



Capítulo 3:

Hacia un acceso y cobertura universales en salud: opinión de los usuarios y algunas ideas de mejora

Josefa Henríquez P.
Carolina Velasco O.





INTRODUCCIÓN

Chile ha vivido, en las últimas tres décadas, un rápido proceso de modernización que no sólo ha significado cambios económicos, sino también sociales y culturales. Este proceso ha sido acompañado por la aparición de fragilidades de distinta naturaleza, quizás como resultado de los avances económicos registrados. Como se ha destacado en capítulos previos, las inseguridades tienen diferentes dimensiones, pero una que aparece con claridad es el temor a enfrentar una enfermedad grave propia o del círculo familiar. En este capítulo queremos ver cómo las personas perciben su interacción cotidiana con los seguros y servicios de salud, con el objeto de entregar algunas luces sobre las inseguridades en esta materia y las políticas públicas requeridas para enfrentar, en el ámbito de la salud, la fragilidad detectada.


Según la Organización Mundial de la Salud (2017), el acceso y cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El Estudio Nacional de Opinión Pública N.º 80 del CEP, realizado entre julio y agosto de 2017, indica que en Chile más del 97 por ciento de la población cuenta con algún esquema de previsión en salud y que la mayoría tiene acceso a los servicios de salud.¹ En efecto, un 76 por ciento de las personas señala que durante el último año visitó un médico general o especialista, se realizó un examen, se hospitalizó o recibió atención de urgencia. Si bien ello podría interpretarse como que Chile cuenta con

cobertura y acceso universales en salud, los datos respecto de acceso oportuno, calidad de la atención y efectos financieros del gasto en salud, indican que estamos al debe.

Por una parte, no todas las personas acceden a tratamientos de manera oportuna. Quienes son beneficiarios del Fondo Nacional de Salud o Fonasa (asegurador estatal) deben esperar, en promedio, 168 días para hospitalizarse, en comparación con 30 días para los beneficiarios de alguna Institución de Salud Previsional o isapre (aseguradoras privadas) (Superintendencia de Salud 2016). Los datos informados sobre listas de espera en el Fonasa, en 2017, llegaron a los 2.000.0000 de usuarios, quienes principalmente esperan por consultas de especialidad y cirugías. De ellos, casi 700.000 llevan esperando más de un año y casi 140.000 más de tres (Ministerio de Salud 2017). Si bien algunas de estas personas quisieran cambiarse a isapres, el alto costo de estos seguros pareciera impedirselos. En efecto, ante la pregunta, “Suponiendo que costara lo mismo, es decir, que a Ud. o a la persona de la que Ud. depende le descontaran la misma cantidad por sus sistema de salud... ¿Ud. preferiría atenderse por Fonasa o por una isapre?”, la encuesta CEP muestra que al menos 25 por ciento de los beneficiarios de Fonasa se cambiaría a una isapre².

Por otra parte, la cobertura financiera de los esquemas previsionales en Chile pareciera ser insuficiente. Chile es uno de los países




Los datos respecto de acceso oportuno, calidad de la atención y efectos financieros del gasto en salud, indican que estamos al debe.

¹ Esta cifra coincide con la entregada por la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2015).

² Excluye menciones no sabe/no contesta.

con más alto gasto de bolsillo entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Así, cerca de un tercio (32 por ciento) de los recursos totales que el país destina a salud debe ser desembolsado por los usuarios, ya sea para cubrir copagos, deducibles o servicios, y bienes que no son cubiertos por los esquemas previsionales. Esta cifra es en promedio 20 por ciento para los países miembros de la OCDE (OCDE 2017). Ello responde a que existen servicios y productos que tienen baja cobertura financiera —por tanto, altos copagos— y otros no son cubiertos por los esquemas previsionales (principalmente seguros), como es el caso de los medicamentos ambulatorios y salud oral. En efecto, según la VII Encuesta de Presupuestos Familiares de 2013, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas en el mismo año, en promedio, un 38 por ciento del gasto en salud de los hogares se destina a medicamentos, 17,8 por ciento a consultas médicas y 11,8 por ciento a servicios de laboratorio y rayos (Bruzzo et al. 2018).

Por lo tanto, teniendo como meta alcanzar cobertura y acceso universales en salud, según lo define la OMS, se desprenden dos desafíos para el sistema de salud chileno. Por una parte, mejorar la atención



Los datos respecto de acceso oportuno, calidad de la atención y efectos financieros del gasto en salud, indican que estamos al debe.

y especialmente la oportunidad con que los servicios de salud son entregados, con énfasis en el sector estatal, y, por otra parte, avanzar en esquemas previsionales, principalmente los seguros de salud, que otorguen mayor cobertura y que sean asequibles para una mayor proporción de la población.

En este texto, y a la luz de los resultados de los Estudios de Opinión Pública N.º 65 y 80 del CEP, realizados en 2011 y 2017 (en adelante, encuesta CEP 2011 y encuesta CEP 2017, respectivamente)³, y de otras fuentes, intentaremos responder en qué forma se reflejan estos desafíos en la opinión de los usuarios y, a la vez, se presentarán brevemente algunos lineamientos sobre cómo abordarlos.

1. ¿CUÁL ES LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS RESPECTO DEL ACCESO Y COBERTURA UNIVERSALES EN SALUD?

El acceso y la cobertura en salud tienen varias dimensiones. Por una parte, se pueden entender como el contar con atención (de calidad y oportuna) ante un problema de salud y, por otra parte, como la protección financiera que entregan los planes de salud. Esta última puede variar entre cero (servicios no cubiertos y que deben pagarse completamente del bolsillo) y cien por ciento (servicios por los que no se paga

nada). Según se describe en el **Cuadro 1**, en Chile conviven dos principales esquemas de aseguramiento, Fonasa y las isapres, los que funcionan con lógicas diferentes en cuanto al financiamiento, cobertura, prestadores, cantidad de planes y primas (Velasco 2014). Por ello es interesante entender cómo varía la percepción de cobertura entre los beneficiarios de uno u otro esquema y así esbozar soluciones atingentes a cada uno.

³ Se utiliza la encuesta CEP de 2011 para comparar la evolución, puesto que en dicha evaluación también se realizó un módulo especial de salud.



Cuadro 1: Características de los principales esquemas de previsión en salud en Chile

En Chile conviven dos principales esquemas de aseguramiento que tienen lógicas diferentes. Por una parte, está el asegurador estatal, Fonasa, que ofrece un único plan de beneficios, que sólo se diferencia en cuanto a copagos. Estos últimos dependen del grupo de Fonasa (A, B, C y D) al que pertenece el beneficiario —que a su vez dependen del ingreso y el número de cargas— y del tipo de prestador elegido (sólo para los grupos B, C y D). Su financiamiento proviene de la cotización obligatoria de siete por ciento del salario imponible y aportes del Estado. Fonasa no puede rechazar a una persona por su estado de salud y atiende a 77,3 por ciento de los chilenos.

Por otra parte, las aseguradoras privadas, isapres, ofrecen cerca de 6.800 planes de salud, difiriendo en sus coberturas y prestadores, y están autorizadas a utilizar la declaración de salud para restringir el acceso a las personas y la cobertura de preexistencias. El financiamiento de los planes proviene únicamente de las personas, a través de su cotización obligatoria (siete por ciento del salario imponible) y de aportes personales que, en promedio, alcanzan el tres por ciento de su sueldo imponible. El 15,1 por ciento de los chilenos es beneficiario de alguna isapre.

Fuente: Elaboración propia.

La encuesta CEP 2017 pregunta directamente a los entrevistados sobre su percepción respecto de la cobertura de su sistema de salud, a lo que 44 por ciento responde no estar bien cubierto. Entre 2011 y 2017 se evidencia una leve mejoría de la opinión de los usuarios, ya que en 2011 dicha cifra

era 49 por ciento⁴. Al desagregar por tipo de seguro, se ven importantes diferencias. La proporción de usuarios de Fonasa que menciona no estar bien cubierto es de 48,5 por ciento y en Isapres es de 16 por ciento (Tabla 1).

Tabla 1: Percepción sobre cobertura por tipo de previsión, 2011 y 2017

Percepción de cobertura	Tipo de seguro	Porcentaje usuarios	
		2011	2017
Muy bien cubierto	Isapre	28,6%	20,6%
	Fonasa	7,5%	7,6%
	Promedio	10,7%	10,1%
Bien cubierto	Isapre	45,9%	63,6%
	Fonasa	42,1%	43,9%
	Promedio	40,4%	46,1%
No bien cubierto	Isapre	25,6%	15,8%
	Fonasa	50,4%	48,5%
	Promedio	48,9%	43,9%

Nota: Diferencias entre isapre y Fonasa, para cada año, son significativas al 95 por ciento de confianza. Excluye menciones “no sabe/no contesta”.

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas CEP N.º 65 y 80.

⁴Excluye menciones de “no sabe/no contesta”. Los porcentajes de personas que se ubican en estas categorías son de 7,68 por ciento y 6,45 por ciento en 2007 y 2017 respectivamente.



Esta información es interesante, pues indica que al menos dos de cada cinco chilenos no sienten que su esquema previsional les otorga una cobertura adecuada. Sin embargo, no permite saber qué aspectos

están considerando al evaluar “cobertura”. Para indagar sobre ello, a continuación se analizan aspectos relativos a la cobertura financiera y, posteriormente, al acceso oportuno y a la calidad de la atención.

2. COBERTURA FINANCIERA

En 2017, el 21,1 por ciento de los encuestados reporta que el pago que tuvo que hacer de su bolsillo le provocó un problema en su presupuesto, o al de su familia, o bien que no recibió el tratamiento médico que necesitaba porque no podía pagarlo. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por la Superintendencia de Salud (2016) en su encuesta. En ella, el “alto costo de las atenciones y/o poca cobertura” es mencionado

como la principal razón detrás de la sensación de desprotección de los usuarios de isapres (lejos del segundo lugar) y como la segunda razón con más menciones en Fonasa, luego de la mala calidad del sistema de salud. Es decir, éste sería un problema que afecta a los adscritos a ambos seguros, tal como se desprende del análisis de la **Tabla 2**.

Tabla 2: Reporte de problemas financieros según tipo de seguro y estado de salud, 2017

¿Tuvo problemas financieros?	Total	Tipo seguro		Estado de salud	
		Isapre	Fonasa	Bueno	Regular y malo
Sí	21,1%	19,2%	21,1%	16,6%	29,9%
No	78,9%	80,8%	78,9%	83,4%	70,1%

Notas: Diferencias entre isapre y Fonasa no son significativas al 95 por ciento de confianza. Diferencias entre reporte de estado de salud sí lo son.

Excluye menciones de “no sabe/no contesta”.

Bueno=salud es valorada “excelente”, “muy buena” y “buena”. Regular o malo=salud es valorada “más o menos” y “mala”.

Se considera que una persona tuvo problemas financieros si responde “sí” ya sea a la pregunta “¿El pago que realizó le provocó a Ud. un problema en su presupuesto o el de su familia?” o a la pregunta “Durante los últimos 12 meses, ¿le ocurrió que no recibiera el tratamiento médico que necesitaba porque no podía pagarlo?”.

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta CEP N.º 80.

Un resultado interesante se encuentra al desagregar la información comentada según el estado de salud reportado.

Quienes señalan tener peor estado de salud manifiestan enfrentar problemas financieros para conseguir los tratamientos necesarios en mayor proporción que el resto (35 por ciento y 22,7 por ciento respectivamente en la **Tabla 2**). Es decir, los esquemas previsionales actuales, principalmente Fonasa y las Isapres, no están otorgando la cobertura financiera requerida a uno de cada cinco chilenos, quienes,

además, son en mayor proporción aquellos que más lo necesitan.

Fonasa y las Isapres, no están otorgando la cobertura financiera requerida a uno de cada cinco chilenos, quienes, además, son en mayor proporción aquellos que más lo necesitan.



3. CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

En general, la satisfacción con la atención recibida es más elevada que con el sistema de salud. En 2017, el 40,4 por ciento dice estar satisfecho⁵ con el primer aspecto comparado con tan sólo el 26 por ciento que reporta lo mismo para el sistema en su conjunto (por el contrario, las cifras para quienes dicen estar insatisfecho⁶ son de 31,8 por ciento y 46,6 por ciento respectivamente). Ello es similar a lo encontrado en otras encuestas sobre salud⁷, así como en otras áreas, tal como se explica extensamente en el trabajo de González y Mackenna (2017), quienes plantean algunas explicaciones para estas diferencias⁸.

Pero, ¿en qué aspectos están pensando las personas a la hora de evaluar la atención que reciben? Algunos de los factores que influyen sobre la percepción de los usuarios son, por ejemplo, el trato recibido en los distintos tipos de atención (consultas, exámenes u hospitalizaciones), los tiempos de espera, entre otras formas de medición del desempeño de los prestadores. En este ámbito, las desagregaciones más interesantes se dan entre los usuarios de diferentes tipos de previsión y de prestadores (estatales y privados).

Respecto a la primera, el 36,3 por ciento de los encuestados pertenecientes a Fonasa reporta estar satisfecho con la atención que recibe, cifra que es alrededor de 1,7 veces mayor en el caso de los usuarios de isapres (63,2 por ciento). En relación con la nota que les asignan a los diferentes aspectos de la atención, los tres peor calificados son: En

37 por ciento de los usuarios de prestadores estatales reporta estar insatisfecho, cifra que baja a 27,5 por ciento en prestadores privados

Fonasa, tiempos de espera para la atención de urgencia, facilidad para realizar una cirugía u otra atención hospitalaria y tiempos de espera para la atención médica en consultas y hospitales. En isapres, pagos que se deben realizar por lo que no cubre el seguro (en línea con lo expuesto en la sección previa), tiempos de espera para la atención médica en consultas y hospitales y tiempos de espera para la atención de urgencia.

Dos tercios de los usuarios del sistema de salud se atiende en prestadores estatales (66,4 por ciento), los que, en su gran mayoría (78 por ciento) son beneficiarios de Fonasa. Al analizar la satisfacción con la atención entre quienes asistieron a prestadores privados y estatales se encuentran diferencias significativas⁹ a favor de los primeros (**Tabla 3**). En efecto, el 37 por ciento de los usuarios de prestadores estatales reporta estar insatisfecho¹⁰, cifra que baja a 27,5 por ciento en prestadores privados (por el contrario, los que reportan estar satisfechos son 36,7 por ciento y 47,8 por ciento respectivamente).

⁵ Suma de preferencias “completamente satisfecho”, “muy satisfecho” y “bastante satisfecho”. Se excluye “no sabe/no contesta”.

⁶ Suma de preferencias “completamente insatisfecho”, “muy insatisfecho” y “bastante insatisfecho”. Se excluye “no sabe/no contesta”.

⁷ En el Estudio de Opinión y Satisfacción Usuaría de la Superintendencia de Salud (2016), las personas evalúan con nota 4,8 al sistema de salud, en cambio, al consultarles sobre qué nota le pondrían a la atención que recibieron en su última hospitalización, la peor nota es un 5,4 (a hospitales estatales).

⁸ Una de las principales razones esgrimidas en aquel trabajo es que el clima negativo que se manifiesta en los medios de comunicación masiva afecta cómo las personas perciben la satisfacción de los demás.

⁹ Desde el punto de vista estadístico.

¹⁰ Suma de quienes reportan estar “bastante insatisfecho”, “muy insatisfecho” y “completamente insatisfecho”.

Tabla 3: Satisfacción con la atención recibida, por tipo de prestador, 2017

	Prestador privado	Prestador estatal
Satisfecho*	47,8%	36,7%
Ni satisfecho ni insatisfecho	26,7%	28,5%
Insatisfecho*	27,5%	37,1%

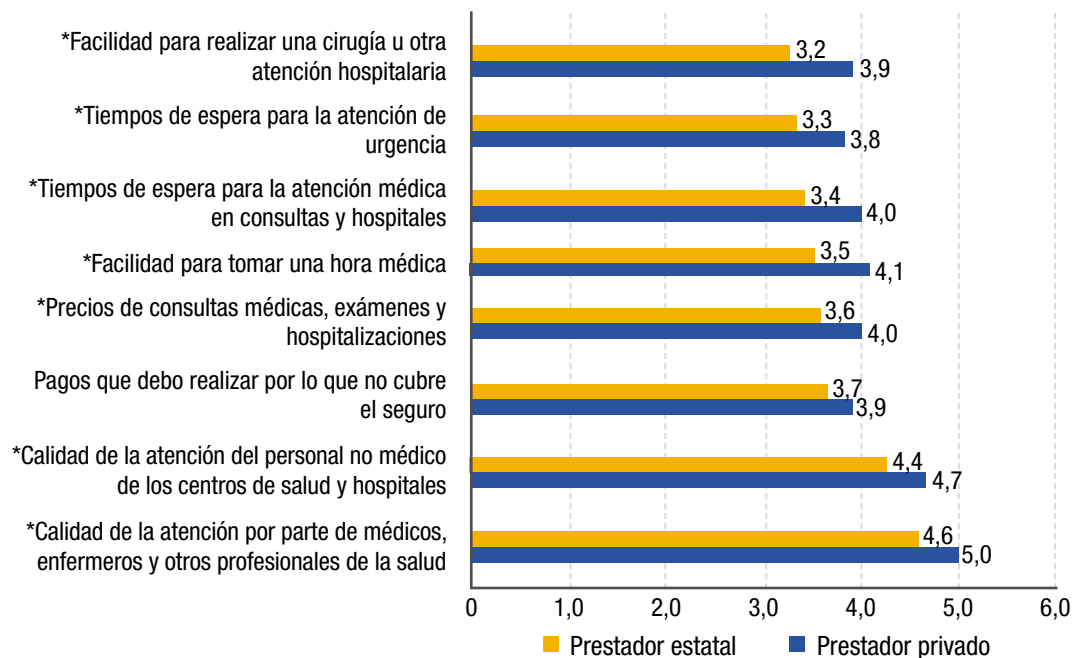
Nota: Asteriscos (*) marcan diferencias significativas al 95% de confianza (entre tipos de prestador). Excluye menciones no sabe/no contesta. Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta CEP N° 80.

Al desagregar los resultados por tipo de consulta, el 55,3 por ciento dice estar satisfecho con la atención que recibió la última vez que fue al doctor, el 58,5 por ciento con la última vez que se tomó un examen y el 54,8 por ciento con la última vez que tuvo que hospitalizarse.¹⁰ Nuevamente, existen diferencias a favor de los usuarios de prestadores privados (**ver Anexo**).

La encuesta CEP da un paso más, preguntando por los atributos referidos a la atención recibida (como facilidad para realizar una prestación, tiempos de espera en

urgencia, precios de consultas, entre otros), pidiendo a los usuarios ponerles nota (de uno a siete). Seis de los ocho atributos evaluados no “pasan de curso”, obteniendo valores inferiores a cuatro.¹¹ Al desagregar estas calificaciones según el tipo de prestador (**Gráfico 1**), se aprecia que, a pesar de las bajas valoraciones, existen diferencias significativas a favor de los prestadores privados en casi todos los aspectos, siendo más pronunciadas en los primeros cuatro aspectos, todos referidos a disponibilidad de servicios y tiempos de espera.

Gráfico 1: Evaluación de distintos aspectos de la atención de salud por tipo de prestador, 2017



Nota: Asteriscos marcan diferencias significativas al 95 por ciento de confianza entre tipos de prestador. Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta CEP N.° 80.

¹⁰ Estos porcentajes son bastante mayores que el 40,4 por ciento reportado en general como satisfacción con la atención recibida. Algo del efecto encontrado previamente para explicar las diferencias entre la satisfacción con el sistema de salud y la atención recibida se repite en este caso. En la medida en que la pregunta es más concreta, la satisfacción crece (González y Mackenna 2017).

¹¹ Calidad de la atención por parte de los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud y calidad de la atención del personal no médico de los centros de salud y hospitales obtienen notas mayores a cuatro, siendo estas de 4,7 y 4,5 respectivamente.



Al desagregar las calificaciones que ponen los usuarios a estos atributos según el tipo de seguro, se ve una alta correlación con las respuestas del **Gráfico 1**, lo que


probablemente responde a la alta relación entre estar en una isapre y el usar prestadores privados y entre estar en Fonasa y utilizar prestadores estatales.

REFLEXIONES FINALES

Existe un grupo relevante de la población que no está satisfecho con la atención que recibe en salud. La fragilidad a la que aluden las personas en esta materia tiene las siguientes dimensiones: financiera, ya que están enfrentados a gastos que provocan un problema en su presupuesto o que no pueden cubrir, y que limitan su acceso a los servicios; y de oportunidad en la atención, por la falta de disponibilidad y los tiempos de espera para recibir atención.

Para abordar este desafío, y avanzar en el acceso y cobertura universales en salud, se requiere asegurar que el uso de los servicios de salud no exponga “a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad” (OMS 2017). Según la encuesta CEP, uno de cada cinco entrevistados —quienes, además, son en mayor proporción los que más lo necesitan (los de peor estado de salud autodeclarado)— tuvo problemas financieros ya sea para acceder o para pagar servicios de salud.

Paolucci y Velasco (2017) intentan abordar este y otros aspectos con una propuesta de reforma, cuyos objetivos son: otorgar mayor asequibilidad (capacidad de pago) a las personas, respetando sus preferencias (libertad de elección), y mejorar la transparencia y competencia de los actuales esquemas de seguros, construyendo sobre lo existente. Esto último es relevante, ya que no parece necesario ni adecuado realizar un cambio radical. En efecto, los datos de la encuesta muestran, en primer lugar, que los satisfechos superan a los insatisfechos en cuanto a la atención de salud recibida. En segundo lugar, tanto la satisfacción con el sistema de salud como la percepción de cobertura muestran



El 32,2 por ciento de las personas declara estar dispuesta a pagar mayores impuestos para mejorar la atención en salud, cifra que en 2011 era de 20 por ciento.

algún grado de mejoría entre 2011 y 2017 [a pesar del clima negativo que se manifiesta en los medios de comunicación masiva y que afecta cómo las personas perciben la satisfacción de los demás, en este caso, respecto del sistema de salud (González y Mackenna 2017)]. En tercer lugar, existe valoración por parte de las personas a la existencia de diversas aseguradoras, la que se manifiesta en que una proporción quisiera poder cambiarse entre los diferentes esquemas.

Bajo la propuesta de Paolucci y Velasco (2017), todas las aseguradoras (estatales y privadas) deberán ofrecer un paquete de beneficios estándar (de calidad mínima definida) y aceptar a todos los beneficiarios. Se plantea la eliminación de los copagos y su reemplazo por deducibles (para evitar el sobre-aseguramiento de quienes prefieren contar con un plan de salud más barato, pero con mayor deducible). Cada aseguradora determinará las primas de los planes según el riesgo de cada persona. Para garantizar asequibilidad, se plantea la entrega de subsidios ajustados al riesgo de cada persona (es decir, según su gasto esperado en salud), los que serían financiados con contribuciones salariales y con impuestos generales. De esta manera se intenta, por una parte, cerrar las

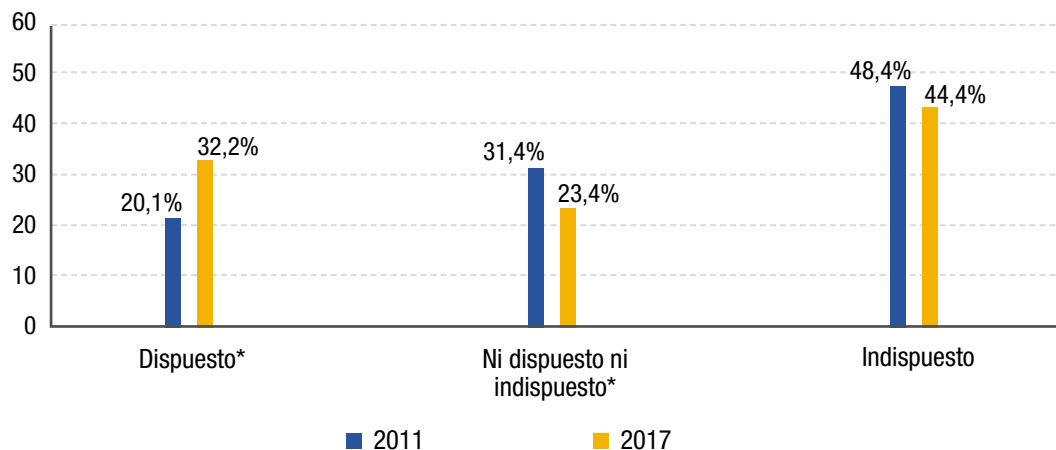


brechas de cobertura económica y, por otra parte, mejorar el acceso a quienes hoy, por problemas financieros o por estar enfermos (tener una preexistencia), no pueden acceder a seguros privados.

En relación con una reforma de los seguros, es interesante notar que la disposición por parte de las personas a financiar una mejor atención en salud ha crecido en

comparación con 2011, especialmente, por parte de los usuarios de isapre. En efecto, el 32,2 por ciento de las personas declara estar dispuesta a pagar mayores impuestos para mejorar la atención en salud, cifra que en 2011 era de 20 por ciento (**Gráfico 2**). Al desagregar por tipo de seguro, las proporciones son de 53 por ciento en isapres y 28 por ciento en Fonasa.

Gráfico 2: Disposición a pagar impuestos para mejorar el nivel de atención en salud, 2011 y 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas CEP N° 65 y 80.

Nota: Asteriscos marcan diferencias significativas al 95 por ciento de confianza.




Por otra parte, se requiere mejorar la calidad y oportunidad de la atención, aspectos también relevantes para concluir respecto al estado del acceso y cobertura universales. En este caso se encuentran diferencias importantes según el tipo de seguro con que cuenta cada usuario (Fonasa o isapre) y el tipo de prestador al que visita (estatal o privado). Existe una alta coincidencia entre los aspectos peor evaluados por quienes son usuarios de Fonasa y de prestadores estatales, los que, principalmente, se quejan de la disponibilidad de los servicios y tiempos de espera. En isapre, se refieren a los pagos que se deben realizar que no cubre el seguro, tiempos de espera para la atención médica en consultas y hospitales y tiempos de espera para la atención de urgencia.

Considerando que dos tercios de los usuarios del sistema de salud se atienden en prestadores estatales y que estos últimos son consistentemente peor evaluados que los privados en todos los atributos señalados, pareciera ser necesario mejorar los servicios provistos por los prestadores estatales.

Algunos lineamientos de cambios para estos aspectos fueron expuestos en el trabajo conjunto de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Centro de Estudios Públicos (2017). Dicho esfuerzo parte del diagnóstico que existen espacios de mejora en la atención otorgada por los prestadores de salud estatales que, de resolverse, permitirían un mejor uso de los recursos (financieros, humanos, médicos, entre otros) y, por tanto, mayor capacidad de atención (menos listas de espera y mayor resolución de los problemas). Los problemas actuales, según los autores, responderían principalmente, a que la prestación de servicios de salud está en manos del Ministerio de Salud, quien, además, cumple el rol de supervisión de todo el sistema de salud. Lo anterior, primero, genera un conflicto de intereses para el ministerio,

al tener que evaluar su propia gestión y desempeño relativo a los hospitales. Al ser juez y parte, éste pierde objetividad e imparcialidad. Y, segundo, la administración de la atención en salud se politiza, puesto que un ministerio es una entidad entregada a la exclusiva confianza del gobierno. Ello dificulta mantener el carácter técnico en las decisiones y los procesos modernizadores. Algo similar ocurriría con Fonasa, según plantean los autores. Para abordar dichos problemas, se plantean algunas ideas como separar la función prestadora del Ministerio de Salud, dejándola en manos de una entidad autónoma y técnica, cuya única función sea velar por el buen funcionamiento de dichos prestadores; avanzar a que Fonasa funcione con lógica de seguro de salud, canalizando todos los recursos asociados a la atención de los usuarios, y que utilice mecanismos de pago más eficientes que permitan compartir riesgo y contener costos e implementar mecanismos que permitan acceder a la información clínica de los pacientes desde cualquier prestador.

En resumen, resolver los problemas del sector salud es una tarea que debe abarcar múltiples aristas, mejorar sólo una de ellas parece insuficiente. Por lo tanto, para que una reforma pueda generar los cambios que las personas esperan en el sistema, habría que, al menos, abordar los dos aspectos indicados: mayor acceso y cobertura de los seguros, y mejorar los servicios de los prestadores estatales.



Resolver los problemas del sector salud es una tarea que debe abarcar múltiples aristas, mejorar sólo una de ellas parece insuficiente.



REFERENCIAS CAPÍTULO 3

Bruzzo, S., Henríquez, J. y Velasco, C. 2018. “Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile”. *Punto de Referencia* N° 478. CEP, Santiago de Chile.

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Centro de Estudios Públicos. 2017. “Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales”.
https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20170706/asocfile/20170706104922/cep_udechile_propuesta_salud.pdf

González, R. y Mackenna, B. 2017. “¿De qué malestar estamos hablando?”, en: R. González (eds), *Informe Encuesta CEP 2016 ¿Malestar en Chile?*, Centro de Estudios Públicos.
<https://www.cepchile.cl/malestar-en-chile-informe-encuesta-cep-2016/cep/2017-06-27/093424.html>

OCDE. 2017. *Health at Glance 2017: OECD Indicators*, OECD publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Paolucci, F. y Velasco, C. 2017. “Reformando el sistema de seguros de salud chileno: Elección, competencia regulada y subsidios por riesgo”, *Debates de Política Pública N25*, Centro de Estudios Públicos.
https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20170906/asocfile/20170906105051/dpp_025_septiembre2017_paolucci_velasco.pdf

Superintendencia de Salud. 2016. *Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la superintendencia de salud*.
http://www.supersalud.gob.cl/porta/articles-14149_recurso_1.pdf

Ministerio de Salud. 2017. *Glosa 06. Lista de Espera No GES. Garantías de oportunidad GES retrasadas julio 2017*, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/07/Ord.-2525-Glosa-6-mes-de-Mayo_19072017_104944.pdf

Velasco, C. 2014. “Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile”, *Debates de Política Pública N3*, Centro de Estudios Públicos.
https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160304/asocfile/20160304100905/PPP_003_CVelasco.pdf

Prensa y sitios web

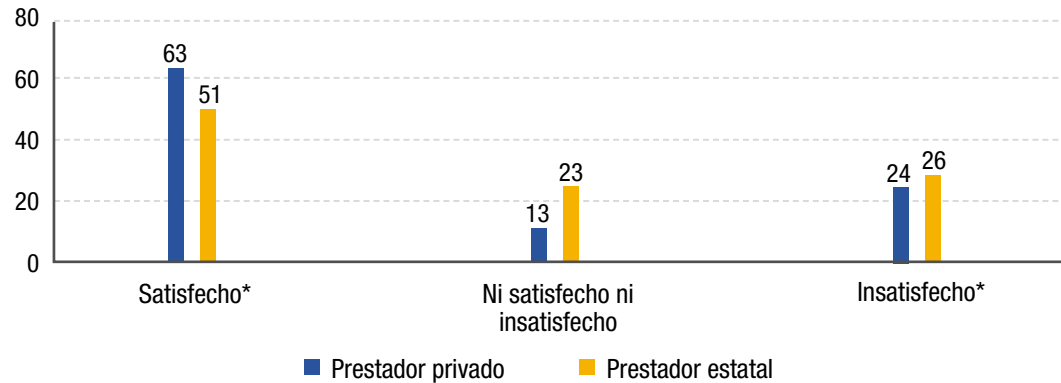
Organización Mundial Salud. 2017. I, *Cobertura Universal de Salud*, revisado el 20 de Septiembre 2017
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es

ANEXOS CAPÍTULO 3

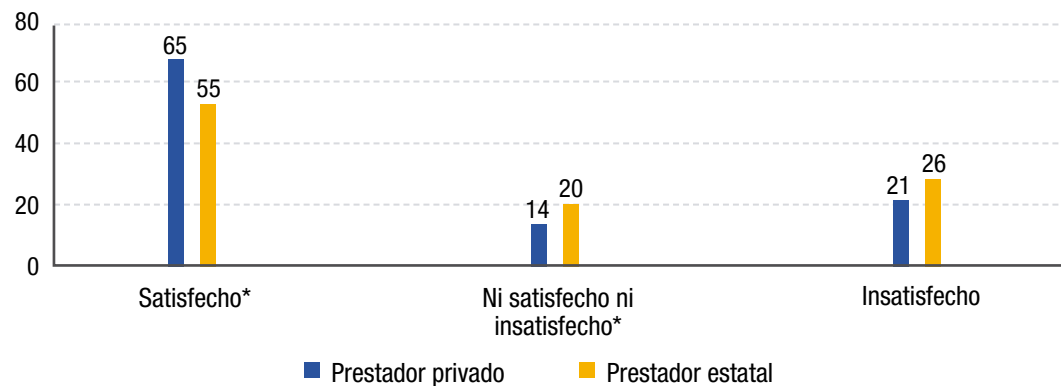
Satisfacción con el tratamiento recibido según tipo de prestador

Gráfico 1: Satisfacción con el tratamiento que recibió el su última consulta con un doctor, examen u hospitalización, 2017

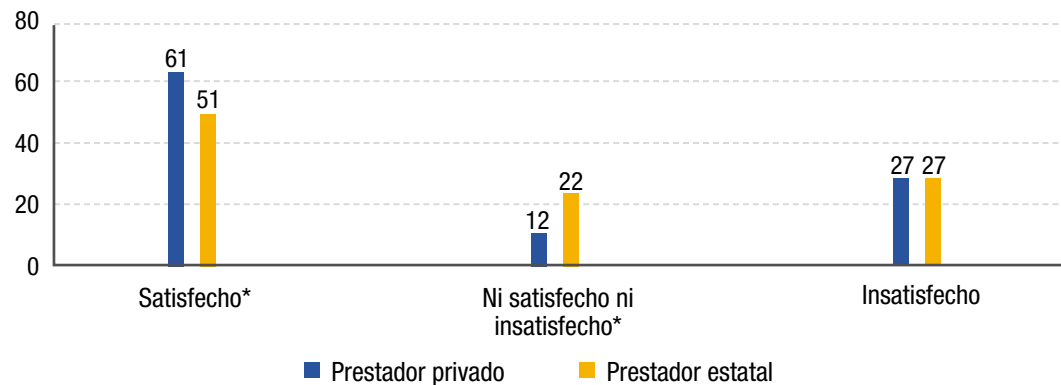
La última vez que fue al doctor



La última vez se tomó un examen



La última vez que tuvo que hospitalizarse



Nota: Asteriscos marcan diferencias significativas al 95 por ciento de confianza (entre tipos tipos de prestador).
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta CEP N° 80.