral, porque lo que se pretende es que la salud que tiene una persona que vive en el barrio alto de la capital y cerca de una clínica privada, sea la misma a la que puede acceder una persona que vive en una zona rural o pobre del país. Ese principio es el que debería regir y preocuparnos para lograr el acceso a las prestaciones, así como también llevarnos a pensar sobre cómo abordamos un proceso de reforma, de manera de beneficiar más a las personas más vulnerables. Son principios éticos que vienen del filósofo es-

tadounidense, John Rawls, en torno a cómo hacemos un camino más justo y enfocado en los que tienen más desventaja social. Es fácil avanzar si beneficiamos más a los que ya están beneficiados pero tenemos que pensar en las personas que tienen más necesidades primero.

Lo otro importante es aplicar la estrategia de los territorios hacia los niveles nacionales, de manera de avanzar en las transformaciones que se van proponiendo con participación de las personas y usando múltiples herramientas de políticas públicas. No podemos quedarnos solamente en los proyectos de leyes y arreglos institucionales que son debatidos entre cuatro paredes para luego ser implementados, sino que también tenemos que echar mano a otras herramientas como la gestión, el alineamiento de incentivos o como la misma participación como herramienta de política pública para la transformación del sistema.

“ Está bien asentado que los países que avanzan con Atención Primaria tienen mejores resultados en salud, en equidad, eficiencia y mejor percepción ciudadana sobre la calidad del sistema. Esto además tiene beneficios económicos y sociales para el país, que nos llevan a pensar la salud como una inversión y no como un gasto ”.

En esa dirección, y para lograr las condiciones de vida saludable de un sistema público, digno y moderno que otorgará seguridad social en salud a las personas, la Atención Primaria Universal debe ser el corazón de la reforma. Está bien asentado que los países que avanzan con Atención Primaria tienen mejores resultados en salud, en equidad, eficiencia y mejor percepción ciudadana sobre la calidad del sistema. Esto además tiene beneficios económicos y sociales para el país, que nos llevan a pensar la salud como una inversión y no como un gasto. Basados en esta estrategia en particular es que partimos el 2023 implementando la Atención Primaria Universal en siete comunas y continuamos ampliándola a 21 comunas en 2024, donde estamos tomando medidas que buscan resolver distintos nudos críticos que están identificados en su diseño, y también potenciando la cartera de prestaciones que está disponible.



El segundo eje en el que estamos trabajando para mejorar las condiciones de vida de las personas, tiene que ver con el viraje hacia un modelo territorial que integra los cuidados sociales y sanitarios. Desde esa perspectiva, se está incorporando la Estrategia de Cuidados Integrales Centrado en las Personas (ECICEP), que lo que busca es dejar de atender a las personas por programas sanitarios diferenciados en enfermedades cardiovasculares, respiratorias o de salud mental, para atenderlas de manera integral. Dotar de más tiempo a los equipos de salud del primer nivel para puedan hacer un plan de tratamiento consensuado con los pacientes y luego un seguimiento online a distancia, ha mostrado, según un estudio del año 2022 de la Pontificia Universidad Católica, reducir la probabilidad de hospitalización en un 42%.

Por otra parte, estamos convencidos de que hoy no podemos entender la salud sin el enfoque de la integración sociosanitaria y para eso estamos colaborando intensamente con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, de manera que los cuidados que hoy están disponibles en un municipio o en una comuna sean coordinados con el equipo de salud de ese mismo territorio, algo que sin duda suena muy razonable pero que hasta hoy no se había sucedido. Para eso hay una serie de medidas que se están implementando en las 7 comunas pioneras de la estrategia (Canela, La Cruz, Renca, Los Ángeles, Alhué, Coltauco y Perquenco) como son el aumento de servicios en domicilio, la telemedicina y la participación ciudadana como motor de este cambio. Comenzamos a expandir este modelo a nuevas comunas también.



Fundamental ha sido contar con un préstamo del Banco Mundial para estos efectos porque entrega un respaldo internacional a las decisiones que hemos tomado. Vale la pena decirlo porque a veces se nos critica y se nos dice que estamos en muy pocas comunas como para que esto se transforme en una verdadera estrategia nacional, pero es así porque estamos implementando la política junto a las personas, lo que nos ha permitido aprender lecciones y adaptarla, modificarla y mejorarla con cada experiencia. Esta estrategia no se hace en el papel, se tiene que hacer realidad en el territorio y con los equipos. El próximo año esperamos seguir expandiendo todavía más su cobertura, lo haremos con apoyo del préstamo del Banco Mundial que nos permitirá mantener la estrategia y hacerla crecer independiente del gobierno de turno.

“ En ese sentido (el de financiar la preocupación por la seguridad social en salud), hay ciertas acciones que están en curso como el Copago Cero, el convenio de farmacias con Fonasa, la Ley Cenabast, el sistema de atención priorizada y la Modalidad de Cobertura Complementaria, estas dos últimas iniciativas que se presentarán en octubre y que fueron aprobadas por el Parlamento en el contexto de Ley Corta ” .

Otra de las materias en las que estamos trabajando es en la interoperabilidad de los sistemas de información. Sabemos que el camino del paciente viene determinado por sus condiciones de vida y que comienza en la Atención Primaria de su territorio, pero también, que luego necesita atenderse en otros dispositivos públicos o privados. Felizmente hay un proceso legislativo en curso que está respaldando la interoperabilidad mediante una ley lo que nos indica que vamos por un buen camino.

En torno a la necesidad de modernizar la gestión de la red y la gestión hospitalaria, también hay una serie de exploraciones que esperamos se conviertan en proyectos que puedan ser implementados. Estos se deben a que observamos dentro del ecosistema hospitalario una tendencia a relegar los cuidados ambulatorios de especialidad versus los cuidados que se le entregan a los pacientes que están hospitalizados, lo que nos estaba produciendo una lista de espera muy grande: más 2 millones y medio de casos están esperando por una primera atención por especialista ambulatoria. Revertirlo es un desafío importante pero vemos espacio para optimizar la gestión. Si uno logra un mejoramiento del 10% ya puede eliminar la lista de espera si tiene un buen modelo de financiamiento para la eficiencia, productividad y prevención.

En sintonía con la construcción de salud junto a las personas, equipos y territorios, una preocupación importante es la integración de la red asistencial. El país cuenta con consejos que se hacen cargo de aquello, pero nuestro diagnóstico es que los CIRA (Consejo Integrado de la Red Asistencial en Salud) con que cuentan los servicios, todavía

son instancias con poca capacidad de incidir en la efectiva articulación de la red asistencial, por lo que debemos potenciarlos y darles ciertas facultades para la toma de decisiones, además de una estructura más equilibrada. Para la infraestructura y el fortalecimiento de recursos físicos en los hospitales, se está terminando de redactar un reglamento de trato digno que permita dar un piso mínimo en la relación con nuestros pacientes.

Financiar la preocupación por la seguridad social en salud, de manera que se puedan soportar los procesos también es una capa que no se puede dejar de mencionar. En ese sentido, hay ciertas acciones que están en curso como el Copago Cero, el convenio de farmacias con Fonasa, la Ley Cenabast, el sistema de atención priorizada y la Modalidad de Cobertura Complementaria, estas dos últimas iniciativas que se presentarán en octubre y que fueron aprobadas por el Parlamento en el contexto de Ley Corta.

Dentro de esos mismos compromisos se encuentra el proyecto Ley de Sistema de Atención Priorizada (ex Seguro Catastrófico) de Fonasa, el fortalecimiento de Fonasa y la Superintendencia de Salud, además de avanzar en limitar los abusos de las isapres, terminando con las preexistencias y la discriminación. Sin duda son pasos que nos permitirán abordar luego el problema del Subsidio por Incapacidad Laboral, las licencias médicas y la regulación de seguros voluntarios complementarios, que aún representan un pequeño espacio del mercado de seguros en Chile pero que se calcula que va a ir creciendo, lo que sin una regulación adecuada nos puede generar un problema al funcionamiento sectorial.

Todas estas propuestas de cambios son parte de una misma visión: avanzar en el mediano plazo hacia una cobertura universal de salud como base para, en el largo plazo, ser un país donde podamos enfocarnos más en proteger la salud que sólo reaccionar al daño. Las medidas que les he expuesto son el alma de la Reforma, en el camino de ella hemos ido modificando las priorizaciones y aplazando algunas medidas para poder anticipar otras que los tiempos políticos nos han puesto como desafío. Solo para dar un ejemplo: la Ley Corta de Isapres, la disminución de las listas de espera, las licencias médicas y los aspectos que se judicializan de emisores y usuarios, etc.

La reforma de salud existe y está en ejecución, es más, tiene un enfoque sociosanitario con mirada territorial. Sin duda alguna debemos mejorar la salud en Chile y en ese contexto, aclaro, esta reforma no es la solución de todos los problemas de salud, pero sin duda es un pequeño paso para un sistema de APS- U (Atención Primera Universal) robusto, que sea la base y nos conduzca a una salud oportuna y de calidad mejorando el bienestar de los ciudadanos.

“ Todas estas propuestas de cambios son parte de una misma visión: avanzar en el mediano plazo hacia una cobertura universal de salud como base para, en el largo plazo, ser un país donde podamos enfocarnos más en proteger la salud que sólo reaccionar al daño ”.

GLOSARIO



AUGE: Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES).

LEY CORTA DE ISAPRES: Aprobada por el Congreso este año y en respuesta a la ejecución de un fallo de la Corte Suprema que obligó a las Isapres a ajustar el valor de sus planes y devolver los cobros en exceso aplicados sus afiliados, esta normativa, contempla además una serie de modificaciones en la normativa que regula el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Superintendencia de Salud y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que permita mejorar su funcionamiento.

CARGA DE LA ENFERMEDAD: La OMS ha definido carga de la enfermedad, como impacto de un problema de salud en un área específica medida por la mortalidad y la morbilidad. A diario se cuantifica en términos de “años de vida ajustados por discapacidad” (DALYs, sigla en inglés), que permite cuantificar el número de años perdidos debido a la enfermedad. La carga global de la enfermedad se puede considerar como un indicador de brecha entre el estado de salud actual y el estado de salud ideal, donde vive el individuo hasta la vejez libre de enfermedad y discapacidad.

PACIENTE EXPERTO: Persona con la competencia suficiente para formar, formarse y lograr una serie de conocimientos para entender y ser responsable y consciente del autocuidado de su propia enfermedad.

MINSAL: Ministerio de Salud.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

ISAPRE: Institución de Salud Previsional.

APS O AP: Atención Primaria en Salud.

MAI: Modalidad de Atención Institucional – FONASA

MLE: Modalidad de Libre Elección – FONASA

GBS o GB: Gasto de Bolsillo en Salud

COPAGO CERO: Modalidad que permite a los beneficiarios y beneficiarias de Fonasa, pertenecientes a los tramos C y D, acceder desde 2022 a la gratuidad en todas sus atenciones en el sistema público de salud.

PGS: Plan Garantizado de Salud

PSS: Plan de Seguridad Social

PSS: Plan de Seguridad Social

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

SUSESO: Superintendencia de Seguridad Social

VRS: Virus Respiratorio Sincicial

DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Minsal.

PINDA: Programa Infantil Nacional de Drogas Anti-neoplásicas que se enfoca en la detección, trata-

miento, rehabilitación y seguimiento del cáncer en niños y adolescentes chilenos.

SIL: Subsidio por Incapacidad Laboral

ECICEP: Estrategia de Cuidados Integrales Centrado en las Personas

CIRA: Consejo Integrado de la Red Asistencial en Salud

SNS: Servicio Nacional de Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

TC: Tribunal Constitucional



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE