

# INDICADORES SANITARIOS CHILE - OECD

## 1. Resumen Ejecutivo

Los indicadores comparados de Chile con los países de la OECD que se muestran en este trabajo, nos dan una clara idea de las perspectivas socio demográficas, sus efectos en el gasto médico y las brechas que existen en salud. De las cifras analizadas, se puede concluir que los gastos en atenciones de salud crecen en la medida que un país alcanza mayores niveles de ingresos, que su población envejece y que se avanza en tecnologías médicas. En particular, los mayores ingresos permiten demandar más y mejor salud. El envejecimiento de la población, en tanto, conlleva a un mayor gasto sanitario, pues en la vejez no sólo se demandan más prestaciones, sino que también se enfrentan enfermedades más complejas, se viven más años con enfermedades crónicas (y comorbilidades), y en muchos casos existen niveles de discapacidad y de dependencia importantes. Por su parte, el avance en tecnologías médicas, si bien permiten solucionar eficientemente más enfermedades, lo hace, en la mayoría de los casos, a un mayor costo. En particular, diversos estudios infieren que la mitad (o más) del aumento del costo en prestaciones de salud se debe al factor de avance tecnológico.

A ello se debe agregar, además, que nuestro sistema de salud paga el subsidio por incapacidad laboral (SIL) proveniente de las licencias médicas originadas por enfermedades comunes, gasto que se ha elevado fuertemente por un mayor uso de licencias médicas y un aumento de las remuneraciones y topes imponibles de los trabajadores<sup>1</sup>.

Con todo, hacia adelante sólo podemos esperar que los gastos en salud sigan incrementándose, pues en Chile los cambios demográficos, sociales y tecnológicos seguirán produciéndose. Sin embargo, a lo anterior hay que sumar que una parte importante de indicadores sanitarios de Chile se encuentran lejos de los indicadores de la OCDE, por lo que es de esperar que deban acercarse en el tiempo. En particular, las estadísticas de salud de la OCDE muestran que nuestro país mantiene un **déficit importante en indicadores de salud relacionados con el cuidado y asistencia médica**, tales como el número de camas en hospitales, médicos por habitante o equipos médicos, lo que devela la necesidad de continuar aumentando la infraestructura prestadora de nuestro país, así como su capacidad técnica y de profesionales de la salud.

---

<sup>1</sup> El sistema previsional chileno tiene la particularidad que financia tanto las prestaciones de salud como las licencias médicas de enfermedades comunes, siendo ambos gastos de naturalezas muy distintas. En este estudio se aborda únicamente las presiones que existen sobre el gasto en atenciones médicas.

En síntesis, en materia de salud, por una parte, nuestro país presenta serios déficit en indicadores sanitarios en comparación a otras economías de ingresos medios-altos, y por otra parte, se encamina por la senda que siguen las economías más desarrolladas del mundo, donde existe un mayor envejecimiento de la población, mayores ingresos y acceso a tecnologías médicas más avanzadas. En este contexto, todo hace pensar que **en Chile el gasto en salud seguirá mostrando una tendencia al alza**, donde su población no sólo demandará más salud, sino que una salud que cada vez será mejor en tecnología, especialistas y en oferta de prestadores, por nombrar algunos.

## 2. La Presión Sobre los Costos de Salud en Chile

En Chile, los sistemas previsionales de salud –Fonasa e Isapres- deben enfrentar tanto el pago de las atenciones de salud de sus afiliados como el pago del subsidio por incapacidad laboral (SIL) proveniente de las licencias médicas originadas por enfermedades comunes. Ambos gastos, son de naturaleza distinta, por lo que los factores que inciden en su incremento también lo son.

En este estudio, nos centraremos en prever la tendencia que debiesen seguir los costos en atenciones en salud en nuestro país. Para ello, a continuación se expondrá una breve síntesis acerca de lo que la evidencia dice respecto a las variables que explican el incremento en los costos de salud. Luego, se expondrá como los indicadores sanitarios de Chile se encuentran en relación al resto de los países de la OCDE, para así poder sacar las conclusiones finales de este estudio.

### 2.1 Las Variables que Explican el Incremento en los Costos de Salud en el Mundo y de las Cuales Chile no está Exento

Las variables que explican el incremento en los costos de salud son comunes a todas las economías de ingresos medios y altos, por lo que nuestro país no debiese estar exento de este fenómeno. En particular, detrás de la **tendencia creciente en los costos de prestaciones de salud** están, el crecimiento económico (incremento del ingreso per cápita), el envejecimiento de la población y los avances tecnológicos, los que pueden afectar tanto el precio como la cantidad del gasto en prestaciones médicas.

Respecto al nivel de **ingresos del país**, diversos estudios muestran que en la medida que un país alcanza mayores niveles de ingresos, su población no sólo accede a más atenciones de salud, sino que también a prestaciones de mayor calidad y más especializada. Al respecto, si bien Chile se encuentra dentro de las economías de ingresos altos del mundo<sup>2</sup>, nuestros ingresos per cápita se mantienen muy por lejos el de las

<sup>2</sup> El Banco Mundial señala que Chile pertenece a la categoría de países de ingresos altos del mundo.

economías más desarrolladas<sup>3</sup>. Por lo tanto, a Chile le queda por avanzar en su senda de desarrollo y en la medida que lo haga su gasto en salud inevitablemente aumentará. En particular, la evidencia muestra que la proporción del PIB que se destina a salud crece al mismo tiempo que crece también el PIB, por lo que en términos económicos la salud sigue el comportamiento de un bien superior, es decir, su consumo aumenta conforme aumenta el ingreso (mayor acceso o uso).

En tanto, en la medida que un país **envejece** los costos de salud se ven presionados al alza, puesto que las personas mayores se enferman más y muchas veces esas enfermedades se prolongan y/o se transforman en crónicas y, por lo mismo, su consumo en medicamentos y atenciones médicas es muchísimo mayor. Esto, sin contar con que en muchos casos, la vejez trae consigo niveles de discapacidad y de dependencia importantes. En este contexto, la vejez afecta los costos a través de una mayor y creciente intensidad de uso de las atenciones en salud<sup>4</sup>, pero también es necesario el uso de tecnologías más caras para tratar enfermedades y/o discapacidades<sup>5</sup>.

En particular, Chile comenzó su proceso de envejecimiento en los años sesenta, momento en que la proporción de jóvenes comenzó a disminuir y la de adultos mayores a aumentar. Hoy la población chilena se encuentra transitando desde la adultez a la vejez, constituyendo los adultos mayores cerca de un 15% de la población. Por su parte, las naciones envejecidas de Europa, cuentan con cerca de un 30% de su población envejecida. Estimaciones del INE-CEPAL<sup>6</sup>, señalan que hacia el 2050 nuestra realidad será similar a la que enfrentan hoy naciones envejecidas de Europa. De esta forma, como Chile seguirá envejeciendo, inevitablemente sus costos en salud también aumentarán.

Por su parte, la **incorporación creciente y acelerada de nuevas tecnologías médicas**, es el principal factor que incide en el aumento de los costos en prestaciones de salud, las que pueden traducirse en nuevos medicamentos, intervenciones de vanguardia, más especialistas, mejores implementos, exámenes y equipos, entre otros. En particular, de los estudios que se han realizado, se puede inferir que cerca de la mitad del aumento del costo en prestaciones de salud, se debe a dicho factor de avance tecnológico. La entrada de estas nuevas tecnologías médicas, si bien conducen a un aumento del gasto en

---

<sup>3</sup> Según estadísticas de la OCDE (2015), Chile posee un PIB per cápita de US\$ 23.242 medidos a precios de paridad poder de compra (PPC), siendo el segundo país con el PIB per cápita más bajo de entre los miembros de la OCDE (promedio US\$ 40.815 PPC).

<sup>4</sup> En Isapres, en el año 2015 los beneficiarios menores a 60 años utilizaron en promedio 21 prestaciones, mientras que los mayores de 60 años utilizaron en promedio 60 prestaciones.

<sup>5</sup> En el año 2015, el 8% de la cartera Isapre correspondía a mayores de 60 años, y el 20% del monto facturado en prestaciones médicas era gastado por ellos.

<sup>6</sup> Fuente: INE/CEPAL. CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950- 2050. Serie de la Publicación (CEPAL): OI N° 208.2005.

salud de los países, en estricto rigor lo que hacen es profundizar las atenciones médicas (permite un mayor y mejor acceso a la salud), lo cual es positivo.

Por último, hay que mencionar que el hecho que las personas cuenten con seguros de salud (privado o público) conduce también a un aumento en el uso de atenciones médicas, ya que el precio que enfrentan es más bajo porque el seguro paga una proporción importante de este. En la literatura económica y de seguros este fenómeno se conoce como “moral hazard o riesgo moral”<sup>7</sup>.

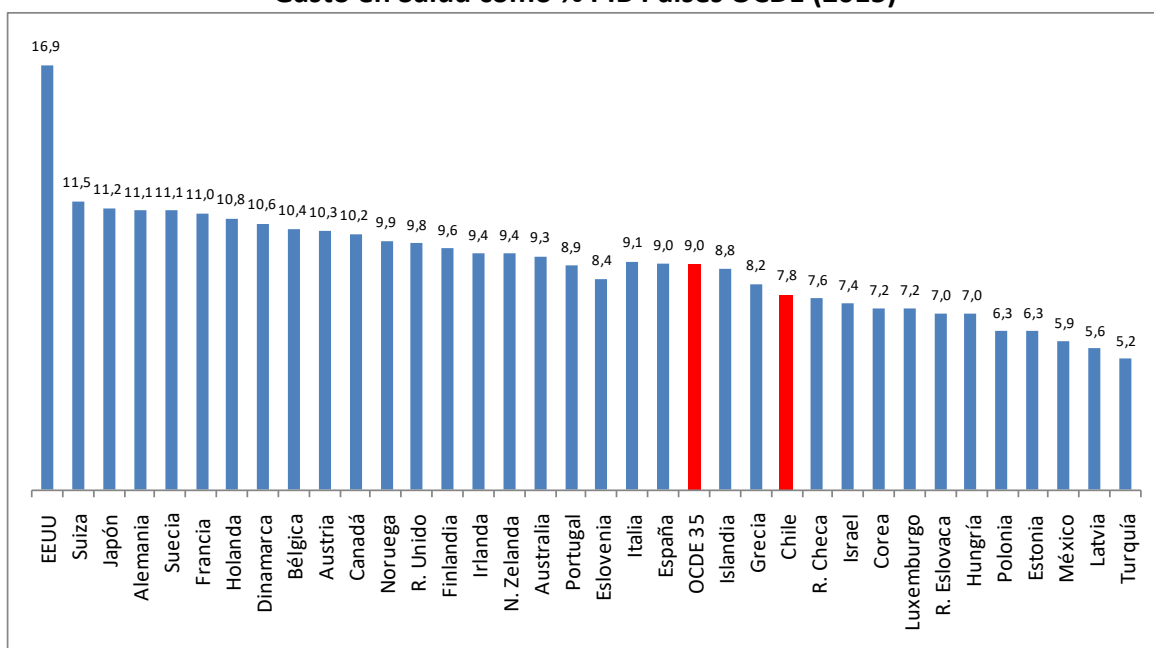
---

<sup>7</sup> Las Isapres u otros seguros médicos, no tienen injerencia en la relación médico-paciente, por lo tanto, no inciden en la variable “uso”, ya que la demanda por prestaciones depende exclusivamente de las decisiones del paciente y del médico que lo trata.

### 3. Estadísticas de la OCDE sobre Salud: Chile en Comparación<sup>8</sup>

En la última década (2005-2015), el gasto per cápita en salud en Chile ha crecido mucho más rápido (5,5% promedio real anual) que el promedio de los países de la OCDE (2,0% promedio real anual). No obstante ello, en Chile el gasto en salud como porcentaje del PIB (7,8%), aún se mantiene por debajo el promedio de los países de la OCDE (9,0%) y muy por lejos el gasto realizado por las economías más desarrolladas dentro de dicho grupo (Gráfico N°1), ubicándose en la posición 24 dentro de los 35 países pertenecientes a la OCDE<sup>9</sup>.

GRÁFICO N°1  
Gasto en Salud como % PIB Países OCDE (2015)



Fuente: OECD Health Statistics 2016

En otro ámbito, hay que reconocer que en Chile se han alcanzado importantes logros sanitarios en materia de salud materno-infantil, mortalidad, desnutrición infantil y expectativas de vida al nacer, así como se ha logrado una alta cobertura de inmunizaciones, agua potable y alcantarillas, lo que ha contribuido a mejorar la salud de las personas. Por eso, en materia de salud pública el país debe encaminarse hacia nuevos desafíos, de modo de alcanzar estándares sanitarios de países más avanzados, tanto en materia de recursos humanos e infraestructura para el cuidado de la salud, como en prevención y reducción de factores de riesgo para la salud, donde nuestro país ha sido

<sup>8</sup> Fuente: OECD Health Statistics 2016. Disponible en [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).

<sup>9</sup> En el año 2012 Chile ocupaba la posición 29 entre los 34 países miembros que habían en ese entonces. Latvia se incorporó el año 2015 a la OCDE.

**poco efectivo en reducir dichos factores de riesgo**, como el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo, ni se ha avanzado en incrementar el control sobre la salud de las personas para detectar a tiempo enfermedades, detener su avance y atenuar sus consecuencias, lo que afecta a toda la población del país.

En consecuencia, todo hace prever que los costos de salud se verán presionados no sólo por la vejez, los avances médicos y los mayores ingresos, sino que también por la búsqueda de mejoras en los indicadores sanitarios y calidad de los servicios. A Chile le queda mucho camino por recorrer para alcanzar los estándares sanitarios de las economías más desarrolladas del mundo, específicamente los relacionados con el personal e infraestructura para la atención de salud, así como en cuanto a acceso y calidad de los servicios clínicos y reducción de factores de riesgo para la salud. A continuación, analizaremos las brechas existentes entre Chile y los países de la OCDE en algunos indicadores sanitarios relacionados con atención de salud y factores de riesgo.

### 3.1 Brechas en Indicadores Sanitarios entre Chile y la OCDE

En el Cuadro N° 1 se presentan algunos indicadores sanitarios comparados, los que se construyeron utilizando la última información disponible publicada por la OCDE<sup>10</sup>. De dicho cuadro se desprende que **Chile mantiene tasas de mortalidad (estandarizadas por edad) algo menores al promedio de la OCDE**, y ha mostrado una tendencia a la baja en línea con lo observado en los países de la OCDE, siendo las principales causa de muertes en nuestro país las enfermedades al sistema circulatorio y tumores malignos. Por su parte, la tasa de mortalidad infantil en Chile (7 por 1.000 nacidos vivos) es la tercera más alta de la OCDE después de Turquía y México. Sin embargo, Chile ha avanzado mucho en reducir la mortalidad infantil en la última generación, siendo el tercer mayor avance de la OCDE<sup>11</sup>, y el país que presenta el menor índice dentro de Latinoamérica. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer en los últimos 10 años, se ha incrementado en 2 años en nuestro país, ubicándose en 79 años, algo por debajo el promedio de 80,9 años de la OCDE.

De lo anterior, se desprende que en términos de salud pública Chile se encuentra en buen pie, sin embargo, estos buenos resultados no se replican en materia de atención, tales como recursos humanos e infraestructura para el cuidado de la salud, ni en la realización de procedimientos clínicos, lo que lleva a déficits en entregas de atenciones de salud y conlleva a que los indicadores relacionados a la atención médica de la población se ubiquen por debajo el promedio de la OCDE y los factores de riesgo para la salud en Chile sean elevados.

En relación a los recursos para el cuidado de la salud, **en Chile el número de**

<sup>10</sup> Fuente: OECD Health Data 2016.

<sup>11</sup> Fuente: Society at a Glance. Chile. OCDE 2011.

**médicos y enfermeras por habitantes es bajo al compararse con los países de la OCDE.** En concreto, en el año 2014 en Chile había 2 médicos por cada mil habitantes, frente a un promedio de 3,3 en los países de la OCDE. Esta diferencia es más pronunciada en el caso de las enfermeras, donde en Chile hay 2 por cada mil habitantes mientras que en la OCDE hay 9 en promedio cada mil habitantes. No obstante, en los últimos 5 años<sup>12</sup> el número de médicos y enfermeras en Chile, aunque lento, se ha incrementado.

Asimismo, se observa que **el número de equipos médicos se ha incrementado en los años recientes, aunque todavía se ubican muy por lejos el promedio de la OCDE.** En efecto, en el año 2014 había 9 equipos de resonancia magnética por cada 1 millón de habitantes y 15 equipos de Tomografía Axial Computarizada (TAC) por cada 1 millón de habitantes, mientras que el promedio de la OCDE era de 18 y 25, respectivamente.

En cuanto a las atenciones de salud, **en Chile el número de consultas médicas y exámenes por personas también es bajo al compararse con el promedio de la OCDE.** En el caso de las consultas médicas, en Chile las personas consultan 3,5 veces al año un médico, mientras que el promedio de la OCDE es de 6,8. Hay que señalar, que en el caso de las Isapres, sus beneficiarios visitan en promedio 4,3 veces al año al médico. Por su parte, en Chile por cada mil habitantes se realizan 15 resonancias magnéticas y 75 TAC, mientras que en promedio en la OCDE se realizan 57 y 143, respectivamente. En el caso de las Isapres, las tasas de uso por cada mil beneficiarios se ubican por sobre el promedio de la OCDE, siendo de 85 para el caso de las resonancias magnéticas y de 160 para TAC.

En cuanto a los datos disponibles para **procedimientos quirúrgicos**, se observa que –con excepción de las cesáreas- **Chile también se queda atrás.** Por nombrar algunas de las cirugías del Cuadro N° 1, se tiene que en el año 2014 en Chile se realizaron 68 procedimientos cardíacos de revascularización (incluye angioplastia y bypass coronario) por cada 100 mil habitantes (64% correspondieron a angioplastias coronarias), mientras que en la OCDE se realizaron 219 de estos procedimientos por cada 100 mil personas. La misma tendencia se observa en cirugías como el reemplazo de caderas (33 versus 161) y cataratas (43 versus 775), procedimientos asociados a una población más envejecida, por lo que no es de extrañar que en naciones más desarrolladas (porcentaje mayor de ancianos) se observe un mayor número de este tipo de cirugías; aunque hay que tener presente que la tendencia en Chile debiese ir hacia allá en la medida que en nuestro país el número de adultos mayores se incremente. Por el contrario, Chile presenta una de las mayores tasas de cesáreas (45 por cada 100 nacidos vivos), ubicándose en el tercer lugar de entre los países de la OCDE (28 por cada 100 nacidos vivos).

En materia de riesgos para la salud, **en Chile cerca del 30% de los adultos reporta ser fumador diario** (2009 último dato disponible), lo que está muy por encima el promedio de la OCDE (21% en 2009 y 19,7% en 2014). En Chile, la tasa de fumadores más que duplica la tasa de países como Australia (13%) o Canadá (13%), donde la normativa

<sup>12</sup> La OCDE cuenta con cifras de médicos y enfermeras para Chile a partir del año 2010.

respecto al consumo de tabaco es muy rígida. No obstante, puede que en Chile los niveles de tabaquismo muestre una reducción si tuviésemos una medición más actual, luego de la entrada en vigencia de la ley antitabaco de 2013. Sin embargo, la falta de educación (conciencia) respecto a los problemas de salud que conlleva el tabaquismo, unido a una baja intervención de los equipos de salud para que sus pacientes dejen de fumar, nos hace pensar que aún falta mucho por hacer en Chile para reducir el consumo de tabaco, sobre todo el generar conciencia en los más jóvenes. Por último, enfermedades crónicas como la obesidad o la diabetes<sup>13</sup>, son cada vez más frecuentes en Chile y representan riesgos para la salud de nuestra población importantes.

Con todo, se observa que **en Chile los indicadores relacionados a recursos humanos, infraestructura y procedimientos clínicos se ubiquen por debajo el promedio de la OCDE y los factores de riesgo para la salud sean elevados**. Esta situación, conllevará inevitablemente en el mediano plazo a un deterioro de los indicadores del estado de salud de los chilenos y por tanto **es de esperar las políticas públicas avancen en estos aspectos, lo que si bien es positivo, contribuirá al alza de los costos de salud**.

---

<sup>13</sup> Utilizando datos de la Federación Internacional de la Diabetes (2013), se llega a que Chile es el país con la cuarta mayor prevalencia de diabetes (10%, ajustada por edad) de los 35 países de la OCDE (7,0%).

**CUADRO N°1**  
**Cuadro Comparativo de Indicadores de Salud entre Chile y la OCDE**

| Indicador                                                                                      | Chile        |             | Promedio OCDE              |                            | Posición entre países de OCDE* |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
|                                                                                                | 2014         | 2004        | 2014                       | 2004                       |                                |
| Estado de Salud                                                                                |              |             |                            |                            |                                |
| Esperanza de Vida al Nacer (Años)                                                              | 79,0         | 77,2        | 80,9                       | 78,1                       | 26 de 35                       |
| Tasa de Mortalidad Infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivo)                              | 7,0          | 8,4         | 4,0                        | 5,8                        | 3 de 35                        |
| Tasa de Mortalidad (tasas estandarizadas según edad por 100 mil hab)                           | 808,3 (2013) | 948,0       | 817,7 (2013)               | 960,9                      | 11 de 28                       |
| Mortalidad por Cáncer (tasas estandarizadas según edad por 100 mil hab)                        | 205,1 (2013) | 223,4       | 208,1 (2013)               | 233,7                      | 13 de 28                       |
| Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares (tasas estandarizadas según edad por 100 mil hab) | 234,7 (2013) | 291,1       | 299,2 (2013)               | 397,5                      | 15 de 28                       |
| Recursos para el Cuidado de la Salud                                                           |              |             |                            |                            |                                |
| Número de Médicos (por cada mil habitantes)                                                    | 2,0          | 1,4 (2010)  | 3,3                        | 3,1 (2010)<br>2,9          | 34 de 35                       |
| Número de Enfermeros (por cada mil habitantes)                                                 | 2,0          | 0,9 (2010)  | 8,9                        | 8,6 (2010)<br>8,1          | 34 de 35                       |
| Camas de Hospital (por cada mil habitantes)                                                    | 2,1          | 2,4         | 4,7                        | 5,5                        | 34 de 35                       |
| Equipos de Resonancias Magnéticas (por cada 1 millón habitantes)                               | 9,4          | 4,1 (2011)  | 17,9                       | 12,2 (2011)<br>8,0         | 22 de 31                       |
| Equipos de Tomografía Axial Computarizada (TAC) (por cada 1 millón habitantes)                 | 14,8         | 10,2 (2011) | 25,3                       | 22,8 (2011)<br>15,3        | 24 de 32                       |
| Atenciones de Salud                                                                            |              |             |                            |                            |                                |
| Consultas Médicas (por persona)                                                                | 3,5          | 2,8         | 6,8                        | 6,4                        | 30 de 32                       |
| Exámenes de Resonancia Magnética (por cada mil habitantes)                                     | 15,1         | 8,5 (2010)  | 56,9                       | 45,2 (2010)                | 29 de 30                       |
| Exámenes TAC (por cada mil habitantes)                                                         | 75,3         | 57,7 (2010) | 143,3                      | 113,1 (2010)               | 26 de 30                       |
| Procedimientos Quirúrgicos                                                                     |              |             |                            |                            |                                |
| Proced. Cardíacos de Revascularización (**) (procedimientos por cada 100 mil hab)              | 61,7 (2012)  |             | 219,3 (2013)               |                            | 30 de 31                       |
| Cirugía de Reemplazo Cadera (procedimientos por cada 100 mil hab)                              | 32,9 (2012)  | 11,7 (2007) | 161,2 (2013)               | 149,3 (2007)               | 31 de 32                       |
| Cirugía Cataratas (procedimientos por cada 100 mil hab)                                        | 42,5 (2013)  | 27,8 (2007) | 775,0 (2013)               | 614,9 (2007)               | 28 de 28                       |
| Transplante de Riñón (procedimientos por cada 100 mil hab)                                     | 2,7 (2013)   | 1,7         | 3,6 (2013)                 | 3,1                        | 23 de 30                       |
| Cirugía Cesárea (tasa por cada 100 nacidos vivos)                                              | 44,7 (2012)  | 30,6 (2006) | 27,6 (2013)                | 20,3 (2006)                | 3 de 32                        |
| Factores de Riesgo para la Salud                                                               |              |             |                            |                            |                                |
| Consumo de Tabaco entre Adultos (15+) (% de fumadores diarios)                                 | 29,8 (2009)  | 33 (2003)   | 21,0 (2009)<br>19,7 (2014) | 25,3 (2003)<br>24,8 (2004) | 2 de 35                        |
| Consumo de Alcohol entre Adultos (15+) (litros per cápita año)                                 | 8,0          | 7,8         | 8,9                        | 9,5                        | 25 de 35                       |
| Tasa de Obesidad entre Adultos (15+), medida (% población)                                     | 25,1 (2009)  | 24,5 (2003) | 19,3 (2009)<br>18,4 (2012) | 14,5 (2003)                | 6 de 29                        |

\* Los países están clasificados en orden descendente de valores. Los países miembros son 35. En el caso de indicadores de estado de salud y factores de riesgo entre más cercano a 1 en una posición peor se está, mientras que en el caso de indicadores de recursos para el cuidado de la salud, atenciones de salud y procedimientos quirúrgicos entre más cerca a 35 más alejados estamos del resto de los países.

\*\* Incluye angioplastia coronaria (39,2 procedimientos, el 64%) y bypass coronario (22,5 procedimientos).

Fuente: OECD Health Statistics 2016. Disponible en [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).

### 3. Conclusión

El déficit presente en los indicadores sanitarios chilenos y de atenciones de salud, unidos a cambios demográficos, tecnológicos y de ingresos en nuestro país, hacen difícil pensar que el gasto en salud no seguirá expandiéndose, por el contrario develan que la escalada en costos de salud será irreversible.

En particular, las cifras de la OCDE muestran que Chile presenta un déficit importante en indicadores de salud relacionados tanto en recursos humanos e infraestructura para el cuidado de la salud, como en procedimientos clínicos; lo que unido a factores de riesgos para la salud elevados, llevará a un deterioro del estado de salud de nuestra población si no se hace nada. En este contexto, se estima (y sería deseable) que las políticas de salud pública avancen en esta línea, por lo que es esperable que nuestro país deba seguir invirtiendo en infraestructura hospitalaria y capacitación de su personal médico, así como se incorporarán cada vez más tratamientos y equipos que impliquen tecnologías más avanzadas, a los que se sumarán cambios demográficos (envejecimiento) y sociales (ingresos, pacientes más exigentes, etc). Lo anterior, presionará tanto la demanda como la oferta de servicios médicos de nuestro país, elevando con ello los costos en salud, pues no se puede hacer mucho para evitarlos.

En particular, la demanda por los servicios médicos está siendo presionada por el incremento de los ingresos per cápita, el envejecimiento poblacional y un cambio general de los pacientes que están demandando más y mejor salud. Por su parte, la oferta de servicios médicos, cada vez son de calidad superior y, por tanto, en muchos casos más caros, producto de avances en la tecnología médica y de una mayor especialización, a lo que se sumará la necesidad de seguir incrementando el personal e infraestructura en salud. Todos estos factores son imposibles de revertir y menos de controlar (no podemos restringir el acceso a nuevas tecnologías, controlar precios, o restringir el acceso mediante listas de espera, por nombrar algunos), por lo que sólo podemos esperar los costos de las atenciones de salud sigan incrementándose.

En este contexto, para atenuar la escalada en los costos de atenciones, se necesita avanzar en derivar la mayor demanda en soluciones más costo-efectivas, lo que no implica afectar la calidad de dichas atenciones. En este sentido, las aseguradoras de salud deben trabajar en conjunto con los proveedores de salud y avanzar, como lo han hecho los países desarrollados, hacia mecanismos de pago donde el riesgo financiero sea compartido entre ambos, de modo que tanto aseguradoras como prestadores tengan incentivos para contener costos.

En tanto, sí bien es importante racionalizar el control de costos, esto no puede hacerse a costa de afectar la calidad de las atenciones. Por ello, es necesario que en Chile exista un evaluador de Tecnologías Sanitarias (ETESA), organización técnica e

independiente del gobierno, que entre otras funciones<sup>14</sup> verifique y genere indicadores de los resultados de los distintos prestadores. Un buen sistema de información respecto al desempeño/calidad de los prestadores, permite que los pacientes tomen decisiones informadas de acuerdo a sus preferencias. Esto por cuanto, una mayor contención de costos y cambios en los mecanismos de pagos conduce a un *trade off* entre libertad de elección del prestador y el costo de la atención.

Adicionalmente, se debiese avanzar en lograr que los pacientes se den cuenta que tienen un rol activo sobre el incremento de los gastos de salud y que el sobre uso de prestaciones (sin real necesidad médica) redunde en un aumento de costos, que en el caso del cotizante de Isapre se traduce en un ajuste de la prima de su plan de salud, mientras que en el caso de Fonasa, se traduce en un mayor aporte fiscal y en racionamiento mediante listas de espera.

---

<sup>14</sup> Su principal función es equilibrar costo efectivamente la demanda creciente de salud con la disponibilidad de recursos.