

## Sistema de salud en Japón y su énfasis en la protección de la salud oral: una comparación con Chile

### Oral health system in Japan: a comparison with Chile

Catalina Corso<sup>1</sup>, Antonia Olivares<sup>1</sup>, Sofía Bardi<sup>1</sup>, Amalia Niklitschek<sup>1</sup>, Verónica Grand<sup>1</sup>, Javiera Abarca<sup>1</sup>, Duniel Ortuño<sup>1</sup>

#### Resumen

Japón está compuesto por 126 millones de habitantes y corresponde a la tercera potencia económica mundial. El sistema de salud se basa en un único seguro obligatorio universal, con cobertura médica y odontológica. En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional ha sido un punto importante a considerar en la planificación de políticas públicas sanitarias. La eficiencia de este sistema ha sido punto de comparación con distintos países, no así con Chile. Por ello, el objetivo de esta revisión narrativa es comparar el sistema de salud oral chileno y japonés.

Se realizó una revisión narrativa utilizando los repositorios de revistas científicas *Science Direct*, y *PubMed*, así como publicaciones disponibles en páginas gubernamentales de Japón y Chile.

El seguro japonés prioriza la promoción de salud y prevención de enfermedades, enfatizando en la población más vulnerable. Al contrario, en Chile el sistema de salud tiene énfasis en la curación y rehabilitación. Japón ha adoptado un seguro debido a la transición demográfica y epidemiológica, para garantizar la sustentabilidad del sistema en el tiempo, modelo que podría ser aplicado en Chile; considerando el envejecimiento poblacional y la carga de enfermedades crónicas no transmisibles.

Ambos países tienen ventajas y limitaciones en los atributos de sus sistemas de salud. Chile tiene una Red integrada de servicios de salud y ha implementado políticas como GES. Japón tiene un sistema universal, más eficiente y equitativo. Las fortalezas del sistema japonés podrían implementarse en Chile, a través de nuevas políticas públicas que fortalezcan la salud del país, incluyendo la odontología.

**Palabras clave:** sistema de atención de salud oral; Japón; Chile; seguro de salud; promoción; prevención.

#### Abstract

Japan has a population of 126 million, and it is the third national economy in the world. The health system is on a single universal mandatory insurance, with medical and dental coverage. In the last decades, Japan has faced the ageing of its population, and this has been a relevant matter in the planning of public health policies. The efficiency of the health system has been a point of comparison in different countries, but not in Chile. Thus, the objective of this narrative review is to compare the Chilean oral-health system with the Japanese. A non-systematic review was made using Science Direct, PubMed repositories of journals and official Japanese and Chilean government pages. The Japanese healthcare insurance prioritizes health promotion and disease prevention, emphasizing the most vulnerable population. Conversely, Chile has a health system that focalizes on healing and rehabilitation. Japan has adopted insurance because of the demographic transition to guarantee the system's sustainability. Considering the increased ageing population and the non-communicable disease load, this insurance model could be applied in Chile.

Both Chile and Japan have advantages and limitations regarding the attributes of their health systems. Japan has a universal, more efficient, and equitable system. Chile should study the strengths of the Japanese system for its implementation of new public policies that strengthen the country's health, including dentistry.

**Keywords:** oral health care system; Japan; Chile; health care insurance; prevention; promotion.

Fecha de envío: 2021-05-21 - Fecha de aceptación: 2022-05-24

(1) Escuela de Odontología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile  
Autor correspondiente: drortuno@uc.cl



## Introducción

Japón es un país insular ubicado en el noreste de Asia, conformado por cuatro islas principales (Ministry of Foreign Affairs of Japan, 2016). Se encuentra en una zona de alto riesgo en cuanto a desastres naturales, tales como volcanes, sismos y maremotos (Shibayama *et al.*, 2012). Japón es la tercera potencia mundial económica con un producto interno bruto de 4.971 billones US\$. La principal fuente económica corresponde al sector terciario, que incluye el comercio financiero, transporte y telecomunicaciones, que representa el 72,7% del PIB en 2016 (Oficina económica y comercial de España en Tokio, 2017). Su población es de 126.264.931 habitantes en 2019, se distribuye mayoritariamente en zonas urbanas (91,62%) y está compuesta por un 51,2% de mujeres (The Global Economy, 2018). Tokio, su capital, posee la mayor densidad poblacional dentro de sus 47 prefecturas con 6.200 habitantes por kilómetro cuadrado (Ministry of Internal Affairs and Communications, 2018). La expectativa de vida en Japón es de 87,1 años en mujeres y 81 años en hombres (2016), siendo el promedio más alto a nivel mundial (Ministry of Internal Affairs and Communications, 2018). Los individuos de 65 años y mayores representan el 28,4% del total de la población japonesa (2020) (Ministry of Internal Affairs and Communications & Japan, 2021). Esta distribución poblacional, con tendencia a una pirámide invertida, es similar a las proyecciones establecidas para Chile en el año 2050 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018). La transición demográfica ocurrida en Japón ha traído aparejado una transición epidemiológica en la cual las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbimortalidad en adultos (Wu *et al.*, 2017).

En cuanto al sistema de salud, Japón destina un 10% de su PIB anual para su financiamiento. Este sistema presenta una cobertura sanitaria para toda la población desde 1961, mediante un único seguro médico basado en los empleados y en la comunidad, cubriendo la mayoría de los tratamientos médicos, odontológicos y farmacéuticos (Ikegami *et al.*, 2011). Dado el acentuado envejecimiento poblacional, en el año 2000 se inició un seguro adicional, "Long-Term Care Insurance" (LTCI), dedicado al cuidado integral del adulto mayor (Mizanur Rahman *et al.*, 2018).

Con respecto a la salud bucodental, se han implementado diversas políticas públicas para promoverla desde la década de 1980, incluyendo la campaña "80/20". Esta última busca que los adultos alcancen los 80 años con 20 o más dientes naturales (Mizanur Rahman *et al.*, 2018). Una de las principales causas de la pérdida de dientes son la enfermedad periodontal y caries, por lo que el sistema de salud ha incluido chequeos anuales en estudiantes de colegios para prevenir estas enfermedades (Mizanur Rahman *et al.*, 2018). En el año 2016 la cantidad de dentistas era de 104.533 y

existen 29 instituciones educacionales que imparten odontología (Ministry of Education Culture Sports Science and Technology, 2017).

Si bien existe evidencia de comparaciones del sistema de salud japonés con el de otros países, como Alemania (Nomura, 2008), no se ha realizado un análisis de las fortalezas y limitaciones con respecto a Chile, y menos en términos de odontología. Por ello, el objetivo de esta revisión es comparar el sistema de salud japonés con el chileno, con énfasis en las implicancias odontológicas.

## Metodología

Se realizó una revisión de la evidencia en base a la búsqueda de información disponible, en la base de datos *Science Direct* y buscador *PubMed*. Además, se consultaron las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar japonés (MHLW) y la página de *Dental Practice Based Research Network Japan*. El objetivo de la búsqueda fue recuperar artículos de investigación sobre el sistema de salud japonés con énfasis en la salud oral, junto con reportes de gobierno de ambos países. Para la búsqueda en *PubMed* se utilizaron los términos de búsqueda *Medical Subject Headings* (MeSH) "Japan", "Oral Health-care", "Humans", "Health Cost", "Health insurance", "Dental care". No se utilizaron filtros adicionales a tiempo e idioma. Se elaboró una comparación de atributos propuestos por Tomar y Cohen (2010) para la evaluación de los sistemas de salud oral.

## Resultados

### Estructura y funciones

Japón tiene un sistema de salud mixto, con predominio público. Dentro del área odontológica, los profesionales particulares pueden prestar servicios de manera independiente, generalmente tratamientos no cubiertos por el seguro universal, como ortodoncia e implantes dentales, o prestar servicios al sistema público dentro de la garantía.

El Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (厚生労働省, MHLW) cumple el rol rector del sistema de salud japonés y establece los protocolos y legislaciones básicas a seguir por cada entidad. Las prefecturas y los gobiernos municipales son los que destinan fondos públicos para financiar la salud. Esto quiere decir, que Japón tiene una administración sanitaria descentralizada; tanto las prefecturas y municipalidades son las encargadas de establecer políticas en sus zonas geográficas, según las necesidades particulares de sus habitantes. El Estado y el MHLW se reúnen con las prefecturas y municipios ocho veces al año, desde 1999, para combatir problemas asociados a la descentralización, mejorando la comunicación e instaurando, a nivel nacional, medidas exitosas realizadas a nivel local (OECD, 2019).

En Japón, todos los ciudadanos deben estar cubiertos por el seguro único de salud, sin embargo, pueden elegir si usan las prestaciones o no. Este seguro garantiza acceso, oportunidad y protección financiera a los afiliados. Se divide en dos categorías, el seguro del trabajador y el seguro nacional que cubre a la población no trabajadora. Los pacientes tienen un copago de acuerdo a su rango etario el cual

nunca excede el 30%; sin embargo, existen excepciones: los menores de 6 años que aún no asisten a la escuela tienen un copago de 20%, mientras que los adultos mayores a 65 años contribuyen con un copago del 10%. Los prestadores de servicios de salud son los hospitales, clínicas, consultas privadas y farmacias (Ministry of Health Labour and Wealfare, 2011; Zaitzu *et al.*, 2018) (Figura 1).

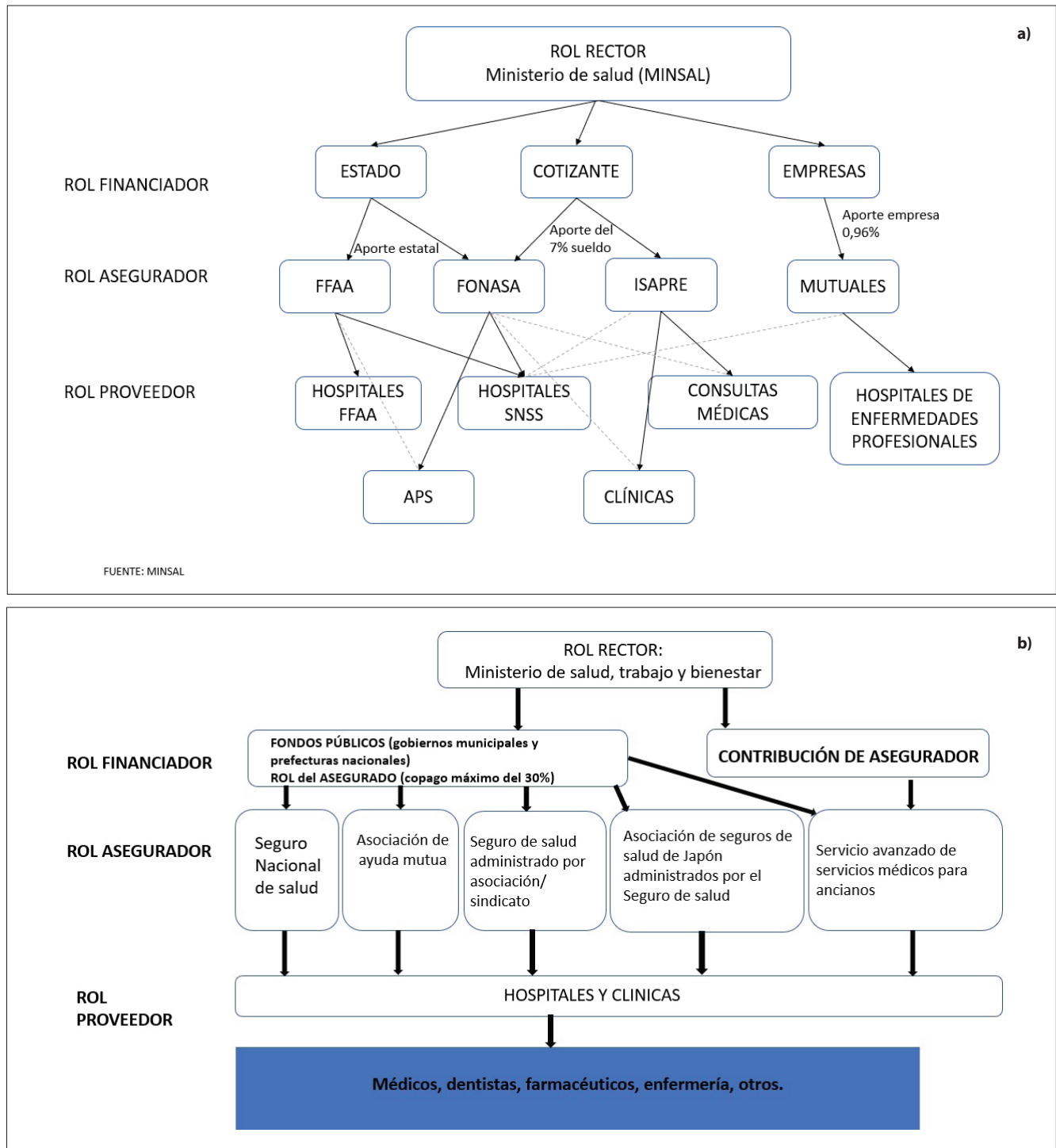


Figura 1: Estructura de los sistemas de salud chileno y japonés.

Para todos los usuarios del seguro existe un límite monetario fijo mensual. El monto máximo se fija de acuerdo a un nivel estándar y a niveles de ingresos. Si el costo de la o las atenciones excede el límite mensual, el exceso será cubierto por la aseguradora, quedando como deuda pendiente. Para esto, el seguro cobrará mensualmente un monto definido hasta completar la deuda, con el fin de alivianar la carga financiera del asegurado (Ministry of Health Labour and Wealfare, 2011).

### Sistema de salud universal

El seguro universal de salud cubre la mayor parte de los tratamientos médicos, odontológicos y gastos farmacológicos requeridos por los usuarios de este servicio (Zaitzu *et al.*, 2018). Las cuatro características principales del seguro de salud son:

- a. Entregar cobertura a todos los ciudadanos.
- b. Libertad de elección de la institución médica por parte del usuario.
- c. Servicios médicos de alta calidad a bajo costo.
- d. Ser un seguro basado en el sistema de seguridad social, ya que el gasto del subsidio público se utiliza para mantener la cobertura universal de este (Ministry of Health Labour and Wealfare, 2011).

Además, en el año 2000, Japón instauró un sistema de seguro social obligatorio de atención a largo plazo: LTCL. Este busca promover la autonomía de las personas mayores y el acceso a servicios de alta calidad, cuando y donde sea necesario. Estas atenciones se convirtieron en un derecho para todos los mayores de 65 años. El LTCL cubre servicios sociales basados en la discapacidad física y mental, determinados en seis categorías de necesidad. Además, incluye atenciones públicas en los asilos de ancianos y en el hogar particular, que el seguro universal existente no cubre (Tsutsui & Muramatsu, 2007; Zaitzu *et al.*, 2018)

### Integrado

Japón tiene un sistema que vela por el bienestar de toda su población, tanto en el área biológica, psicológica y social de cada grupo etario. En el artículo número 25 de su Constitución, se establece que "todas las personas tendrán derecho a mantener los estándares mínimos de vida sana y culta. En todas las esferas de la vida, el Estado utilizará sus esfuerzos para la promoción y extensión del bienestar social, la seguridad y la salud pública" (Mizanur Rahman *et al.*, 2018).

### Énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad

El sistema de salud japonés tiene un alto enfoque en la promoción de salud y prevención de enfermedades, ya que considera más efectiva la implementación de intervenciones antes de padecer problemas de salud. Esto se evidencia en campañas como "Healthy Japan 21" (HJ21) implementada el año 2000, cuyos objetivos son prevenir ECNT, extender la expectativa de vida y mejorar la salud física y mental con metas para el año 2022. Estas incluyen indicadores de salud oral como prevención de caries y enfermedad periodontal, entre otras (Zaitzu *et al.*, 2018).

Debido al aumento del envejecimiento de la población, el gobierno implementó la campaña "80/20", para fomentar la retención de dientes naturales a lo largo de la vida y promover la importancia de la función masticatoria (Shinsho, 2001). Se evidenció un progreso drástico de la salud oral de los adultos mayores debido a esta campaña, la cual culminó con su integración a las políticas públicas de salud en la ley "Act on the promotion of Dental and Oral Health" en 2011 (Japan Dental Association, 2011). En los centros de salud también se promueven programas de función oral para adultos mayores como ejercicios de lengua o masajes de glándulas salivales (Zaitzu *et al.*, 2018).

De acuerdo a la ley "Industrial Safety and Health Act", los empleadores de compañías con sobre 50 trabajadores deben proveer controles anuales médicos para todos sus empleados, la cual no incluye examen oral (Industrial Safety and Health Act, 1972). Solo los empleados que trabajen en ambientes con productos ácidos reciben chequeos dentales cada 6 meses para prevenir la erosión dental. Además, las municipalidades proveen programas de examen para la enfermedad periodontal para los adultos, pero la tasa de participación es baja, un 10-15% (Zaitzu *et al.*, 2018). Se evidencia un énfasis en la prevención y promoción en niños y adolescentes; de esta forma, se busca disminuir la carga de enfermedades en la etapa adulta y, por lo tanto, se genera una mayor eficiencia en el gasto en salud. Se han implementado programas nacionales sin costos para niños en edad preescolar que incluyen controles físicos, médicos y dentales (Zaitzu *et al.*, 2018).

Además, existen centros de salud pública (保健所, *Hokenjo*), los cuales, dentro de sus funciones presentan prevención de enfermedades y promoción de salud. Algunos de sus objetivos son proveer consultas, guías y controles de salud para madres, infantes y bebés, apoyo financiero en salud, servicios de prevención de enfermedades

infecciosas y promoción de un ambiente saludable (Tokyo International Communication Committee, 2006). Junto con el examen oral, se realiza educación a madres y niños, la cual cubre hábitos orales saludables, consulta nutricional e instrucción de cepillado. Además, se realiza aplicación tópica de flúor para prevención de caries y fluoruro diamino de plata al 38% para aquellos que la requieren (Zaitzu *et al.*, 2018).

También, se designa un dentista en cada escuela pública primaria, secundaria y secundaria superior, el cual es responsable de realizar un examen oral para cada estudiante al menos una vez al año y de implementar actividades de educación oral en la escuela. El contenido de la educación en salud oral depende de cada escuela, pero generalmente incluye la prevención de caries y gingivitis. Se puede llevar a cabo por dentistas, higienistas dentales, enfermeras o profesores del colegio (Zaitzu *et al.*, 2018).

### Salud basada en la evidencia

Uno de los objetivos del sistema de salud japonés es analizar evidencia científica del cuidado y salud oral para aumentar la expectativa de vida saludable y formular políticas de salud basadas en dicha evidencia (World Health Organization, 2015).

En Japón se desarrolló una red de investigación interdisciplinaria internacional, llamada *Dental Practice Based Research Network Japan* (JDPBRN). Su objetivo principal es mejorar la salud, incluyendo la salud bucal de la población a través de la mejora de la práctica dental basada en la evidencia. Para esto se establecen redes internacionales de investigación con el fin de compartir información clínica entre profesionales, y obtener resultados beneficiosos en la práctica, divulgando estos al mundo. La JDPBRN también contiene guías de práctica clínica (GPC), orientadas a tratamiento de caries, prevención de otras enfermedades orales y promoción de salud (Kakudate *et al.*, 2013; Kyushu Dental College, 2020).

En Japón existen sociedades de dentistas especializados que publican sus GPC validadas por el MHLW. A la fecha existen 15 GPC odontológicas disponibles de enfermedades orales (Kakudate *et al.*, 2017). Vigilancia del estado de salud bucal de la población y sus necesidades

El MHLW realiza encuestas de salud oral específicas cada cinco años, las cuales vigilan los cambios en patrones de salud a nivel poblacional. En cuanto a salud oral, las encuestas han demostrado que sus niveles han aumentado a través del tiempo:

- a. Prevalencia de caries en dientes temporales en niños de 5 años: en 1957 era de un 94,5%, disminuyendo en un 39% al 2016.

- b. Índice COPD en niños de 12 años: en 1985 el promedio era 4,6 COPD y en 2016 el promedio disminuyó a 0,8 COPD.

- c. Número de dientes naturales en boca de 65 a 74 años: se evidencia un incremento de un 10,1 a 20,8 dientes naturales entre 1957 y 2016 (Zaitzu *et al.*, 2018).

### Sistema efectivo

Desde el 2011 Japón cuenta con un sistema de salud de emergencias ante catástrofes, el cual incluye la salud dental. El rol de los dentistas es identificar a víctimas a solicitud de la policía, proveer de tratamiento de emergencia dental, cuidado oral a personas vulnerables, entregar educación sobre salud oral y materiales para la promoción de esta. Además, la asociación japonesa de dentistas e higienistas proveen de programas de entrenamiento a sus miembros. La odontología de desastres es incluida actualmente en las mallas curriculares de las escuelas de odontología (Zaitzu *et al.*, 2018).

En relación a la cobertura, Japón ha implementado sistemas tele-odontológicos en su base Showa en la Antártica, debido a que no hay acceso a atención odontológica. La *Tokyo Medical and Dental University* lleva a cabo conferencias entre doctores y el equipo de investigación de la Antártica, utilizando cámaras intraorales y sistemas de televisión. El gobierno espera que estos sistemas puedan expandirse a zonas rurales para aumentar la cobertura en salud oral (Zaitzu *et al.*, 2018).

### Sistema costo-efectivo

El principal logro en materias de salud de Japón, en los últimos 50 años, es haber asegurado una buena salud de la población a bajo costo. El sistema de salud regula los precios, de manera que los pagos de bolsillo de los pacientes sean bajos, por tanto, accesibles a las prestaciones de salud. Además, el LTCI es beneficioso tanto desde el punto de vista económico como en su alcance en la población, ya que todo ciudadano de 65 años o más, es beneficiado con un 90% de cobertura en los servicios de salud independiente de su nivel socioeconómico. Esto último incluye prestaciones odontológicas como visitas del higienista dental y odontólogo al domicilio y educación en cuanto al mantenimiento de la salud (Zaitzu *et al.*, 2018).

### Sustentabilidad

En 2005, Japón desarrolló un sistema sustentable de cuidado a largo plazo (Tsutsui & Muramatsu, 2007). No obstante, se encuentra en riesgo debido al envejecimiento poblacional y a los cambios en los patrones de empleo provocando, en los planes de salud, una inequidad en la composición de ingresos y edades. Por ejemplo, el 60% del gasto en salud general se concentra en los mayores de 65 años, que corresponden al 27% de la población total (Zaitzu *et al.*, 2018).



Japón ha desarrollado tres propuestas para mantener la sustentabilidad de su sistema de salud: *Community-based Integrated Care System*, *Long Life Health Care System* y una reforma al LTCI. Esta última busca aumentar el copago de mayores de 65 años con altos ingresos, del 20% al 30%, e implementar un sistema de pago con carga proporcional al ingreso (Ministry of Health Labour and Welfare, 2008, 2017).

Uno de los cambios que ha sufrido la economía japonesa estructuralmente corresponde al aumento de trabajadores irregulares, de un 18% en 1988 a un 34% en 2010. Aquellos que no trabajan más de tres cuartos de una jornada completa, no pueden acceder a los planes de empleados. Esto tiene como consecuencia, la disminución de personas inscritas en el seguro de salud (Ikegami *et al.*, 2011).

### Sistema equitativo

El plan de salud universal japonés permitió la aplicación de la misma escala de tarifas para los planes de salud en la mayoría de los prestadores, manteniendo la equidad del sistema. Esto se evidencia en la tasa de copago, la cual es igual para todos, a excepción de niños y ancianos. La igualdad se ha mantenido gracias a la subvención con cargo de los ingresos generales a los planes de salud, siendo mayor la subvención para personas de bajos ingresos (Ikegami *et al.*, 2011).

La inequidad en salud de Japón se debe mayoritariamente a la distribución geográfica que presenta el país. Esto se evidencia en la prevalencia de caries y número de estas en dientes temporales (Zaitsu *et al.*, 2018). Así mismo, se observa inequidad en la distribución de odontólogos entre las prefecturas. No obstante, entre 1996 y 2014, Japón experimentó un cambio en la distribución geográfica de sus odontólogos, lo que se evidencia a través del coeficiente Gini, el cual pasó de 0,084 a 0,069. Además, las mujeres de la profesión presentan una distribución más inequitativa que los hombres, dado que su coeficiente Gini varía entre 0,124 y 0,144, mientras que el de los hombres se observa entre los valores 0,058 y 0,081 (Morita *et al.*, 2019).

### Sistema comprensivo

Para evaluar los logros y el desempeño de Japón en la campaña nacional HJ21, se utilizan datos de la encuesta nacional de salud. Desde el 2012 se realizan otras encuestas cada 4 años, las cuales tienen como objetivo ampliar la cantidad de personas y zonas geográficas encuestadas. Además, las prefecturas también realizan sus propias encuestas de manera independiente para tener mayor certeza de lo que ocurre a nivel local, debido a que las desarrolladas a nivel nacional no reflejan la realidad de las localidades. Estas encuestas no son estandarizadas, sino que cada prefectura se encarga de su creación y realización (OECD, 2019).

La población no percibe como un problema las listas de espera de las atenciones ambulatorias. Sin embargo, en urgencias los tiempos de demora pueden ser largos. Por otro lado, los tiempos de consulta suelen ser acotados, casi el 60% de los japoneses están menos de 10 minutos con los médicos (Esmail Nadeem, 2013).

### Sistema ético

La ley de la Promoción y Prevención de la salud dental tiene como objetivo asegurar una buena calidad de vida. Esta ley incluye los deberes de dentistas y pacientes (Japan Dental Association, 2011).

En relación a las investigaciones científicas en humanos como sujetos de estudio, se regulan a través de guías que protegen los derechos y dignidad de las personas; siendo relevante la protección de la información personal y teniendo consideración de sujetos vulnerables (Ministry of Health Labour and Wealfares, 2015).

Se presentan los componentes del sistema de salud de Chile(a) y del sistema de salud de Japón (b), estableciendo los roles rector, financiador, asegurador y proveedor para cada país. Se observa la estructura del sistema mixto chileno y, por otro lado, un sistema japonés mixto con predominio público. En Japón los prestadores de servicios de salud son los hospitales, clínicas, consultas privadas y farmacias (Fuente: Figura 1a, de MINSAL y Figura 1b de elaboración propia).

**Tabla 1:** Comparación de los atributos del sistema de salud: Chile versus Japón.

Atributo	Presencia del atributo en Japón	Presencia del atributo en Chile
Integrado	Si	Si
Vigilancia del estado de salud bucal de la población y sus necesidades	Si	Si
Énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Si	Si
Basado en la evidencia	Si	Si
Efectivo	Si	Si
Costo - efectivo	Si	Si
Sustentable	Si	Si
Equitativo	Si	No
Universal	Si	No
Comprensivo	Si	No
Ético	Si	Si

Se presenta una comparación de 11 atributos establecidos para la evaluación de los sistemas de salud oral en el mundo, de acuerdo a agencias internacionales (Tomar & Cohen, 2010). La proporción de cumplimiento de atributos en Japón fue de 100% (11/11), mientras que en Chile fue de 72,7% (8/11).

## Discusión

En esta revisión narrativa se encontraron atributos que definen el sistema de salud de Japón, con énfasis en el componente odontológico, los que serán comparados con el sistema de salud chileno (Tabla 1).

El acceso a la atención de salud es de carácter obligatorio tanto para Japón como Chile. En este último, el sistema de salud funciona a través de un sistema de afiliación, ya sea del subsistema público (FONASA) o privado (ISAPRES). Dentro del sistema de ISAPRES, la cobertura de estos seguros es relativa según el plan del adscrito. Por lo tanto, existen prestaciones y planes en salud que pueden no estar cubiertos (Larrañaga, 2000). Con respecto a la atención odontológica, esta no está garantizada para toda la población. Los programas de cobertura nacional, como las Garantías Explícitas en Salud (GES), poseen una priorización orientada a entregar cobertura de atención odontológica solo a los grupos más vulnerables de la población (Cantarutti & Véliz, 2019). Dado al funcionamiento del sistema de salud chileno, explicado anteriormente, este no es considerado universal. En Chile, único programa odontológico que se acerca a una cobertura de carácter universal es el GES Urgencia odontológica ambulatoria.

En Chile el sistema de salud es centralizado. El Ministerio de Salud (MINSAL) formula, fija y controla toda política de salud. Sin embargo, las municipalidades son las encargadas de la administración de los servicios de Atención Primaria en Salud (APS). Como estipula la Ley 19.378 de Atención Primaria de Salud Municipal, las municipalidades pueden tomar directrices autónomas, abarcando a una población muy escasa. Una buena medida, sería dar protagonismo a las municipalidades para que abarque tanto el subsistema público como privado, los cuales fragmentan el sistema de salud chileno. Esto último dificulta que toda su población reciba el mismo tipo de atención, haciendo del sistema de salud chileno no equitativo. Por otro lado, el sistema de salud japonés es descentralizado, por lo que podría implementar una red integrada como la que presenta Chile, llamada Redes integradas de servicios de salud y así lograr una mejor comunicación dentro de las prefecturas.

El tiempo de espera promedio en Chile es de 17 meses en el sector público de especialidades odontológicas (Fundación sonrisas, 2018), lo que contribuye a la inequidad de acceso. En cuanto a Japón no se encontró información respecto a las listas de espera odontológicas

general y de especialidades, lo cual podría estar explicado por limitaciones de idioma por parte de los autores. Si bien Japón presenta un sistema de salud equitativo, existen diferencias en la distribución geográfica de sus odontólogos (Morita *et al.*, 2019). Con respecto a Chile, a la fecha no existe registro de la distribución de sus profesionales a lo largo de su territorio (Moscoso-Matus & Espinoza-Santander, 2017). Ambos países deben implementar o mejorar su estrategia de distribución de personal odontológico para lograr una mayor equidad en salud oral.

Chile y Japón sufren desastres naturales. Japón implementó su propio sistema de emergencia odontológico, aunque requiere un protocolo de acción detallado sobre los roles de los profesionales. No obstante, es un ejemplo para Chile, ya que no existe ningún protocolo de salud dental que permita responder ante estas situaciones. Japón podría implementar su sistema tele odontológico más allá de su base en la Antártica, y así abarcar a la población con difícil acceso. En Chile, existe el Programa Nacional de Telesalud que incluye educación, medicina y asistencia; uno de sus objetivos es contribuir a mejorar el acceso y equidad en salud integral de las personas. También se incluye la teleconsulta ambulatoria odontológica, pero falta información sobre su efectividad y cobertura. Además, se ha implementado y lanzado el piloto de telepatología oral (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

El plan GES, en Chile, garantiza una atención a bajo costo de distintos tratamientos odontológicos. Para las atenciones no cubiertas por este plan, el gasto de bolsillo asociado a la salud bucodental es elevado, estableciendo barreras económicas para la atención de salud (Cantarutti & Véliz, 2019). Además, el financiamiento de la salud bucal sigue siendo insuficiente en APS, generando menos presupuestos para insumos y tratamientos en la población. La experiencia de Japón en la búsqueda de buena salud a bajo costo, a través del seguro universal de salud, es un ejemplo para el logro de una salud de calidad (Shibuya *et al.*, 2011).

Tanto en Chile como en Japón, la población ha envejecido en las últimas décadas, amenazando la sustentabilidad de ambos sistemas de salud. Por esta razón, Japón ha implementado el LTCl, un sistema que puede mantenerse en el tiempo y que se reforma constantemente. Sin embargo, se sugiere considerar la opinión de la ciudadanía en la elección de la reforma del sistema. Por otro lado, Chile ha implementado programas para la disminución del daño crónico asociado a enfermedades bucales, como el Programa sembrando sonrisas, Programa CERO, Programa hombres de escasos recursos, Programa Más Sonrisas para Chile, entre otros. No obstante, el desarrollo de programas no asegura la sustentabilidad del sistema ni la cobertura para toda la población.

Ambos países presentan leyes que regulan la ética profesional, como los deberes de dentistas y pacientes. Además, regulan las investigaciones; Japón lo hace a través de leyes y Chile mediante comités éticos, guiados por los estándares internacionales. Japón instauró un sistema basado en la evidencia, compuesto principalmente por grupos y sociedades de dentistas, las cuales se encargan de hacer publicaciones científicas y GPC (Kakudate *et al.*, 2017). En Chile las GPC están dirigidas bajo la tutela del MINSAL, el cual reúne diversos expertos para realizarlas, con el objetivo de estandarizar y facilitar la atención. Las investigaciones realizadas en conjunto por sociedades especializadas y el Ministerio de Salud, pueden facilitar el trabajo y hacerlo menos burocrático para ambos países. Por otro lado, se podría implementar un sistema en línea integrado, el cual permita corregir y actualizar constantemente las GPC. Esto debido a que el avance de la ciencia suele dejar obsoletas las guías al tiempo de ser publicadas.

En Chile, el sistema se focaliza principalmente en lo curativo; esto se evidencia en el plan GES. Por el contrario, el enfoque de Japón en los últimos años ha sido la prevención de enfermedades y promoción de salud, y así bajar los costos de atención y enfocar los gastos solo en la población enferma, o evitar que la sana enferme. Por otro lado, Japón evalúa sus programas de salud a través de las encuestas independientes realizadas por las prefecturas, lo cual impide la comparación entre ellas (OECD, 2019). En Chile, la manera en la que se mide el cumplimiento de los objetivos es a través de información agregada de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y Encuesta Nacional de Salud (ENS). En cuanto a lo anterior, las encuestas deben ser representativas a nivel nacional en Japón como lo son en Chile.

Un 54,7% de los japoneses sobre 60 años tienen periodontitis, un porcentaje bajo en comparación con Chile, donde el 97,6% de adultos sobre 65 años padecen esta patología (Ministerio de Salud de Chile, 2010a). No obstante, en Japón la salud periodontal requiere mayor difusión y enfoque preventivo en la población. En Chile se requieren más registros e indicadores de la periodontitis, además de incluirlos en la ENS. El MINSAL de Chile ha promovido la inclusión del Examen Periodontal Básico (EPB) (Ministerio de Salud de Chile, 2017) pero no es obligatorio. Con respecto al índice COPD en adolescentes chilenos de 12 años es de 1,9 en 2010, siendo considerablemente mayor al 0,8 japonés en el mismo grupo etario (Ministerio de Salud de Chile, 2010a). Para el año 2020, en Chile, se espera que esta cifra disminuya a 1,73 (Ministerio de Salud de Chile, 2010b).

En Japón se evidencia una menor cantidad de políticas públicas de promoción y prevención en salud en el rango etario de 20 a 60 años. La baja participación de los adultos podría deberse a que el

proyecto de salud oral japonés, para esta población, está basado en la responsabilidad, soporte y motivaciones individuales de cada ciudadano (Zaitzu *et al.*, 2018). En Chile la situación es similar en salud oral, donde el mismo rango etario queda excluido de los programas (Ministerio de Salud de Chile, 2010a). Ambos países podrían implementar políticas públicas para este rango etario.

A modo de conclusión, tanto Chile como Japón tienen ventajas y limitaciones en relación a los atributos de sus sistemas de salud. Japón tiene un sistema universal, más eficiente y equitativo. Las fortalezas del sistema japonés deben estudiarse para su implementación en Chile, a través de nuevas políticas públicas que fortalezcan la salud del país, incluyendo la odontología.

**Reconocimientos:** todos los autores contribuyeron en la concepción, escritura y revisión del manuscrito. Los autores no tienen conflictos de interés respecto a esta publicación.

## Referencias

- Cantarutti C. & Véliz C. (2019). Políticas públicas que favorecen la salud bucal: recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. Accedido en: [https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2019/01/Temas-de-la-Agenda\\_Nº-111-Salud-bucal.pdf](https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2019/01/Temas-de-la-Agenda_Nº-111-Salud-bucal.pdf) el 07 de septiembre de 2020.
- Esmail Nadeem. (2013). Health Care Lessons from Japan. Accedido en: <https://www.fraserinstitute.org/studies/health-care-lessons-from-japan> el 09 de septiembre de 2020.
- Fundación sonrisas. (2018). *¿Cuánto esperan las sonrisas de Chile? Análisis Lista Espera Odontológica*. Accedido en: <http://docplayer.es/150828022-La-lista-de-espera-odontologica-leo-representa-un-25-de-la-lista-de-espera-de-especialidades-no-ges-y-ha-aumentado-un-48-en-los-ultimos-7-anos.html> el 02 de octubre de 2020.
- Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, Matsumoto M, Ogata H, Babazono A, Watanabe R, Shibuya K, Yang BM, Reich MR. & Kobayashi Y. (2011). Japanese universal health coverage: Evolution, achievements, and challenges. *Lancet* **378**, 1106-15.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050*. Accedido en: <http://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/sintesis-estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-chile-1992-2050.pdf> 02 de octubre de 2020.
- Industrial Safety and Health Act, (1972) (testimony of Japan). Accedido en: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?printID=&vm=02&re=02&id=1926&lvm=01> el 20 de octubre de 2020.



- Japan Dental Association. (2011). Act concerning the Promotion of Dental and Oral Health. Accedido en: <https://www.jda.or.jp/en/concerning.html> el 04 de septiembre de 2020.
- Kakudate N, Sumida, F, Matsumoto Y. & Yokoyama, Y. (2013). The development of the Japanese dental practice-based research network. *Journal of Pakistan Dental Association* **21**, 162–163.
- Kakudate, N, Yokoyama Y, Sumida F, Matsumoto Y, Gordan VV. & Gilbert GH. (2017). Use of clinical practice guidelines by dentists: findings from the Japanese dental practice-based research network. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* **23**, 96–101.
- Kyushu Dental College. (2020). *Dental PBRN Japan*. Accedido en: <http://www.dentalpbrn.jp/category/1445777.html> 04 de septiembre de 2020
- Larrañaga, O. (2000). *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*. Repositorio.Cepal.Org. Accedido en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1598> 04 de septiembre de 2020.
- Ministerio de Salud de Chile. (2010a). Análisis de situación bucal en Chile. Accedido en <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Análisis de Situación Salud Bucal final pdf.pdf> 07 de abril de 2020.
- Ministerio de Salud de Chile. (2010b). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. Accedido en : <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc-96ca6de0400101640159b8.pdf> el 09 de abril de 2020.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales. Accedido en : [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23\\_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf) 18 de agosto de 2020.
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Programa Nacional de Telesalud. Accedido en : <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf> el 16 de mayo de 2020.
- Ministry of Education Culture Sports Science and Technology. (2017). Dental University Admission. Accedido en: <https://www.mext.go.jp/en/> 09 de mayo de 2020.
- Ministry of Foreign Affairs of Japan. (2016). Territorio japonés. Accedido en : <https://www.es.emb-japan.go.jp/politicaexterior/territory/data.html> el 16 de mayo de 2020.
- Ministry of Health Labour and Wealfares. (2015). Ethical Guidelines for Medical and Health Research Involving Human Subjects. Accedido en: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000080278.pdf> el 08 de mayo de 2020.
- Ministry of Health Labour and Welfare. (2008). Section 8. Establishing a Stable Sustainable Health Insurance System. <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw2/index.html> el 17 de mayo de 2020.
- Ministry of Health Labour and Welfare. (2017). Outline of the revision of the Long-Term Care Insurance System, etc. to strengthen the Community-based Integrated Care System in 2017-18. Accedido en: [https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcis\\_2017\\_e.pdf](https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcis_2017_e.pdf) el 08 de mayo de 2020.
- Ministry of Internal Affairs and Communications. (2018). Statistical handbook of Japan. Accedido en: <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/index.html> el 09 de abril de 2020.
- Ministry of Internal Affairs and Communications, & Japan. (2021). *Statistical Handbook of Japan 2021* (Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications, & Japan (eds.) Accedido en: <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/index.html> el 05 de abril de 2020.
- Mizanur Rahman M, Assistant Professor P, Nomura S, Professor A, Okamoto E, Yasunaga H, Kawakami N, Hashimoto H, Behavior S, Kondo N, Professor A, Krull Abe S, Palmer M, Ghaznavi C, Shibuya K. & Gilmour S. (2018). Japan Health System Review. *Japan Health System Review Health Systems in Transition* (Vol. 8, Issue 1). Accedido en: <http://apps.who.int/iris/el> 10 de abril de 2020.
- Morita T, Hashimura T, Senoo Y. & Tanimoto T. (2019). Trend in unequal geographical distribution of dentists by age and gender in Japan from 1996–2014. *Community Dental Health* **36**, 195–197.
- Moscoso-Matus K. & Espinoza-Santander I. (2017). *Odontólogos: ¿Cuántos somos y en que lugar de Chile ejercemos nuestra profesión? Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral* **10**, 75-76.
- Nomura, M. (2008). Dental healthcare reforms in Germany and Japan: A comparison of statutory health insurance policy *Japanese Dental Science* **44**, 109-117.
- OECD. (2019). OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris. Accedido en: <https://www.oecd.org/japan/oecd-reviews-of-public-health-japan-9789264311602-en.htm> el 09 de abril de 2020.
- Oficina económica y comercial de España en Tokio. (2017). Informe económico y comercial. Japón 2017. Accedido en: [http://www.iberglobal.com/files/2018-2/japon\\_iec.pdf](http://www.iberglobal.com/files/2018-2/japon_iec.pdf) el 10 de mayo de 2020.
- Shibayama T, Esteban M, Nistor I, Takagi H, Nguyen T, Matsumaru R, Mikami T, Ohira K. & Ohtani A. (2012). Implicaciones del tsunami de Tohoku del año 2011 para la gestión de desastres naturales en Japón. *Obras y Proyectos* **11**, 4- 17.

- Shibuya K, Hashimoto H, Ikegami N, Nishi A, Tanimoto T, Miyata H, Takemi K. & Reich M R. (2011). Future of Japan's system of good health at low cost with equity: Beyond universal coverage. *Lancet* **378**, 1265-73.
- Shinsho F. (2001). New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 Movement and Healthy Japan 21. *International Dental Journal* **51**, 200-206.
- The Global Economy. (2018). *Japón: Porcentaje de población*. Accedido en: [https://es.theglobaleconomy.com/Japan/Percent\\_urban\\_population/](https://es.theglobaleconomy.com/Japan/Percent_urban_population/) el 12 de abril de 2020.
- Tokyo International Communication Committee. (2006). Public health centers. Accedido : [https://www.tokyo-icc.jp/guide\\_eng/gov/02.html](https://www.tokyo-icc.jp/guide_eng/gov/02.html) el 12 de mayo de 2021.
- Tomar S. & Cohen L. (2010). Attributes of an ideal oral health care system. *Journal of Public Health Dentistry* **1**, S6-S14.
- Tsutsui T. & Muramatsu N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: Containing costs and realizing a vision. *Journal of the American Geriatrics Society* **55**, 1458-1463.
- World Health Organization. (2015). *Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity*. Accedido en: [https://www.who.int/oral\\_health/tokyodeclaration\\_final.pdf?ua=1](https://www.who.int/oral_health/tokyodeclaration_final.pdf?ua=1) el 12 de abril de 2020.
- Wu F, Narimatsu H, Li X, Nakamura S, Sho R, Zhao G, Nakata Y. & Xu W. (2017). Non-communicable diseases control in China and Japan. *Globalization and Health* **13**, 91.
- Zaito T, Saito T. & Kawaguchi Y. (2018). The Oral Healthcare System in Japan. *Healthcare* **6**, 79.