

financiamiento del desarrollo

La protección social en Chile El Plan AUGE: Avances y desafíos

Álvaro Erazo



NACIONES UNIDAS

CEPAL



financiamiento del desarrollo

La protección social en Chile **El Plan AUGE: Avances y desafíos**

Álvaro Erazo



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Sección de Estudios del Desarrollo

Santiago, julio de 2011



Este documento fue preparado por Álvaro Erazo, consultor de la Sección de Estudios del Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto "Social protection and social inclusión in Latin America and the Caribbean" (SWE/09/001), ejecutado por la CEPAL con el apoyo financiero de la Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). El autor agradece los valiosos comentarios de Daniel Titelman y Pablo Carvallo.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4197

LC/L.3348

Copyright © Naciones Unidas, julio de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Introducción	7
I. Período pre-reforma en Chile: años '80 y '90	9
A. Bases de la reforma financiera previa a la reforma AUGE	11
B. De la macro asignación de recursos a la micro asignación	13
C. Compromisos de gestión	15
D. Inicio de la reforma AUGE: El tercer gobierno y la decisión de estado.....	16
II. La reforma AUGE	19
A. El régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)	21
B. Rectoría en salud	22
1. Rol de aseguramiento y fiscalización	23
2. Rol de ejecución y provisión	24
III. Materialización del proyecto de reforma	27
A. El proceso de priorización.....	27
B. La función de compra.....	32
C. Verificación del costo esperado y la prima AUGE	33
1. Estimación de demanda y población	38
2. Procedimiento para la obtención de precios y costos.....	38
D. Principales resultados	39
E. Financiamiento AUGE: una opción incremental y no sustitutiva.....	41
F. Sistema de información, monitoreo y fiscalización de la reforma.....	43
IV. AUGE y su expresión en los seguros públicos (FONASA) y privados (ISAPRES)	49

A. Casos GES de FONASA e Isapres por tipo de atención en las redes de prestadores al año 2010.....	52
B. Comportamiento comparativo de garantías explícitas de afiliados en FONASA e ISAPRES	53
V. Conclusiones	55
Bibliografía	59
Anexos	61
Anexo 1 Recuadros.....	62
Anexo 2 Resumen de resultados costo ges total proyectado por beneficiario AF2005 sin y con ajustes	66
Anexo 3 Cuadros	67
Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	69

Índice de cuadros

CUADRO 1 PRINCIPIOS DE UN SISTEMA DE SALUD DESDE LAS PERSPECTIVAS INDIVIDUALISTA Y SOLIDARIA	17
CUADRO 2 LEYES DE LA REFORMA.....	22
CUADRO 3 TOPEs DE COPAGO SEGÚN BENEFICIARIO	35
CUADRO 4 SEGÚN NIVEL DE RESOLUCIÓN DISTRIBUCION CUMPLIMIENTO GARANTIA DE OPORTUNIDAD AUGE (ACUMULADO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2010).....	45
CUADRO 5 POR SERVICIOS DE SALUD (JURISDICCION TERRITORIAL)	46
CUADRO 6 POR PROBLEMAS DE SALUD	47
CUADRO 7 CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD	50
CUADRO 8 TASA DE USO EN FUNCION DE LOS CASOS GES ENTRE ENERO Y JUNIO 2010 ..	54
CUADRO A.1 INTERACCION ENTRE FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SECTOR SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.....	67
CUADRO A.2 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS). GASTO PÚBLICO EN SALUD	67

Índice de gráficos

GRÁFICO 1 INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD	10
GRÁFICO 2 ASPECTOS GENERALES DE LA REFORMA FINANCIERA EN SALUD	13
GRÁFICO 3 ALGORITMO DE PRIORIZACIÓN PLAN AUGE.....	30
GRÁFICO 4 DIAGRAMA DEL MODELO DE COMPRA PÚBLICA.....	33
GRÁFICO 5 RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO DEL COSTO ESPERADO GES POR BENEFICIARIO.....	37
GRÁFICO 6 PROYECCIÓN DEL COSTO ESPERADO GES POR BENEFICIARIO PARA 85 PS.....	40
GRÁFICO 7 EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2002-2009.....	41
GRÁFICO 8 PARTICIPACIÓN RELATIVA LÍNEAS DE FINANCIAMIENTO	42
GRÁFICO 9 CASOS GES FONASA ISAPRES POR TIPO DE PRESTADORES AL AÑO 2010.....	53
GRÁFICO A.1 COSTO GES POR BENEFICIARIO, DURANTE EL PERÍODO JULIO 2005- JUNIO 2008 (ESCENARIO: MAI CORREGIDO POR TODOS LOS FACTORES).....	66
GRÁFICO A.2 COSTO GES POR BENEFICIARIO, DURANTE EL PERÍODO JULIO 2005- JUNIO 2008 (ESCENARIO: MAI ORIGINAL).....	66

Índice de recuadros

RECUADRO 1 FORMALIZACIÓN DE METAS EN LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN ESPECÍFICOS	16
RECUADRO 2 EXTRACTO DE LA LEY 19.966	29

RECUADRO 3	VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO INDIVIDUAL PROMEDIO POR BENEFICIARIO DEL CONJUNTO PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS –2009	36
RECUADRO A.1	REQUISITOS PARA OBTENER LA CALIDAD DE ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED. ARTÍCULO 16 D.S. N° 38	62
RECUADRO A.2	ESTUDIOS DE PRIORIZACIÓN EN CHILE (PREVIOS A LA REFORMA).....	63
RECUADRO A.3	ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO POR BENEFICIARIO 2005	63
RECUADRO A.4	ESTUDIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL EN SALUD. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD PROPUESTAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS (2005)	64
RECUADRO A.5	ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO POR BENEFICIARIO DEL CONJUNTO PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS (2005)	64
RECUADRO A.6	ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO POR BENEFICIARIO DEL CONJUNTO PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS (2006)	65

Introducción

A poco más de cinco años de la entrada en vigencia de la Reforma a la Salud en Chile, surge la necesidad de realizar una reflexión en torno a los principales objetivos y principios que guiaron este proceso y una evaluación de los principales resultados en su implementación.

El desafío de las políticas públicas de conferir derechos sociales tiene una singular connotación en el marco de los sistemas de protección social, por cuanto involucra una modificación de los principios del sistema de salud chileno, reformado profundamente durante los años ochenta.

Hasta ahora los procesos de transformaciones se caracterizaron por avances graduales por la vía de ir reduciendo progresivamente la segmentación de las poblaciones, la exclusión y bajas coberturas. Uno de los logros más significativos fue el fortalecimiento del sistema público de la salud, y su respectiva ampliación de coberturas con una mayor equidad en el acceso.

El Acceso Universal de Garantías Explícitas, conocido como AUGE, es parte de un proceso de cambio sustantivo, antes que un intento aislado de adecuación del sistema de salud. Viene a instalar una lógica distinta, al extender las coberturas priorizadas social y sanitariamente y, en paralelo, incorpora a segmentos que estaban excluidos, dadas las barreras de acceso propias de los sistemas segmentados e inequitativos de salud.

En este proceso cobra especial relevancia contar con un Ministerio de Salud que aquilatando la experiencia de un Sistema Nacional de Salud se propone un nuevo rol de rectoría sanitaria. Por otro lado el desarrollo y

reposicionamiento del Seguro Público (Fondo Nacional de salud, FONASA), revierte su condición de caja pagadora, transformándose en una institución de alta calidad refrendado en múltiples estudios de opinión, logrando ejercer gradualmente un rol de seguro solidario, reaseguro y regulador competitivo en el proceso de reforma .

El presente documento aborda los fundamentos del proyecto de reforma desde su formulación original y los consensos que permitieron viabilizar el proceso legislativo y finalmente la implementación del AUGE. Se hace una evaluación general de los impactos en función de los principios que le precedieron, planteando a la vez aquellos aspectos no cubiertos por falta de consenso o que a la luz de la evidencia han demostrado la necesidad de incorporar en la agenda sectorial.

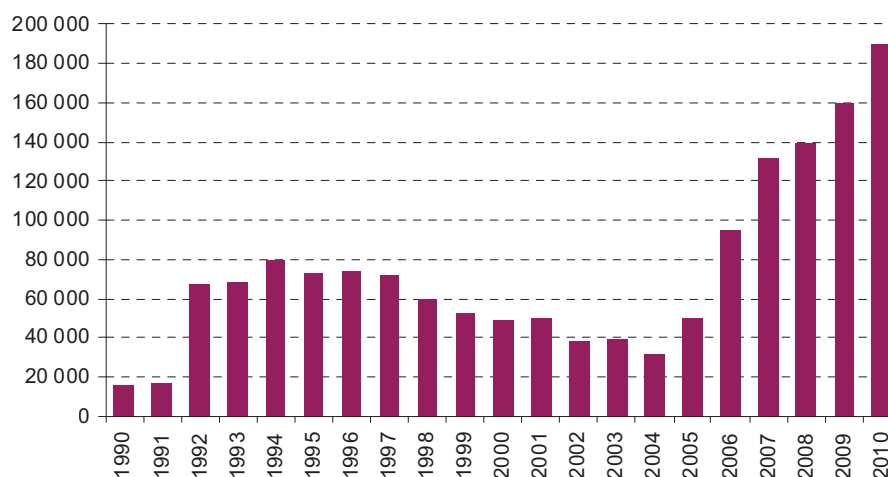
I. Período pre-reforma en Chile: años '80 y '90

Desde 1990 en adelante, los gobiernos democráticos debieron conjugar gobernabilidad con una permanente preocupación por el efecto distributivo de las políticas públicas (Meller, 2005), buscando responder tanto a los desafíos en políticas sociales, como al avanzar en forma progresiva hacia la conformación de un Estado que sustentara y proyectara un sistema de protección social acorde a los nuevos desafíos de la sociedad chilena.

Con el retorno del país a la democracia, el énfasis de los dos primeros gobiernos estuvo en ampliar las coberturas y mejorar la red de salud pública, pero sin modificar estructuralmente la legislación vigente de ese momento. En forma progresiva se implementaron cambios en el sector, tales como la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud la materialización de una Reforma Programática, que buscaba responder al nuevo perfil demográfico, cultural y epidemiológico de la población.

La estrategia en esos años se concentró en fortalecer el sistema público de salud con modificaciones sustanciales a la organización de su financiamiento, iniciando un importante programa de inversiones (gráfico 1) que consistió en mejorar la infraestructura hospitalaria, los sueldos de los médicos y del personal, la ampliación en las dotaciones de personal y la reposición del equipamiento para los hospitales. Esto implicó que durante el período 1990-1994 la inversión pública se incrementara en diez veces respecto al valor del presupuesto sectorial de los últimos años del gobierno militar, llegando a 86 millones de dólares en 1994 (Massad, 1995).

GRÁFICO 1
INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD
(En millones de pesos)



Fuente: MINSAL, 2010.

En el período 2004-2010 cobra relevancia la formulación, diseño e implementación de políticas públicas inspiradas en un enfoque de derechos, basados en programas que tienden a la universalidad efectiva.

De este modo, se buscaba ampliar las coberturas e incorporar a nuevos segmentos poblacionales con nuevas prestaciones sociales, las que estarían garantizadas y refrendadas en leyes y decretos. En este mismo sentido, la diversidad de programas sociales, tanto en salud como en otros ámbitos, requirió de un abordaje integral tanto en las políticas de transferencias como las de prestaciones. Para esto se requirió de políticas con un enfoque de mayor integralidad e intersectorialidad, con las articulaciones debidas y conformación de redes de servicios. Un buen ejemplo de aquello se puede apreciar con la implementación del Sistema del Chile Solidario (2000-2006), y el programa Chile Crece Contigo.

El concepto de cobertura en salud tiene implícitas dos áreas. La cobertura legal que refleja la letra de la ley y que describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención. La segunda es la cobertura efectiva, referida al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma, y uso de servicios de salud adecuados. En muchos casos, la cobertura legal no se acompaña de los mecanismos para implementarla en su plenitud y, en la práctica, su acceso efectivo está racionado mediante listas de espera, o segmentado con múltiples esquemas de aseguramiento. Es ahí donde radican las fallas de políticas públicas referidas a la universalidad, que terminan siendo de apariencia.

Esto resulta de la mayor importancia a la hora de enfrentar los fenómenos de exclusión en salud. Esta se entiende como la falta de acceso a todos aquellos bienes, servicios y oportunidades cuyo uso permite mejorar o preservar dicho estado, y que otros individuos o grupos sí disfrutaban (OPS, 2004), y que afecta a vastos segmentos de la población latinoamericana¹.

¹ La amplitud de la definición y la multiplicidad de causas de la exclusión dificultan su cuantificación. Sin embargo, se estima que en América Latina y el Caribe existen entre 100 y 150 millones de personas en esta situación, lo que equivale entre 20% y 25% del total de la población (OPS, 2002). Estas cifras coinciden con las estimadas por Rosenberg y Anderson (2000), quienes sostienen que en la región hay unas 107 millones de personas que aunque cuentan con el derecho a acceder a servicios de salud, están desprotegidas porque viven aisladas geográficamente o no disponen de servicios en su comunidad. Asimismo, la exclusión por motivos étnicos o culturales afectaría a 43 millones de personas. Otro indicador de exclusión es que 83 millones de partos (un 12% del total regional) se realizan sin recibir atención de personal especializado.

El proceso de reforma y su posterior implementación, estableció un complejo sistema de priorización sanitaria con un claro y explícito componente de oportunidad y calidad, garantizados en derechos positivos, sustentado en la información a las personas y soportado con canales efectivos para el ejercicio de estos derechos.

En la gestación de la reforma del AUGE, Chile optó por introducir cambios no sólo circunscritos al aseguramiento, o la provisión de salud como ha sido el caso en otros países.

En efecto, los procesos de reforma sanitaria pueden circunscribirse a un ámbito más bien de seguros de salud o bien con énfasis en resolver sólo los problemas de prestadores o de la oferta sanitaria. La opción de incorporar estos dos aspectos requería del desarrollo de una propuesta desde el rol de una rectoría más explícita y actualizada, acorde a los cambios acontecidos y que demandan de una nueva relación y rol del Estado con una ciudadanía progresivamente más exigente de sus derechos ciudadanos. Esto debería quedar plasmado en el diseño de la reforma chilena.

A la luz del proceso desarrollado, se trataba entonces no sólo actuar sobre los aspectos del aseguramiento y la concreción de derechos vía garantías explícitas, sino también de los aspectos ordenadores y vinculantes como son los de Rectoría Sanitaria y la provisión. Entre estos aspectos estarían también la modulación del financiamiento, la estructuración de las redes asistenciales, las funciones esenciales de salud pública. Por último un componente estratégico plasmado en un plan de inversión y los aspectos de regulación.

Esto se expresó en la conformación de una nueva institucionalidad con la instalación de una autoridad sanitaria a nivel nacional (Subsecretaría de Salud Pública) y consecuentemente en el fortalecimiento de las autoridades sanitarias (regionales) a lo largo del país. El componente legislativo también relevaría en la agenda la discusión y propuesta sobre las redes asistenciales bajo una nueva lógica de Establecimientos Autogestionados en Red, junto con la creación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Por otra parte, independientemente de cómo se organizaría el financiamiento entre sistemas públicos y/o seguros, un elemento central radicaría en mejorar la gestión y la asignación de los recursos. Para ello sería necesario consolidar la separación de funciones entre financiamiento y prestación de servicios de salud, lo que facilitaría introducir nuevos esquemas de gestión de los hospitales públicos, junto con implantar mecanismos de pago que combinen criterios prospectivos y retrospectivos. Así, se abogaría por una mayor coordinación y articulación en red de los prestadores públicos y privados.

Una primera conclusión en esta etapa fue que la necesidad de avanzar hacia la universalización en el acceso y cobertura de los sistemas de salud requiere, por un lado, cambiar el modelo de atención al incrementar las actividades preventivas mediante el fortalecimiento de la atención primaria. Por otro lado, también requiere erradicar trabas ideológicas que tienden a impedir que los Ministerios de Salud y los seguros sociales puedan comprar servicios fuera del ámbito público para optimizar el uso de la capacidad instalada en el país. Esto último no implica debilitar al hospital público, sino que potenciar su papel en la determinación de los protocolos y en la configuración de la estructura de costos a través del Ministerio de Salud y el Seguro Público.

A. Bases de la reforma financiera previa a la reforma AUGE

El sector público de salud chileno inició en 1992 un proceso de reforma aplicado principalmente al área financiera. Esto comprendía estructurar nuevas formas de asignación de recursos. El énfasis consistió en desarrollar nuevos métodos presupuestarios y de mecanismos de pago a los proveedores de atenciones de salud.

Los principios que sustentan la reforma financiera:

- Descentralización de la Gestión Financiera: Entregar mayores grados de autonomía respecto del manejo financiero a los Servicios de Salud y hospitales públicos (prestadores de salud),

mediante el diseño e instalación de un proceso de negociación presupuestaria entre el Nivel Central (Ministerio de Salud y FONASA) y los Servicios de Salud, a cambio de compromisos respecto del presupuesto pactado.

- Pagos Prospectivos: Esto significaba que se entregarían recursos contra acciones o resultados que ocurrirían en el futuro y no respecto de acciones ocurridas en el pasado. Este enfoque obligaba a planificar en una dimensión temporal determinada, centrando la atención hacia el análisis de los mercados de salud. Además se requería precisar el tipo de producto de salud a otorgar, el beneficiario hacia el cual iba dirigido y su distribución en el tiempo.
- Pagos por Resultados: Consistente en la vinculación entre financiamiento y resultados en salud y no únicamente acciones realizadas, es decir, comenzaba a cobrar importancia la eficacia de una acción o procedimiento particular. Para ello, se definió como instrumento de operacionalización el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). Este mecanismo implica pagar por diagnóstico de salud resuelto un valor predeterminado, el que a su vez se basaba en costos reales de provisión de las prestaciones y en la estandarización de prestaciones de salud.
- Arancel Basado en Costo: Un criterio de vital importancia para la operacionalización de la reforma financiera, consistía en redefinir los aranceles (precios) que se utilizan para la valorización de las prestaciones. El objetivo era que los aranceles reflejaran el costo promedio en que se incurre en la prestación de un servicio o procedimiento en particular.
- Ausencia de Modificaciones Legales: Un último criterio importante en que descansó la reforma consistió en buscar su implementación a través de la menor cantidad de modificaciones legales posibles, aprovechando los espacios que otorgaba la legalidad vigente, dado el contexto político.

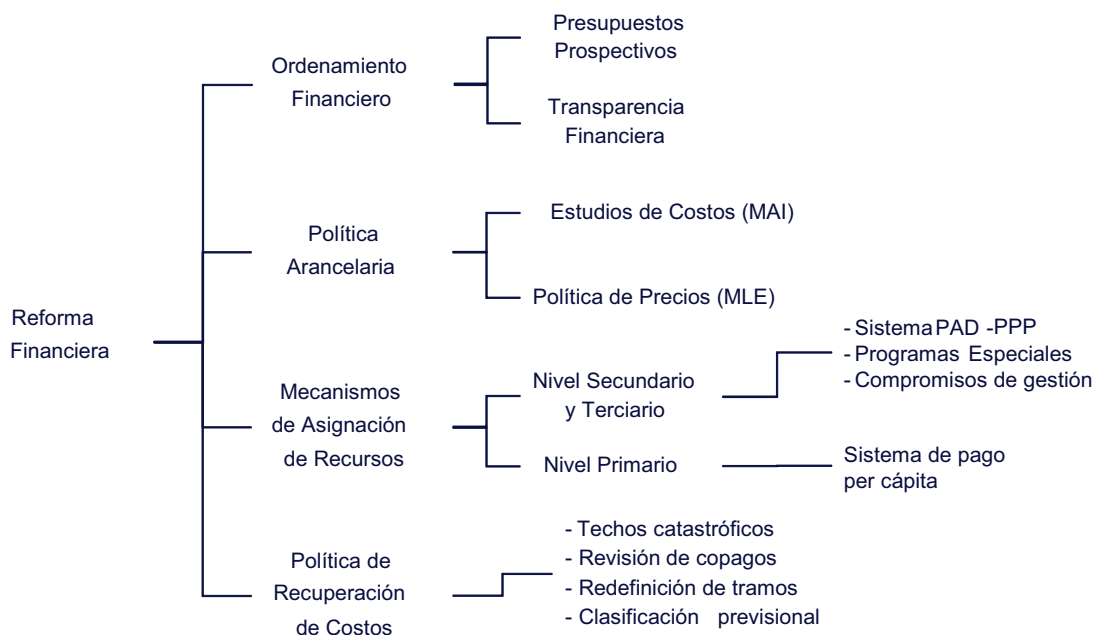
A partir de estos principios se establecieron distintos mecanismos de asignación de recursos, tanto en lo que dice relación con la asignación global de recursos a los prestadores (macro asignación de recursos), como con las formas de pago de las acciones de salud que éstos desarrollaron (micro asignación de recursos).

La organización del financiamiento del sistema de salud se modificó en tres aristas. La primera fue un incremento sustancial del aporte fiscal. En segundo término, se introdujeron cambios a los mecanismos de pago a prestadores. Estos se orientaron a darle mayor equidad y eficiencia al sistema de salud, a través de un instrumento de compromiso denominado “Compromisos de Gestión” (pago capitado en atención primaria y el inicio de pagos asociados a diagnóstico, los PAD, a nivel hospitalario). En tercer lugar, se fortaleció la figura financiadora del FONASA como elemento dinamizador del sistema, iniciando una política que privilegiaba a los beneficiarios por sobre la oferta de salud. Esto se hizo mediante la introducción del Programa de Oportunidad de la Atención (reducción de listas de espera quirúrgicas), del Seguro Catastrófico (acceso gratuito a prestaciones de alta complejidad), del Programa del Adulto Mayor (acceso a prótesis y órtesis), y de la Carta de Derechos del Paciente.

Cabe mencionar que, acorde a las prioridades establecidas a principio de los noventa, se logró generar un plan de inversión sectorial que aumentó en más de mil veces la inversión en infraestructura y equipamiento en salud. Esto ha significado programar la construcción de 35 establecimientos hospitalarios y mantener un gasto sostenido en este ámbito. Complementariamente, en el último período se ha incorporado como modalidad de inversión el sistema de concesiones hospitalarias.

El gráfico 2 sintetiza el enfoque de la reforma financiera implementada a mediados de los noventa y sus principales componentes fueron: i) Ordenamiento Financiero; ii) Política Arancelaria; iii) Mecanismos de Asignación de Recursos; y iv) Política de Recuperación de Costos.

GRÁFICO 2
ASPECTOS GENERALES DE LA REFORMA FINANCIERA EN SALUD



Fuente: FONASA.

El sesgo financiero inicial de esta reforma y el tardío surgimiento de diagnósticos y propuestas desde el campo de la salud pública no permitieron articular, en ese momento una estrategia sanitaria integrada y global que sirviera de base a los cambios financieros, sino que estos tuvieron que apoyarse en acciones aisladas, como lo fueron la medicina familiar, la cobertura de enfermedades del adulto y adulto mayor a través de programas específicos y el impulso a las acciones de control medioambiental.

B. De la macro asignación de recursos a la micro asignación

La macro asignación de recursos se definió como la estructuración de presupuestos en forma prospectiva hacia los prestadores de salud (Servicios de Salud). Estos recibían a comienzos de cada año el presupuesto con el que contarían para el otorgamiento de las prestaciones de salud a los beneficiarios.

De manera de salvaguardar que el proceso presupuestario fomentara la eficiencia y equidad, se establecieron dos herramientas metodológicas con la finalidad de realizar correcciones a las asignaciones presupuestarias de cada Servicio de Salud. Estas herramientas son:

1. La brecha de eficiencia, que intentaba medir las desviaciones en torno al valor de la actividad facturada por cada Servicio de Salud, valorada a los precios del arancel (basado en costos medios de producción), comparándola con las transferencias financieras efectivamente realizadas a los Servicios de Salud. De ésta manera, si las transferencias resultaban mayores a la facturación de la actividad, originaba una brecha de eficiencia negativa por parte del Servicio de Salud, y una brecha de eficiencia positiva si se daba la situación opuesta. Con esto se obtenía un parámetro para respaldar decisiones de asignación de recursos para los periodos siguientes y establecer comportamientos de tendencia.
2. La brecha de equidad, que intentaba medir las desviaciones del gasto per cápita promedio de todo el Sistema Nacional de Servicios de Salud, corregido por factores de complejidad de la

población asignada, costos de zonas extremas y nivel de vulnerabilidad o pobreza. Éstas desviaciones permitían orientar las decisiones presupuestarias de los recursos hacia aquellas zonas o áreas geográficas del país en donde el gasto per cápita se distanciaba significativamente del promedio o del valor esperado.

El cruce de ambas brechas da origen a un cuadro sinóptico que permitía realizar un ranking de los Servicios de Salud en cuatro categorías:

- Servicios de Salud con brecha de eficiencia positiva (productivo) y bajo gasto per cápita (alta prioridad en equidad).
- Servicios de Salud con brecha de eficiencia positiva (productivo) y alto gasto per capita (menor prioridad en equidad).
- Servicios de Salud con brecha de eficiencia negativa (poco productivo) y bajo gasto per cápita (alta prioridad en equidad).
- Servicios de Salud con brecha de eficiencia negativa (poco productivo) y alto gasto per cápita (menor prioridad en salud).

De esta manera, las expansiones presupuestarias estarían ligadas en gran medida a los resultados de estos indicadores, con el objeto de beneficiar y/o compensar a aquellos Servicios de Salud con brecha de eficiencia positiva y que son prioritarios en términos de equidad.

El rol comprador de FONASA a nivel del Sistema implicó la definición de una política de precios y bonificaciones de las prestaciones que tuviera estrecha relación con los costos que enfrentan los prestadores, con los precios de mercado y con las prioridades que establecía el Ministerio de Salud en términos de acciones sanitarias. En este sentido, era de competencia de FONASA, a través del establecimiento de convenios con los prestadores de salud, la labor de cautelar que sus beneficiarios recibieran las prestaciones de salud de acuerdo a la normativa vigente.

Con el propósito de orientar los incentivos hacia las metas de salud, surgen los mecanismos de micro asignación de recursos, materializadas en las propuestas de un pago per cápita en la Atención Primaria de Salud (APS) y un Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) para la Atención Secundaria y Terciaria de Salud.

En la APS se elaboró un sistema de asignación de recursos en base a un pago per cápita por población adscrita libremente en los consultorios. Este nuevo mecanismo pretendía asegurar la transferencia de los recursos necesarios para que las unidades administradoras pudiesen otorgar a toda la población beneficiaria, las prestaciones de salud contenidas en los programas que establece el Ministerio de Salud.

Por su parte, con el mecanismo de pago asociado a diagnóstico (PAD) se pretendió incentivar la eficiencia técnica en la atención del paciente, ya que el pago se asociaba a la resolución de una patología en virtud de una canasta estándar o promedio de prestaciones. Esto motivaba, y así al menos se esperaba, a que el prestador de salud encuentre la mejor combinación de recursos para lograr el objetivo de mejorar a sus pacientes, teniendo como base de comparación la canasta de prestaciones estandarizada del diagnóstico tratado o resuelto.

Estos mecanismos han tenido su propia evolución, y se constituyeron como elementos clave para operacionalizar el proceso de reforma actualmente en marcha. Ejemplo de dicha evolución es el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), que ha sustituido al PAD en términos de amplitud pero no en su filosofía, manteniendo una coherencia entre el instrumental diseñado durante los años noventa y lo que existe hoy en día.

A la luz del proceso de reforma, es indudable que uno de los factores críticos de logro dice relación con alcanzar grados de mejor gestión financiera en la macro y en la micro asignación de

recursos. Con ello se pretende alinear los objetivos de mayor eficiencia y eficacia, y así no generar falsas expectativas e incertidumbres en las redes de prestadores y en la sustentabilidad de la reforma.

C. Compromisos de gestión

En el marco del componente de Desarrollo Institucional del Estudio del Ministerio de Salud con el Banco Mundial, se planteó una propuesta de cooperación operativa entre el Nivel Central y los Servicios de Salud, basada en los Compromisos de Gestión. Éstos se desarrollan e implementan en el año 2005, bajo una lógica de Gestión Directiva que ya estaba siendo impulsada a nivel de Gobierno Central, y que se estructura en el sector salud antes que en cualquier otro.

Previo a esta modificación, la relación existente era asimétrica, insuficientemente alineada con los objetivos estratégicos, en términos de metas cuantificables y evaluación de resultados, y con mecanismos de negociación que redundaban en duplicidades y en una dilución de responsabilidades en términos de resultado.

Los Compromisos de Gestión se materializan en un documento de contrato o convenio, en el cual se señalan los acuerdos, compromisos y metas que se esperan de los Servicios de Salud por parte del Nivel Central, estableciéndose deberes y derechos entre las partes, además de los mecanismos de control y evaluación, lo que hace de éste un instrumento vital para la rendición de cuentas.

Los Compromisos de Gestión también han evolucionado en conjunto con el resto de los dispositivos, lo que ha permitido ir perfeccionando la relación contractual y de separación de funciones al interior del sector público de salud. En efecto, junto al sostenido incremento en el plan de inversiones en infraestructura (hospitales y consultorios), se incorporan diseños de gestión con el objetivo de mejorar la eficacia y eficiencia de los Servicios de Salud y de sus redes hospitalarias y de atención primaria en manos municipales.

El Compromiso de Gestión se constituye como un elemento ordenador, que permite establecer responsabilidades mutuas en una lógica basada en la separación de funciones, entre Agente y Principal, además de los mecanismos de monitoreo, control y evaluación, para determinar que se estén cumpliendo las obligaciones contraídas en el contrato respectivo. Esto se da en un proceso de descentralización funcional de los Servicios, sustentado en una lógica de explicitación de la separación de funciones, distinguiéndose cuatro actores principales: (i) la entidad administradora de la función de financiamiento-compra (FONASA); (ii) la entidad proveedora de prestaciones de salud (SNSS); (iii) la entidad reguladora (MINSAL); y (iv) los beneficiarios (bajo la ley 18.469 y la población total con respecto a los bienes públicos).

En función de lo anterior, se formaliza un “contrato de desempeño”, que señale la conducta esperada de los Servicios de Salud por parte del Nivel Central (ver recuadro 1).

Los roles y funciones que comienzan a explicitarse en la formulación y seguimiento de políticas llevadas a compromisos de gestión van evidenciando funciones como un MINSAL y un FONASA los cuales tienen como objetivos proveer un nivel de salud adecuado para el país, con especial énfasis en los sectores de la población que son los beneficiarios del Fondo Nacional y por otra parte los Servicios de Salud que pueden tener multiplicidad de objetivos, y que muchos de los cuales pueden estar no en sintonía con la función objetivo del “principal”.

RECUADRO 1 FORMALIZACIÓN DE METAS EN LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN ESPECÍFICOS

i) Relación entre MINSAL-FONASA: Básicamente corresponde a la priorización en materia sanitaria que el MINSAL debe entregar al Fondo, para que éste estructure tanto su compra como el diseño de los planes de salud. Esto es relevante dado que como es posible constatar la persistencia de un modelo que se ordena en función de los objetivos sanitarios.

ii) Relación MINSAL-SNSS: Se funda básicamente en la entrega de orientaciones respecto del modelo de atención más apropiado para satisfacer las necesidades de salud de la población (contratación del recurso humano, inversión en infraestructura, adquisición de equipamiento y tecnología, etc.). Lo relevante que las políticas tanto de recursos humanos como de inversión (entre otras) vayan estableciendo relaciones de correspondencia y progresiva transferencia de competencias de las capacidades y responsabilidades a los Servicios de Salud.

iii) Relación FONASA-SNSS: Da inicio a la formalización a partir de la definición del modelo de compra, o lo que en ese momento se conoce como métodos de pago, de transferencia o asignación de recursos. Esto significa que la entidad aseguradora paga a los proveedores por servicios prestados a la población beneficiaria, dentro de las orientaciones sanitarias y del modelo de salud propiciado por el MINSAL.

iv) Relación SNSS-Población: Se trata de la cobertura, entendida como el cúmulo de atenciones de salud que los proveedores ponen a disposición de los usuarios del sistema.

v) Relación FONASA-Población: La relación del FONASA con la población se circunscribe a la de su población beneficiaria (beneficiarios de la Ley 18.469). La relación entre ambos agentes está dada por el Plan de Salud, que fija la tasa de cotización, las modalidades de atención, los co-pagos y las carencias, exclusiones y preexistencias.

vi) Relación MINSAL-Población: La población (aquella beneficiaria del sistema público y la beneficiaria de los otros sistemas) busca que el MINSAL entregue un marco institucional tal que los agentes involucrados puedan generar un volumen de servicios de salud acorde con las necesidades de la población.

Lo fundamental es entonces que los Compromisos de Gestión entre el Nivel Central y los Servicios de Salud recojan la multiplicidad de relaciones que se dan entre ambos actores en un sólo documento que permita ordenar y hacer explícitas las "reglas del juego".

Fuente: Elaboración propia con datos de MINSAL.

D. Inicio de la reforma AUGE: El tercer gobierno y la decisión de estado

Al momento de plantearse la reforma, el sistema de salud chileno evidenciaba una serie de problemas claramente identificables:

- i) Un alto grado de inequidad en el acceso a las atenciones de salud, principalmente, aunque no únicamente, entre el sistema ISAPRE y FONASA;
- ii) deficiencias en la gestión de los establecimientos hospitalarios públicos, que se expresaban en ineficiencia y descoordinación de las redes nacionales y regionales;
- iii) falta de regulación de planes y de atenciones en el subsistema privado;
- iv) inadecuación del modelo de atención, construido para atender a las enfermedades infectocontagiosas y al binomio madre-niño, e inflexibilidad para adaptarse a los cambios en el perfil epidemiológico de una población que está en la mitad del proceso de envejecimiento y a las expectativas ciudadanas;
- v) insuficiencia en el volumen de financiamiento, principalmente en el subsector público, para sostener el mayor gasto derivado del envejecimiento y necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de mecanismos de pagos que incentiven mayor equidad, eficiencia y cambios en el modelo de atención.

Este diagnóstico exigía una real y profunda reforma al sistema de salud en Chile, donde se enfrentaban dos principios básicos a evaluar: el principio de una reforma solidaria al sistema y el principio

de un funcionamiento sistémico basado en el individualismo (cuadro 1). Como fin último del proceso en marcha surge la necesidad de contar con un sistema de salud basado en el principio de solidaridad.

CUADRO 1
PRINCIPIOS DE UN SISTEMA DE SALUD DESDE LAS PERSPECTIVAS INDIVIDUALISTA Y SOLIDARIA

Principios	Individualista	Solidario
Acceso	De acuerdo a ingresos y con subsidios	Universal sin discriminación
Equidad	Compensaciones estatales para los pobres	Acceso sin discriminación ni monetaria ni social
Solidaridad	Criterio descartado	Desde los que tienen menos riesgo hacia los de mayor riesgo
Efectividad (eficiencia+ eficacia)	Prioridad: Eficiencia basada en los criterios financieros de menor costo	Prioridad: Eficacia basada en los impactos sanitarios
Participación	Restringida a situaciones de emergencia o catástrofes	Incluida en todo el proceso

Fuente: La Reforma de Salud: una obligación Social. Álvaro Erazo L. (2004).

El diagnóstico inicial que se construyó establecía ciertas prioridades a ser modificadas:

- Cobertura discriminatoria.
- Dualidad en lugar de solidaridad.
- Déficit en atención de salud.

Si bien es cierto el sistema que existía a la fecha poseía una amplia cobertura en la atención primaria para aquéllos con menos recursos, aún existían listas de espera y problemas para acceder en forma oportuna a las consultas de especialidades y a las intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad.

Otro componente no menos importante dice relación con los sistemas de cobertura. El sistema público aceptaba y acepta a todos los chilenos que quieran inscribirse (a diferencia de las Isapres), independiente del ingreso monetario que reciban. Esto incorpora una premisa mayor: los recursos son insuficientes para resolver todas las situaciones que se presentan, lo que lesiona y deja en un estado sumamente frágil la eficacia del sistema. Hasta la fecha si bien se había logrado avanzar gradualmente en grados de mayor protección financiera para los beneficiarios del sistema público, esto resultaba claramente insuficiente. En efecto la conclusión más importante del diagnóstico antes señalado, y que sirve de antecedente para el proceso, fue la necesidad de un nuevo sistema que incorporara los siguientes componentes:

- Precisar y actualizar objetivos nacionales de salud, considerando especialmente los cambios demográficos y epidemiológicos de la población.
- Un nuevo modelo de atención, que incorpore el concepto de red y operacionalice los establecimientos de salud autogestionados con redes asistenciales integradas, articuladas y acreditadas, y que permita reducir las listas de espera y eliminar la discriminación financiera (garantías de protección financiera).
- El establecimiento de un plan garantizado, que implica la atención oportuna de la población tanto en el sistema público como en el privado.

- La creación de una autoridad sanitaria con mayores responsabilidades, en términos de calidad y oportunidad de las atenciones que entrega el sistema y de organización del mismo para afrontar los cambios que pueden tener impacto en la calidad sanitaria (epidemiológica y socio-económicos).
- La creación del fondo de compensación solidario, la adecuación del recurso humano a las nuevas prioridades y finalmente, la mejora de la gestión global del sistema, entre otras.

Dado tanto el diagnóstico antes señalado, como los principios adoptados, durante el tercer gobierno desde la restauración democrática, encabezado por el Presidente Ricardo Lagos, se decide iniciar una reforma de salud, como una de las acciones emblemáticas de su gestión, la cual se conoció posteriormente como reforma AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas). Este esfuerzo de reforma, a diferencia de la etapa anterior, tenía por estrategia central modificar la estructura legal del sistema de salud, con el propósito de promover una mayor equidad y solidaridad, la cual se estimaba posible por los cambios políticos ocurridos a nivel parlamentario.

En 2000 se fijó como meta realizar una profunda y modernizadora reforma que diera respuesta a los cambios en la demanda en salud y que abarcara amplios aspectos, tales como los administrativos y de fiscalización, las modificaciones a la Ley de Autoridad Sanitaria, una nueva definición de los problemas de salud prioritarios para la población (mediante la Ley de Régimen de Garantías Explícitas y Acceso Universal), modificaciones a la Ley de Isapres (que introduce en el sistema privado regulaciones para aplicar las garantías en salud al igual que en el sistema público), y la creación de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas, que considera la salud desde la perspectiva del derecho y hace exigibles las garantías².

² La reforma en curso responde a un contexto de derechos ratificados por Chile, tanto en el plano nacional como en el internacional. La modificación de 1998 de la Constitución Política establece el reconocimiento a la salud como un derecho social, universal y exigible. La Constitución promulgada en 2005 señala el derecho a la protección de la salud y establece que “el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas”. En su primer discurso presidencial (21 de mayo de 2000), Lagos anunció: “(...) Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas. Para resguardar el derecho a la salud, no basta con la declaración de ese derecho, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles. La reforma de la salud tiene un solo norte: dar mejor atención de salud a todos (...)”.

II. La reforma AUGE

En octubre de 1999, en uno de los centros asistenciales más antiguos y de mayor complejidad del país, el Hospital Barros Luco ubicado en Santiago de Chile, el candidato de la coalición de gobierno en ese entonces, Ricardo Lagos, en plena campaña presidencial, se compromete frente a los actores del sistema público en avanzar hacia una reforma de salud. Este acto marca un hito, en el sentido de que a partir de ese instante el futuro Presidente de la República se convertiría en el principal impulsor de la reforma AUGE. En esta oportunidad se menciona la Carta de Derechos y Deberes en Salud, que garantizará a toda persona oportunidad y calidad en los servicios de salud, independientemente del sistema al que pertenezca —Isapres, Fonasa— y la creación de un Fondo Solidario de Salud para su financiamiento. Además de mejorar la atención primaria, consolidar lo avanzado en reducción de listas de espera hospitalaria y ampliar la regulación del sistema ISAPRE³.

Se conforma inicialmente la Comisión Interministerial de Reforma⁴ (la Comisión) como organismo técnico-político encargado de generar la propuesta de reforma. Internamente, en el Ejecutivo existía una amplia discusión en torno al financiamiento de la reforma y sus otros ejes. Desde inicios del gobierno se había trabajado en tres elementos que se consideraban centrales para la reforma: i) colocar objetivos y un discurso sanitario por sobre los problemas de gestión y financiamiento del sistema; ii) generar derechos exigibles y garantizados para la población, y

³ Rony Lenz: “Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina: Una Mirada desde la Economía Política” Serie Estudios Socio / Económicos N° 38, Junio 2007. CIEPLAN.

⁴ Formada por los Ministros de Hacienda, Trabajo y Previsión Social, de la Presidencia y presidido por el Ministro de Salud.

iii) impulsar un mejoramiento de la equidad del sistema. Estas líneas se habían consensado en la Comisión y el punto de discusión entre el sector salud y las autoridades económicas era cómo acotar la potencial presión de costos que la entrega de derechos explícitos podía tener sobre los recursos fiscales.

Se recurrió al Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), que fue ideado a mediados de los noventa en el marco del proyecto de reforma de la seguridad social que desarrolló el MINSAL. El PGBS definía con precisión las prestaciones de salud que el Estado se hacía responsable de asegurar al conjunto de la población (Larrañaga, 1996) y por lo tanto, generaba un marco de uso racional del gasto en salud. Esto se presentaba como un buen argumento con la contraparte del Ministerio de Hacienda, para un acuerdo que se requería para el apoyo irrestricto a la reforma de salud.

Así, a partir de ese momento, buena parte del trabajo de la Secretaría se concentró en costear el referido plan. Paralelamente, el MINSAL había estado trabajando en la elaboración de su nueva política sanitaria (Minsal, 2002), desarrollando uno de los ejes del discurso de reforma.

La discusión pública se concentró inmediatamente en la que posteriormente mostró sería la fórmula de financiamiento que proponía el gobierno: 3/7 de la cotización obligatoria de los afiliados a ISAPRE se destinarían a financiar un Fondo de Compensación Solidario (FCS), el cual serviría para darle sustento al mayor acceso a la salud a los beneficiarios del seguro público (FONASA), donde estaba afiliada la mayoría de la población.

Para dar una señal debido a una cierta presión pública el Ministerio envió ese año el primero de los proyectos de ley de la Reforma, la “Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud”, que se encuentra aún en trámite legislativo. Esta ley se basa en una iniciativa que FONASA había estado impulsando desde fines de los años noventa, y con la cual la Secretaría Ejecutiva de la Reforma no se sentía mayormente identificada y no consideró como parte del paquete de leyes que había que impulsar legislativamente.

Cabe destacar que la posición de las Isapres respecto del Plan AUGE fue inicialmente favorable, ya que veían que el eje de la discusión se había desplazado desde las fórmulas y énfasis originales del financiamiento basadas en la redistribución de cotizaciones de sus afiliados, al contenido del plan de salud.

Lo que estaba en la discusión de fondo en esta oportunidad era si correspondía aplicar los principios de seguridad social a las Isapres que habían operado hasta entonces como seguros individuales. Por ende, no correspondía solidarizar las cotizaciones bajo ningún punto de vista, menos en la lógica sobre el cual el sistema de salud se había insertado en los años ochenta, y que aplicaba el principio de la subsidiaridad y la libertad individual de elección.

Se había planteado la necesidad de explorar una fórmula más sólida de financiamiento de la reforma (Boeninger, op. cit.), existiendo también una alineación con el discurso de privilegiar los objetivos sanitarios que habían levantado la Comisión de Reforma y el MINSAL y era proclive a una mayor regulación del sistema ISAPRE a través de fórmulas como las del Fondo de Compensación Solidario.

En mayo del 2003 se había consensado a nivel del Ejecutivo la necesidad de hacer más explícitas las necesidades de financiamiento de la reforma de salud y del Programa Chile Solidario. Es por ello que el Ejecutivo planteó un alza explícita en el IVA (impuesto al valor agregado), del 18% al 19% hasta el año 2007.

El nuevo Presidente del Banco Central llamó públicamente a aprobar el alza del IVA y de los impuestos específicos, basado fundamentalmente en el argumento de la compensación tributaria: ante los mayores gastos sociales y la futura reducción de ingresos fiscales debido a las negociaciones del Tratado de Libre Comercio (TLC) de Chile con Estados Unidos y Europa, se hacía necesaria un alza del IVA.

La ley de autoridad sanitaria, que además contenía las fórmulas de autogestión para los hospitales públicos, no encontró mayores dificultades, ya que la ineficiencia de la gestión hospitalaria había sido por años uno de los blancos del ataque frente a la opción de privilegiar en las soluciones al sector público de salud, y en particular a sus redes hospitalarias. Claramente, esta propuesta de legislación contribuía a reparar esta situación.

El año 2004 había comenzado favorablemente para la reforma, con la promulgación en febrero de la Ley 19.937, referida a la autoridad sanitaria y Hospitales Autogestionados.

No obstante, las negociaciones para aprobar la ley AUGE, el eje de la reforma, se comienzan a entrampar. La principal razón radica en un problema de diseño del Fondo de Compensación Solidario (Lenz, 2005⁵).

En efecto, el objetivo inicial del Fondo, que era propiciar la equidad entre el sistema público y privado, habida cuenta de las desigualdades existentes, se comienza a entrampar, al no contar con los consensos suficientes, lo que hicieron cambiar su propósito original. Con esta modificación, el eje ahora estaría centrado en dar mayor solidaridad al sistema, desde los enfermos no-AUGE a los enfermos AUGE, independiente de su situación previsional.

El nuevo enfoque generaba la posibilidad que los hospitales públicos, frente a los nuevos incentivos y la normativa, pudieran postergar a un enfermo no-AUGE FONASA, en beneficio de un enfermo AUGE ISAPRE. Esta mayor solidaridad admitía la posibilidad de generar inequidad, toda vez que el enfermo no-AUGE fuera carente de recursos. Así, el Fondo fue perdiendo apoyo político.

Resultaba complejo que los pacientes AUGE de FONASA e ISAPRE cargaran los gastos de las atenciones contra el Fondo de Compensación a precios distintos, y no a precios institucionales como originalmente se había pensado. Esto último generaría más inequidad y probablemente mayor presión fiscal, tal como el Ministerio de Hacienda avizoraba.

Este solo efecto, más allá de las compensaciones que pretendía establecer la ley por sexo y edad, podría traducirse eventualmente en movimientos de fondos desde FONASA a las Isapres, lo cual a todas luces resultaba contradictorio con el espíritu de la propuesta de reforma. Adicionalmente, se alegraría la inconstitucionalidad del Fondo, lo cual abría un flanco jurídico que podía debilitar la propuesta del Ejecutivo.

El plan AUGE, a esa altura ya había definido el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), y se promulgaba en agosto de 2004, estableciéndose su fecha de entrada en vigencia para julio de 2005.

Si bien con el diseño de la reforma se había logrado un avance de alta significación estratégica, todavía no se aquilataba su real trascendencia. En efecto, el AUGE lo que recupera esencialmente es el hecho de que la administración de las cotizaciones previsionales de salud conlleva obligaciones que el Estado puede imponer a los administradores públicos y privados de éstas, en términos de coberturas mínimas a las cuales tienen derecho los afiliados y sus cargas. Dicho de otra manera, llegaba a su fin el escenario implantado en los años ochenta, en el cual las Isapres podían administrar el 7,0% sin obligaciones mínimas de cobertura. Proporcionalmente en términos de población afiliada esto adquiría su mayor importancia en el caso de FONASA, y de un gran impacto y expectativa en todo el país.

A. El régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)

Los esfuerzos del año 2005 se concentraron en dos temas: promulgar la Ley Larga de Isapres⁶ e implementar las primeras garantías explícitas. El elemento más significativo en la tramitación de esta ley, aprobada en mayo de 2005, no fue sólo la adecuación del sistema ISAPRE para ajustarse a la entrega del Plan AUGE, sino que también incorporó elementos para la operación del nuevo fondo de compensación inter-ISAPRE para las patologías AUGE.

⁵ Lenz, Rony (2005): "Políticas Públicas en Salud: Experiencias y Desafíos en Chile 1990-2010, Una Mirada Económica", en La Paradoja Aparente, editor Patricio Meller, Ed. Taurus.

⁶ Normativa que modifica la Ley N° 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional y comprende una serie de adecuaciones a las otras iniciativas que componen la reforma a la Salud. El objetivo de estas modificaciones es fortalecer las facultades de la Superintendencia de Salud en la fiscalización de las Isapres, otorgar mayor transparencia al sistema y pretende garantizar más beneficios a los afiliados.

En síntesis, el proceso político de la Reforma no estuvo exento de dificultades, básicamente por las falencias técnicas de las propias propuestas iniciales del gobierno, la escasez crónica de recursos que repercutía en la opción por la gestión pública y que la hacía blanco de las críticas, el tono mediático de la Reforma y las propias resistencias políticas y corporativas que hicieron naufragar parte de las propuestas iniciales.

Así entonces, los cinco proyectos de ley enviados en distintas materias, abarcaban: Régimen de Garantías en Salud; Nuevos Sistemas de Atención; Derechos y Deberes de las Personas en Salud; Regulación de Isapres; Autoridad Sanitaria y Sistema de Gestión; y Financiamiento (cuadro 2).

CUADRO 2
LEYES DE LA REFORMA

Cómo se realiza	Leyes de la reforma
Se reestructura el sistema de salud	
Se fortalece la autoridad sanitaria	Ley de autoridad sanitaria y de gestión
Se modifica el modelo de atención	
Se aumenta el financiamiento	Ley de Financiamiento
Se entregan derechos legales de aseguramiento y cobertura en atención	Ley de Isapres Ley de Garantías explícitas Ley de derechos y deberes

Fuente: MINSAL.

De todo este proceso político, se pueden identificar aciertos, omisiones y aspectos no considerados que son útiles a la hora de los balances. Entre los más importantes destacan:

- El proyecto de reforma contempló un mecanismo de racionalidad en el gasto (prima universal) que compatibilizaba la función del Ministerio de Hacienda en torno al control del gasto público, con una necesaria mayor cobertura financiera, lo que implicó saldar las reiteradas controversias en este plano de decisiones.
- Discurso político centrado en derechos exigibles, lo que se interpreta como un trato más justo en salud y por derecho, conquistó el apoyo ciudadano.
- No es necesario de un proyecto de reforma afinado en todos sus detalles en el proceso de negociación, pues ello permite al resto de los actores sumarse a la reforma haciéndola suya. Sin embargo, las que se quiera defender deben estar coherentemente formuladas.
- Contemplar las secuelas que produce la omisión o no incorporación en la etapa de negociación del proyecto a actores relevantes que pueden dificultar o sumarse en el apoyo a las mejoras de proyectos de esta envergadura.

B. Rectoría en salud

A comienzos de la década del 2000, el Ministerio de Salud acrecienta su esfera de influencia, concentrando la Comisión Reforma al interior del Ministerio gran parte de la agenda de propuesta legislativa⁷. Todas pasaron a jugar un papel secundario en el proceso de reforma.

⁷ Rony Lenz (2005): "La Paradoja Aparente: Equidad y Eficiencia: Resolviendo el dilema". Editor, Patricio Meller. Editorial Taurus.

Se redefinieron las funciones del MINSAL, siendo responsable de la rectoría del sector salud, a cargo de la formulación, control y evaluación de políticas, planes y programas generales en materia de salud para el país.

Como principal función se establecía la de formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan nacional de salud y dictar normas generales sobre materias de su competencia. También tiene a cargo la fiscalización del cumplimiento de las normas a través de las SEREMI.

Se dividen las funciones por medio de la reestructuración de Subsecretarías. Se reemplazó la subsecretaría existente por dos nuevas:

1. Subsecretaría de Redes Asistenciales: A cargo de las materias concernientes a la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema y la regulación de la prestación de servicios de salud.
2. Subsecretaría de Salud Pública: A cargo de la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas y administrar el financiamiento previsto para las acciones de salud pública.

Desde el punto de vista de las modificaciones de roles institucionales de cada actor presente en el sector salud, se presenta a continuación una breve descripción:

1. Rol de aseguramiento y fiscalización

a) Autoridad sanitaria regional

Se separa de los servicios de salud y se traspasa a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) de Salud. El Secretario Regional Ministerial (SEREMI), una autoridad política, es nombrado por el intendente a propuesta del Ministro. Pasan a su competencia todas las materias que actualmente corresponden a los servicios de salud y que no digan relación con la ejecución de acciones curativas o rehabilitación. Asimismo, le corresponde ejecutar acciones de salud pública y coordinarlas en la región. Depende de la Subsecretaría de Salud Pública.

b) Instituto de Salud Pública (ISP)

Se le establece como objetivo el contribuir al mejoramiento de la salud de la población, garantizando la calidad de bienes y servicios, a través del fortalecimiento de la referencia, la fiscalización y la normalización.

Entre otras actividades, se le entregan atribuciones para servir de laboratorio nacional de referencia en microbiología, inmunología, farmacología, laboratorio clínico, salud ocupacional y ambiental, y el ejercicio de todas las actividades relativas al control de las instancias antes mencionadas.

c) Superintendencia de Salud

Se reemplaza la Superintendencia de Isapres por la Superintendencia de Salud, cuyo rol será el de fiscalizar seguros y prestadores, tanto públicos como privados, y otorgar acreditación de calidad⁸. Se le asignan tres funciones básicas:

- Fiscalizar a FONASA e ISAPRES en el cumplimiento del régimen de GES.
- Fiscalizar a las ISAPRE en todos sus ámbitos y a FONASA en la modalidad de libre elección.
- Fiscalizar a los prestadores de salud públicos y privados en cuanto a su acreditación y certificación. Involucra administrar el sistema de acreditación de la calidad de los prestadores institucionales y llevar registro de prestadores individuales de salud.

2. Rol de ejecución y provisión

a) CENABAST (Central Nacional de Abastecimiento)

Se le asigna la función de abastecer de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del sistema nacional de servicios de salud, de la salud municipalizada y otros servicios adscritos al sector.

b) Los servicios de salud

Se redefine el rol de los Servicios de Salud, estableciéndolos como la cabeza de la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial bajo su territorio, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. La red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los establecimientos municipales (consultorios, centros de salud familiar, postas rurales), en la atención primaria y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el respectivo servicio de salud. Se crea también en cada Servicio de Salud un Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), de carácter técnico-consultivo que conoce y se constituye como una instancia de integración de la red.

c) Establecimientos de autogestión en red

Para los establecimientos de mayor complejidad se crea un sistema de administración especial, la categoría de 'Establecimientos de autogestión en red', llamados también 'hospitales autogestionados'.

Uno de los componentes de la Reforma fue el de la gestión de los hospitales públicos. Esto resulta coherente no tan solo con el propósito de establecimiento de garantías propuesta como eje de la Reforma, sino también en resolver problemas estructurales en la gestión de los hospitales públicos, habida consideración de que uno de los aspectos más complejos ha sido precisamente no sólo el proceso de recuperación de la infraestructura hospitalaria sino que también su adecuación e innovación con el fin de subsanar las carencias e ineficiencias en el ámbito de la provisión.

El proyecto de Ley de Establecimientos Auto Gestionados se propuso abordar los cambios del perfil epidemiológico, las expectativas de la población con la necesaria actualización de una red más integrada y con un enfoque de mayor resolutiveidad a nivel local.

Haciendo un análisis más detallado, esto puede condicionar procesos posteriores particularmente en la forma cómo se organice la provisión compra y política financiera en el marco del aseguramiento de garantías. El desafío estaba planteado en la definición y operacionalización de un modelo de Red, desde su acreditación en la Superintendencia, así como un conjunto de procesos que, a partir de las prioridades sanitarias y los planes estratégicos -ahora con una perspectiva de redes integradas y resolutivas-, se alinearan con los aspectos no resueltos y que hacen a la gestión más crítica de los hospitales. A saber, el registro de actividad, los mecanismos de pago, el equilibrio financiero y los resultados sanitarios propuestos. En esto se debe considerar anticipadamente las decisiones de oferta y de estructura de cartera de servicios o prestaciones, así como la definición de polos de desarrollo en la oferta y construcción de centros de atención. Vale decir también que sus respectivas decisiones de inversión en equipamiento y tecnología han de ser tomadas en tiempo real y proyectadas en las decisiones de asignación del gasto operacional. Las brechas de inversión —por ejemplo— dado el hecho que no se incorporan como depreciación, impactan en los costos negativamente.

Una de las mayores dificultades estructurales serían las inercias operacionales de compleja solución, ejemplificada en los presupuestos históricos que arrastraban brechas de inequidades asignativa y grados de ineficiencia bajo el amparo de falta de información relevante a la hora de la evaluación. Los

⁸ El artículo 4° de la Ley N° 19.966 entiende por GES de Calidad el "otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937". Cabe señalar que recién el año 2009 se dicta el reglamento respectivo para avanzar hacia la acreditación de prestadores públicos y privados, y se establece un período de varios años en forma voluntaria.

sistemas de registro de actividad eran claves. Pero por sobre todo, la persistencia de precios no representativos (precios sombra) por ausencia de actualización de estudios de costos dificultaban avanzar en este propósito original del Compromiso de Gestión. Esto generaría en adelante un impulso de FONASA en la definición de productos, sistemas de costeos con actualización y formulación de una política de precios progresiva que contribuiría sustantivamente a generar condiciones en la Reforma que se materializaría en el siguiente decenio.

Los hospitales, con el apoyo del nivel central y muchas veces por propia iniciativa, comienzan a desarrollar proyectos, como el instalar sistemas de evaluación de la gestión clínica mediante grupos relacionados de diagnóstico (GRD) y fortaleciendo los sistemas de registro, en la medida que FONASA fue progresivamente transfiriendo recursos contra actividad (presupuestos prospectivos).

Uno de los aspectos más críticos en este sentido sería la situación de endeudamiento de arrastre con la cual debían gestionar los Servicios de Salud. Sus causas principales serían precisamente la necesidad de actualizar los costos reales de la actividad con una política de precios y de asignación de recursos que avanzara a presupuestos por actividad de manera significativa.

Al presentar los proyectos de Ley en el marco de la Reforma se constataba claramente que los hospitales públicos requerían de un desarrollo de incentivos adecuados para conseguir mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Así entonces, los hospitales públicos fueron incorporados en el proceso de reforma, concientes que se requería su adaptación y cambio bajo un concepto de Red, y salvaguardando y consolidando los procesos de autogestión que el propio proceso desconcentrador y de separación de funciones en la financiación y provisión se había estado desarrollando en los últimos años.

En definitiva, antes de la asignación de recursos para la operación de los hospitales hay una realidad de oferta previamente generada por decisiones políticas de planificación de acceso a la salud, de las cuales la política de financiamiento deberá hacerse cargo. No se puede esperar de los mecanismos de pago lo que no pueden ni están llamados a resolver.

III. Materialización del proyecto de reforma

El proceso de implementación de la Reforma, en el componente AUGE, se inició tempranamente a fines del año 2002 con el establecimiento de un Piloto con tres problemas de salud por parte del Seguro Público (FONASA), como pieza de una estrategia de apoyo al proceso ejecutivo y legislativo de los distintos proyectos de Reforma, en particular del AUGE.

Ya en ese momento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) contaba con la experiencia organizacional y funciones necesarias para empujar el proceso de reforma debido al desarrollo de la capacidad de compra de servicios al conjunto de la red asistencial, mediante la incorporación de una serie instrumentos que permitían concretar la puesta en marcha del proceso de instalación de la reforma.

En este sentido, los componentes fundamentales de la Reforma Financiera instalada a contar de mediados de los noventa, permitió viabilizar el proceso en sus aspectos técnicos y de gestión, acompañado de una creciente revalorización institucional del seguro público de salud.

A. El proceso de priorización

Como ocurre con cualquier actividad para la que se tienen recursos finitos, la determinación de prioridades en los servicios de atención de salud es inevitable. Ello sucede en todos los países del mundo, independientemente de que sus sistemas de atención de salud tengan un carácter principalmente público o privado, del monto de recursos con que se cuente, de la orientación de las políticas sociales, o del grado de igualdad

de los sistemas de salud. La determinación de prioridades en salud ocurre simultáneamente en distintos niveles: hay que considerar el nivel macro (sistema de salud), así como a nivel intermedio (instituciones) y micro (pacientes) (Martin, D. y P. Singer, 2003).

Ha existido un amplio debate y diversos enfoques sobre priorización en salud no existiendo consenso sobre cuál es el más apropiado o justo.

Son predominantes las distintas teorías de justicia social, -utilitarismo, igualitarismo o comunitarismo-. Todas ellas llegan a distintos resultados. Aquí nuevamente surge la “tensión” entre los enfoques económicos que siendo útiles tienen limitaciones prácticas y enfatizan determinados valores, en especial la eficiencia, sobre lo cual tampoco hay consenso (Martin, D. y P. Singer, 2003).

Un análisis comparativo de experiencias de priorización en salud desarrolladas en varios países (Coulter, A. y C. Ham, 2001) concluye en que no hay soluciones simples o técnicas: el establecimiento de prioridades en salud es un proceso continuo y es necesario establecer mecanismos para su continua revisión. Atendiendo precisamente al proceso, y frente a la inexistencia de consensos sobre cómo establecer prioridades en salud, el filósofo norteamericano Norman Daniels, basándose en la teoría de justicia de John Rawls, plantea que una justa priorización en salud es posible mediante un proceso justo, y esto ocurre cuando: las decisiones y sus fundamentos son públicos; los fundamentos aluden a razones (evidencia y principios) que las personas pueden aceptar como relevantes para el contexto; las decisiones pueden ser sometidas a revisión y apelación; y existe un mecanismo legal o normativo que asegura que las tres condiciones anteriores se cumplan. La idea es transformar las decisiones de las entidades de salud públicas o privadas en parte de procesos de discusión más amplios, sobre cómo utilizar recursos limitados para proteger en forma justa la salud de una población con diversas necesidades (Daniels, 2001; Daniels N. y J. Sabin, 2002). De lo que se trata tal como lo menciona Daniels es lograr una correspondencia social con las opciones de priorización que se adopten o decidan en salud.

En este mismo sentido, el debate hoy también se extiende a la “densidad” que ha de tener la justicia social establecida, en el marco anterior. Es decir no basta con que se asegure la justicia en su estructura básica (como lo establece Rawls). De acuerdo con la visión defendida por Cohen, las exigencias de la justicia deben alcanzar a los individuos particulares, o para decirlo de otra manera la exigencias de una sociedad justa no se terminan con la presencia de un Estado que establece reglas justas, sin dejar de lado principios (como el principio igualitario según el cual las desigualdades solo son aceptables en tanto favorezcan a las personas más desventajados de la sociedad).

El uso de metodologías para la priorización sanitaria ha estado presente en Chile desde la Reforma del Sector Salud iniciada en 1990. Durante la década de los noventa se llevaron a cabo varios esfuerzos en esta dirección, siendo el primero de estos la ejecución del proyecto “Prioridades de Inversión en Salud”, cuyo propósito era identificar tanto áreas prioritarias de intervención, como los criterios a través de los cuales la población define sus prioridades y requerimientos, lo cual sería un importante insumo para la redefinición de las prioridades técnicas en salud y posteriormente para la revisión de los planes y programas del sector. Es en este contexto que se realizaron los estudios de la Carga de Enfermedad en Chile y de Preferencias Sociales.

Una de las decisiones en un sistema de garantías explícitas es el proceso de priorización en salud. En efecto, el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), si bien consideraba en la Ley la incorporación de recursos adicionales con cargo a fuentes impositivas directas, requería de un diseño de priorización que asumiera el escenario de recursos limitados, sumado a esto la materialización de derechos explícitos.

Esta exigencia como política pública quedó plasmada en la ley 19.966 (ver recuadro 2).

RECUADRO 2 EXTRACTO DE LA LEY 19.966

La elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad. Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno Señala además: se utilizarán estudios epidemiológicos de carga de enfermedad, tendientes a profundizar el conocimiento de la magnitud y tendencia de las principales causas de muerte y discapacidad en la población y las investigaciones respecto de las intervenciones existentes para prevenir, tratar o rehabilitar el impacto de estas enfermedades, evaluando la evidencia científica disponible sobre el resultado de esas intervenciones. Asimismo, se considerarán estudios sobre las necesidades y expectativas de la población y sobre las preferencias sociales, destinadas a conocer los problemas de salud que la población estima debieran ser cubiertos.

Fuente: Ley 19.966.

Los estudios previos (ver anexo 2) permitieron tener elementos de juicio y por sobre todo validar los procesos de consulta que debiesen ser incorporados. En ese sentido, Daniels (2001) propone que la priorización en salud debe ser un proceso abierto y que puedan ser apelables y sujetos a revisión progresiva bajo un marco de juridicidad establecido. Esto quedaba consagrado en la Ley AUGE y sería posteriormente corroborado en las revisiones hechas a las propias prioridades establecidas fundamentalmente en la revisión de las guías clínicas.

De acuerdo con la metodología establecida por la ley, se priorizan enfermedades de acuerdo con criterios sanitarios e impacto financiero.

Un primer requerimiento es la relación de la enfermedad o condición de salud con los objetivos sanitarios nacionales. Todos los problemas incluidos en el AUGE tienen mención expresa en los objetivos —y en la mayoría de los casos una meta sanitaria específica— con excepción de algunas condiciones que fueron incluidas porque ya formaban parte del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de FONASA.

Con el fin de entregar un parámetro técnico para ajustar el AUGE dentro del marco de los recursos disponibles, se intentó establecer una priorización de las enfermedades y condiciones de salud para apoyar las decisiones de inclusión o exclusión y también ayudar en las decisiones sobre implementación.

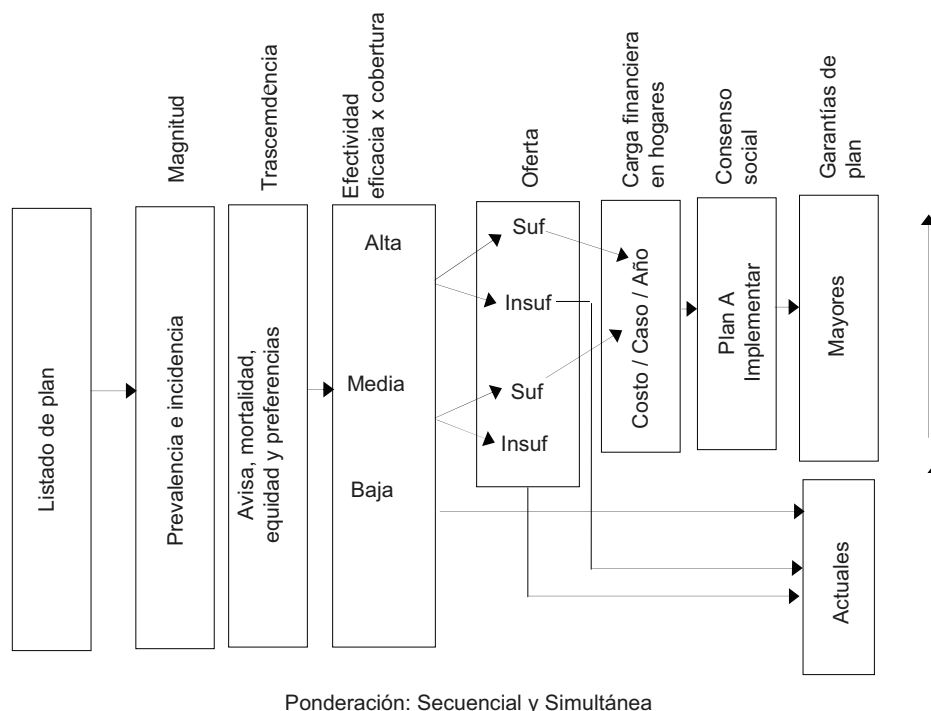
Para este fin, se elaboró un algoritmo de priorización (gráfico 3), usando los criterios comúnmente aplicados para establecer prioridades en salud⁹.

Siguiendo el algoritmo, se construyó una escala de puntaje de prioridad sanitaria, considerando criterios de magnitud (número de casos, ajustados por la calidad del dato), trascendencia (AVISA, mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios), vulnerabilidad (existencia de intervención efectiva¹⁰), se analizó la capacidad de oferta de las redes asistenciales con la participación de los Servicios de Salud -mediante encuesta.

⁹ Ver esquema de Bobadilla, OPS adaptado por el MINSAL en el documento de Prioridades de Salud, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, 1999.

¹⁰ Ministerio de Salud (2004): "Documento para la aplicación del sistema AUGE en las redes de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud". Piloto AUGE 2004 – Abril de 2004.

GRÁFICO 3
ALGORITMO DE PRIORIZACIÓN PLAN AUGE



Fuente: MINSAL.

Considerando esta información, se definieron las prioridades y a continuación se convocó a especialistas de los establecimientos públicos y de las sociedades científicas para elaborar los protocolos AUGE que orientaran el proceso de atención. Tomando en cuenta la información recopilada se plantearon las garantías. Esta priorización sanitaria y financiera permite de acuerdo con el Ministerio de Salud:

- Identificar prioridades sanitarias factibles de implementar en el corto plazo.
- Orientar ajustes de acuerdo con criterios sanitarios (focalización en grupos de mayor riesgo, en prestaciones más efectivas y más caras).
- Identificar prioridades de incremento presupuestario para financiar el AUGE.
- Identificar prioridades de inversión del sector para mejorar la cobertura del AUGE en el mediano y corto plazo.

Las condiciones enumeradas dan cuenta del 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones. La carga de enfermedad había sido estimada por las cifras de mortalidad ajustada y por años de vida saludable perdidos. Sin embargo, existen condiciones (problemas de salud) que no son necesariamente mortales pero que forman parte de la calidad de vida o de las intervenciones de carácter preventivo o de salud pública

Así, el 3 de septiembre de 2003 se publica la Ley 19.966 estableciendo que cada tres años el Ministerio de Salud (MINSAL) debe proponer una lista de patologías o condiciones con sus prestaciones asociadas, para ser incorporadas al AUGE. El Ministerio de Hacienda evalúa los recursos disponibles y

los expresa en una "Prima Universal¹¹" en UF¹² por cada potencial beneficiario (sea del FONASA o de ISAPRE), la que está ligada al crecimiento del producto geográfico bruto del país.

De esta forma el nuevo decreto trianual del programa AUGE, ampliado por la lista de patologías o condiciones elaborada por el Ministerio de Salud, con el respaldo presupuestario emanado del Ministerio de Hacienda, pasa al Consejo Consultivo. Este debe estudiar la factibilidad y conveniencia de incorporar cada una de las patologías o condiciones adicionales propuestas, utilizando con ese fin la información entregada por la Subsecretaría de Salud Pública. Las conclusiones del Consejo Consultivo y sus fundamentos son entregadas al Ministro de Salud, que en conjunto con el Ministro de Hacienda firman el decreto definitivo.

Los principales criterios de priorización utilizados por el MINSAL y por el Consejo Consultivo de acuerdo a la ley son: 1) Estudios de carga de enfermedad y de carga de factores de riesgo, ambos expresados en "AVISA" (suma de los años de vida perdidos, sea por muerte prematura o por incapacidad, atribuibles a cada patología o factor de riesgo); 2) Eficacia y efectividad de las prestaciones que se ofrece otorgar, de acuerdo a criterios de Medicina Basada en Evidencia; 3) Capacidad real de atención de los sistemas de salud para cada una de las patologías o condiciones propuestas y 4) Criterio de "preferencias sociales".

La Ley consagra como derechos de los beneficiarios las garantías explícitas relativas a:

- a) Garantía Explícita de Acceso: Obligación del FONASA y de las ISAPRE a asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas (...) en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.
- b) Garantía Explícita de Calidad: Se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado (...) en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.
- c) Garantía Explícita de Oportunidad: Establece un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación debe ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el FONASA o la ISAPRE, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.
- d) Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones no superará el 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen. Para los beneficiarios clasificados en los grupos¹³ A y B el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones y para los grupos C y D podrá fijar copagos menores al 20%.

¹¹ Se entiende por prima universal el valor máximo anual por beneficiario que puede alcanzar el costo esperado por beneficiario para el conjunto de la población de ISAPRE y FONASA.

¹² UF: La Unidad de Fomento (UF) es una medida reajutable basada en la variación del Índice de Precios al Consumidor. 1UF= US\$42 (valor junio 2010).

¹³ Grupo A: Corresponde a las personas y sus cargas familiares demostrables que no perciben ingresos y que se encuentran inscritos en algunos de los consultorios o centros de salud familiar de atención primaria de la red de atención pública. La atención de salud es gratuita.

Grupo B: Corresponde a las personas y sus cargas familiares demostrables cuyos ingresos son menores a US\$211, que se encuentran inscritos en algunos de los consultorios o centros de salud de atención primaria de la red pública, la atención de salud para este grupo es gratuita. (1 USD = 500 CLP).

Grupo C: Corresponde a las personas y sus cargas familiares que perciben entre US\$ 211,002 y US\$ 308,06 y que se encuentran inscritos en algunos de los consultorios o centros de salud de atención primaria de la red pública. Paga el 10% de la Atención en los establecimientos hospitalarios. La atención primaria es gratuita.

Según lo dispuesto en la Ley 19.966, la elaboración de cada propuesta de Garantías Explícitas en Salud debe sustentarse en el “desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad”. Estableciendo que “Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno”.

Asimismo, estipula que las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de beneficiarios del FONASA e ISAPRE, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se establece en la ley en referencia.

El texto legal indica que dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales o canastas de prestaciones¹⁴ de los problemas que sean definidos por el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda.

Desde su inicio en agosto de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2003 –17 meses de implementación– un total de 23.350 personas fueron beneficiadas con el Plan Piloto Auge (el que incluye cinco problemas de salud: Cardiopatías Congénitas Operables, Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Cáncer Infantil, Cáncer Cervicouterino y Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Terminal).

El mayor número de casos atendidos corresponde al problema de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos para Cáncer Terminal (8.505 casos, 36,4%); seguido por Cáncer Cervicouterino (7.562 casos, 32,4%); Insuficiencia Renal Crónica (4.065 casos, 17,4%); Cardiopatías Congénitas Operables (1.889 casos, 8,1%) y Cáncer Infantil (1.329 casos, 5,7%).

B. La función de compra

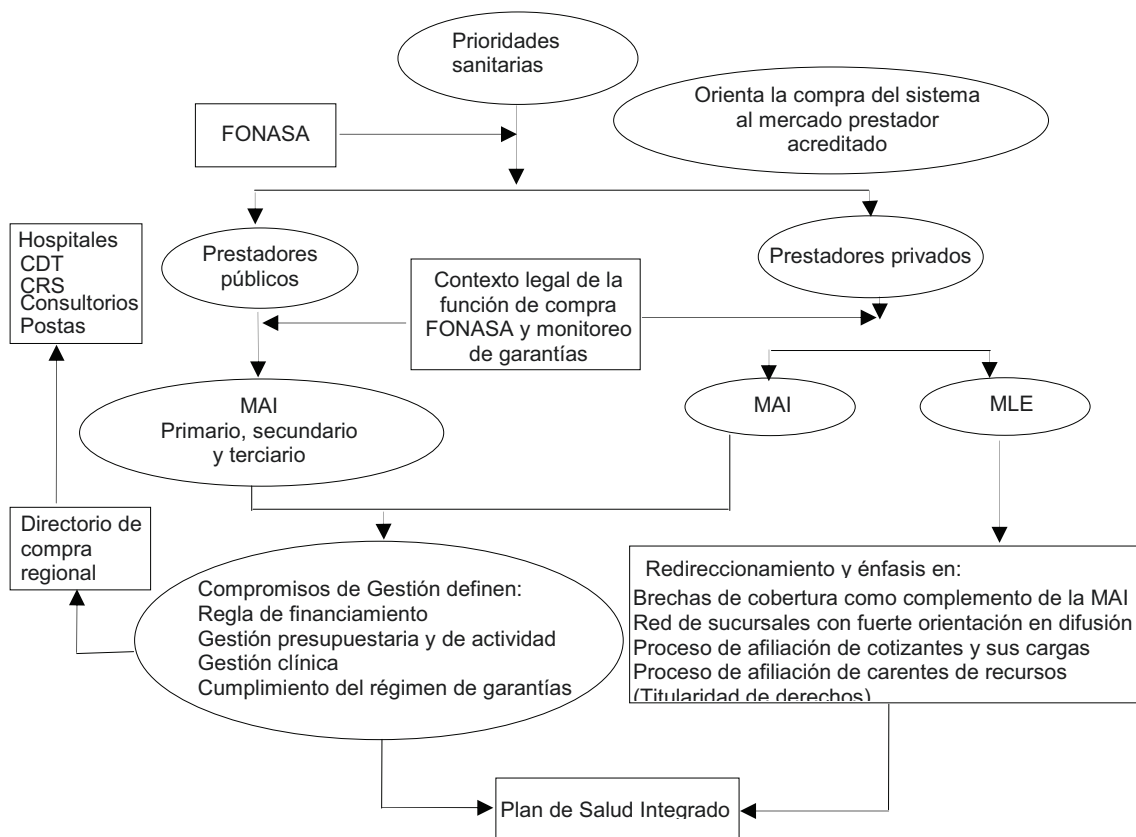
Los Compromisos de Gestión que entre otros componentes, explicitaban los mecanismos de pago del Programa de Prestaciones Valoradas y del Programa de Prestaciones Institucionales (PPV – PPI) que orientaban la “compra” de paquetes o soluciones de problemas de salud, permitió rápidamente concretar y dimensionar los recursos financieros necesarios para iniciar el piloto AUGE.

El gráfico 4 sintetiza el enfoque de la Reforma Financiera implementada a partir de mediados de los noventa y sus principales componentes de i) Ordenamiento Financiero; ii) Política Arancelaria; iii) Mecanismos de Asignación de Recursos, y iv) Política de Recuperación de Costos.

Grupo D: Corresponde a las personas y sus cargas familiares que perciben más de US\$ 308,062 y que se encuentran inscritos en algunos de los consultorios o centros de salud de atención primaria de la red pública. Paga el 20% de la Atención en los establecimientos hospitalarios. La atención primaria es gratuita.

¹⁴ Se entiende por prestaciones a las acciones de salud, tecnología sanitaria o dispositivos médicos, tales como consultas médicas, exámenes y procedimientos, medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos que se requieran para el diagnóstico de un problema de salud y su tratamiento o seguimiento.

GRÁFICO 4
DIAGRAMA DEL MODELO DE COMPRA PÚBLICA



Fuente: FONASA.

El modelo operativo de la función de compra descansaba en lo fundamental desde la perspectiva de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) de FONASA, esto es, el rol de la función de compra se llevaba a cabo desde y hacia la red pública de prestadores de salud (Servicios de Salud) y de manera excepcional hacia el sector privado prestador (figura 3).

Cabe destacar que en el presente, como referencia, la compra de tratamientos de Hemodiálisis para más del 90% de los usuarios se realiza directamente desde FONASA a los prestadores privados, existiendo aún un pequeño grupo de personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE).

De esta manera, la definición de las prioridades sanitarias emanadas desde el Ministerio de Salud, se establecieron en los presupuestos de compra desde FONASA hacia los Servicios de Salud (Compromisos de Gestión - red pública de prestadores) y en su complemento hacia la red privada de prestadores (Convenios), a través de la MAI.

C. Verificación del costo esperado y la prima AUGE

El costo de provisión de las Garantías Explícitas en Salud será calculado en relación a un beneficiario promedio considerando ISAPRE y FONASA. Dicho costo se denomina costo esperado individual y será el resultado final de la definición de los problemas de salud, de las prestaciones asociadas a éstos, de la

estimación del número de casos esperados y de la demanda potencial de las citadas prestaciones asociadas a cada problema de salud.

Con el objetivo de asegurar que la propuesta de Garantías Explícitas en Salud no superen en costo a la Prima Universal deberá convocarse a un estudio con el fin de verificar la validez de la estimación del costo esperado por beneficiario con que se determinen las garantías explícitas, calculado para el conjunto de los beneficiarios de las ISAPRE y de FONASA. De esta forma se garantizaría que efectivamente se cumpla la gradualidad en la incorporación al régimen de los problemas de salud con Garantías Explícitas.

Por otra parte, en la Ley se establece un cronograma de gradualidad en la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, consignando que:

- El año 2005 las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de veinticinco patologías o condiciones de salud, para lo cual la Prima Universal anual no podrá ser superior a 1,02 unidades de fomento.
- A contar del 1 de julio de 2006 las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cuarenta patologías y condiciones de salud y una Prima Universal no superior a 2,04 unidades de fomento.
- A contar del 1 de julio de 2007 las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de cincuenta y seis patologías o condiciones de salud y una Prima Universal anual no superior a 3,06 unidades de fomento.

Por su parte, la Ley estableció las condiciones que permitían determinar el monto del deducible para acceder a la cobertura financiera adicional, dándose a entender por deducible como “la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional”.

A su vez, la cobertura financiera adicional se entiende como “el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible a que se refiere el inciso segundo”.

El cuadro 3 establece los topes de copagos que los distintos tipos de beneficiarios tendrán que enfrentar de acuerdo a los porcentajes que el plan de salud señala, es decir, para un beneficiario de FONASA del tramo D de ingreso, su copago ante una situación o evento AUGE, concurrirá con el 20% del valor establecido para el problema de salud, en la medida que este copago sea menor que el tope establecido.

La regla establecida, constituye un stop-loss para el caso de los beneficiarios, cuyo compromiso pecuniario tiene un tope establecido por este deducible.

En cumplimiento de las disposiciones legales, en el año 2005 se realizó un primer estudio de verificación del costo esperado por beneficiario. Para la ejecución de este estudio, y de acuerdo a lo establecido en la ley, el Ministerio de Salud convocó a una licitación internacional. Los resultados del Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario 2005, junto con los de otros estudios que se sintetizan en el anexo¹⁵, constituyeron la información que respaldó la propuesta de priorización de las GES 2006.

¹⁵ Estudio: “Análisis de la Magnitud de los Problemas de Salud GES y de la Eficacia de las Intervenciones Propuestas en el PLAN”, MINSAL, ejecutado por el Dpto. de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Estudio: “Percepción Social en Salud - Determinación de Prioridades en Salud Propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud”, Ministerio de Salud 2005, ejecutado por Alcalá Consultores Asociados Limitada.

CUADRO 3
TOPES DE COPAGO SEGÚN BENEFICIARIO

Grupo de Ingreso	Régimen Laboral	Cantidad de Problemas de Salud	Deducible
C + Isapres		1	21 cotizaciones mensuales con tope de 122 UF
	Dependiente	Más de 1	31 cotizaciones mensuales con tope de 181 UF
		1	1,47 veces el promedio de sus ingresos mensuales
	Independiente	Más de 1	2,16 veces el promedio de sus ingresos mensuales
D + Isapres		1	29 cotizaciones mensuales con tope de 122 UF
	Dependiente	Más de 1	43 cotizaciones mensuales con tope de 181 UF
		1	2 veces el promedio mensual de los ingresos
	Independiente	Más de 1	3 veces el promedio mensual de los ingresos

Fuente: Elaboración propia de Ley 19.966.

A partir del 1 de julio de 2006 entró en vigencia el decreto que aumentó de 25 a 40 los problemas de salud que quedan bajo el régimen de garantías.

La siguiente etapa en el cumplimiento de la gradualidad en la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas consideró la ampliación de éstas a un máximo de 56 problemas de salud. En este contexto, durante el año 2006 se llevó a cabo el segundo estudio de verificación del costo esperado por beneficiario, el cual esta vez fue adjudicado a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile (ver anexo). El equipo de trabajo también estuvo conformado por profesionales de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica.

De esta forma, a partir del 1 de julio de 2007 quedaron incorporados un máximo de 56 problemas de salud conforme al cronograma establecido en la Ley N° 19.966.

Finalmente, el estudio “Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas – 2009” se obtuvo una estimación del costo anual esperado por beneficiario de cada uno de los problemas de salud vigentes, Piloto 2008, Piloto 2009, en evaluación para su inclusión en el GES, además del Examen de Medicina Preventiva (EMP); considerando para estos efectos a los beneficiarios de FONASA e ISAPRE en conjunto, y apoyar con esta información el proceso de puesta en marcha del Régimen GES 2010 (recuadro 3).

La metodología de estimación del costo esperado GES por beneficiario es compleja. A continuación se la resume con el fin de facilitar la interpretación de los resultados.

Cabe señalar que para el caso de los 56 problemas de salud (PS) vigentes, la autoridad modificó el contenido de las garantías vigentes, tanto en la frecuencia y cantidad de uso de prestaciones específicas, así como por la inclusión de nuevas prestaciones (fármacos, prestaciones médicas, prótesis, etc.). Esto ocurrió al comienzo y durante el proceso del estudio. La situación planteada afectó a una fracción (20) de los 56 PS vigentes (es decir a un 36%). En la generalidad esto se traduce en la adición de nuevas prestaciones, si bien en unos pocos casos, se excluyeron otras.

RECUADRO 3
VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO INDIVIDUAL PROMEDIO POR BENEFICIARIO DEL
CONJUNTO PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS –2009

El informe está organizado en fichas técnicas para cada problema de salud, que contiene todas las fases descritas en la metodología de estimación de la demanda contenida en el informe metodológico.

Cada ficha, numerada por problema de salud contiene la siguiente información:

Nombre del Problema de salud GES y su clasificación, según lo definido por la contraparte ya mencionados. La numeración se realizó de acuerdo al Decreto N° 44 para el caso de los problemas vigentes, y a los restantes se les dio un correlativo de acuerdo a los términos de referencia.

Definición del problema de salud, de acuerdo al decreto N°44 o a la Guía de Práctica Clínica (GPC), de dependiendo del tipo de problema.

Definición de los criterios de acceso y tipo de intervención sanitaria, (MINSAL)

Población objetivo, en cuanto a definición de sexo, edad, criterios clínicos o de otro orden (casos incidentes, etc.).

Acceso: fue descrito para los vigentes según el DS N° 44 y para el caso de los restantes problemas de salud, de acuerdo a las canastas.

Criterios de inclusión y exclusión de existir, en los mismos términos que el punto anterior.

Necesidad total, y su estimación a través de uso de las fuentes de información descrita que fueron:

Estudio EVC 2007; Estudio de Carga de Enfermedad 2007: Tablas DISMOD (Disease Model; Encuesta Nacional de Salud 2003, (ENS); Egresos Hospitalarios 2006; Defunciones 2006; Otra bibliografía relevante.

Estimación de la necesidad percibida.

Estimación de la demanda total o necesidad expresada.

Estimación de la demanda No GES (para problemas de salud vigentes) Estimación de la demanda GES.

Fuente: MINSAL

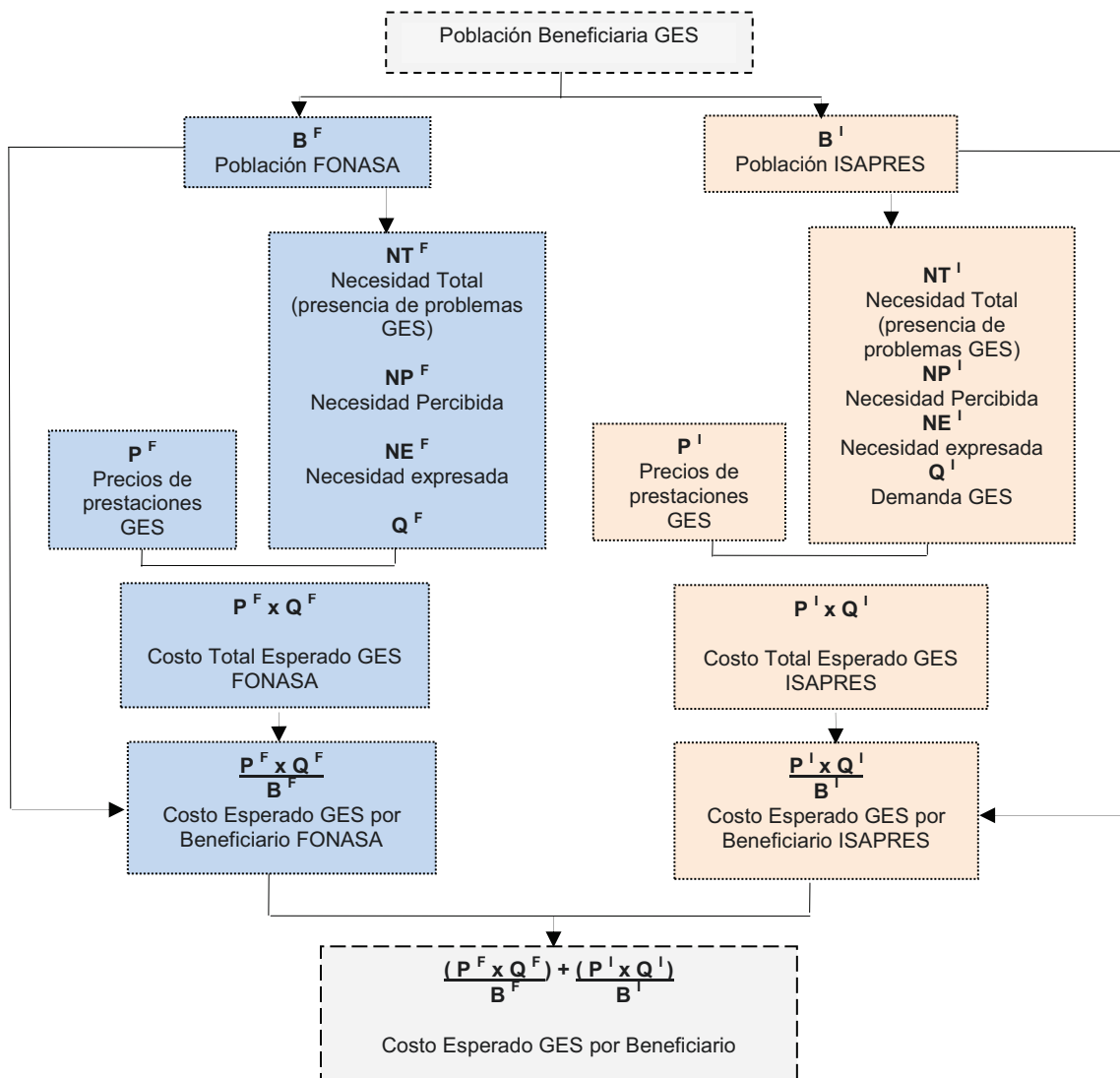
El cálculo del costo GES esperado por beneficiario consistió en siete tareas, las que se presentan en forma esquemática en el gráfico 5. Allí se aprecia que todos los cálculos —la población beneficiaria, la demanda por grupo de prestaciones principales (GPP), los precios de las prestaciones, el costo total y el costo por beneficiario— fueron hechos separadamente para el FONASA y las ISAPRE (todas ellas en conjunto).

- a) Estimación de la población beneficiaria GES para el FONASA y el conjunto de las ISAPRE, durante el horizonte de cuatro años del estudio (2010 al 2013).
- b) Proyección de la necesidad de atención de salud (presencia de problemas GES en la población beneficiaria) y la consecuente demanda por prestaciones de salud para la totalidad de problemas GES del estudio para ese periodo
- c) Revisión exhaustiva de las canastas de prestaciones entregadas por la contraparte, con el objeto de completarlas y así permitir su costeo. Al mismo tiempo, la totalidad de las prestaciones fue organizada y codificada por PS, Grupos de Prestaciones Principales (GPP) y sub-canastas; de forma tal de poder asociar posteriormente cada uno de estos conjuntos de prestaciones con sus respectivas estimaciones de demanda.
- d) Organización y codificación de las aproximadamente 8.500 prestaciones, de las cuales 1.382 prestaciones son diferentes, organizadas en GPP contempladas en las garantías GES para esos 84 problemas de salud y el EMP, y la obtención de sus precios correspondientes.
- e) Multiplicación de las prestaciones GES de cada GPP demandadas por sus respectivos precios, obteniendo así el costo esperado total anual GES. El costo acumulado de las GPP de cada PS fue calculado y posteriormente dividido por el número de beneficiarios GES, lo que arrojó el costo anual esperado por beneficiario por cada PS.

f) Sumatoria del total del costo esperado de todos los PS para cada seguro y se dividió por el total de beneficiarios respectivos (FONASA e ISAPRE), obteniendo así el costo esperado total por beneficiario anual para cada seguro (expresado en UF).

Obtención de los costos totales esperados GES para obtener un costo total esperado para el FONASA y las ISAPRE juntos, y un costo esperado por beneficiario promedio, usando como denominador la suma de ambas poblaciones beneficiarias.

GRÁFICO 5
RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO DEL COSTO ESPERADO GES POR BENEFICIARIO



Fuente: MINSAL.

El procedimiento metodológico consistió en resumen:

1. Estimación de demanda y población

La estimación de la demanda por garantías explícitas requirió operacionalmente de dos etapas. La primera correspondió a la proyección de la población total del país desagregada por tipo de previsión en salud, edad y sexo para los años del estudio (2010-2013). La segunda consistió en la proyección de la necesidad de atención de salud (presencia de problemas GES en la población beneficiaria) y la consecuente demanda por prestaciones de salud para los problemas de salud garantizados (56) y aquellos seleccionados para este estudio por el MINSAL (28) y el EMP, considerando los criterios de acceso definidos para cada uno de ellos, la previsión en salud y la opción de elegir la red GES (en lugar de los prestadores de libre elección).

2. Procedimiento para la obtención de precios y costos

Se distinguió entre aquellas prestaciones aranceladas (incluidas en el arancel MAI de FONASA y/o en el Maestro de Prestaciones de las ISAPRE) y las no aranceladas. En el primer caso, se debió diferenciar según el seguro (FONASA o ISAPRE). A continuación se describe como fue el proceso de la aplicación de los métodos definidos según las divisiones antes mencionadas.

a) Precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, prótesis y órtesis para PS GES vigentes y en evaluación

El primer proceso en la búsqueda de precios fue realizar una codificación de estas prestaciones, catalogadas como no aranceladas. Para el caso de los medicamentos, dicho proceso consistió en asignar ítems descriptivos y productos farmacéuticos a las prestaciones farmacéuticas contenidas en las canastas GES. Para ello se generó un listado de prestaciones según las descripciones entregadas por el MINSAL (canastas), las que fue necesario identificar y caracterizar según ítems descriptivos de las mismas: principio activo, dosis, forma farmacéutica, contenido del envase, nombre(s) comercial(es) y laboratorio(s) productor(es).

Para el caso de los insumos, órtesis y prótesis, el proceso fue más complejo. Las fuentes de información para los precios públicos (CENABAST, Mercado Público) proporcionaron la mayoría de los valores encontrados, pero para el mercado privado se hizo difícil la búsqueda de información al no existir una fuente oficial (proveedores nacionales e internacionales). Por otra parte, las descripciones de los insumos, órtesis y prótesis en las canastas eran muy poco específicas. En esos casos, se costearon todos los encontrados que tuvieran directa relación con el problema de salud o GPP y se calculó un promedio simple. De esta forma se eliminó el sesgo hacia uno en particular.

b) Precios para las prestaciones médicas de problemas de salud GES vigentes y en evaluación

Para el cálculo de las Prestaciones Aranceladas (PA) se aplicó una metodología diferenciada para FONASA e ISAPRE.

i) Precios FONASA: prestaciones con arancel MAI

El costo de cada PA se calculó tomando como base el valor MAI 2009. A ese valor se le aplicó un factor de corrección (F) que refleja las diferencias entre el valor MAI y el valor obtenido en estudios de costo en terreno anteriormente efectuados (EVC 2007, Estudio Partos 2007 y Estudio de Costo Efectividad, ECE, 2008). Esta corrección busca ajustar el arancel MAI en aquellas situaciones en que hay evidencia de que éste no refleja el verdadero costo de la atención.

Para aquellas PA nunca antes costeadas, no se pudo calcular F directamente. En estos casos, F se imputó promediando los factores F de otras prestaciones similares que sí han sido costeados. El supuesto que valida este procedimiento es que, al tratarse de prestaciones con un proceso asistencial equivalente, el factor de ajuste de los costos también sería similar, puesto que la sobreestimación o subestimación del

costo verdadero en el arancel FONASA sería semejante. En muchos casos se utiliza, una prestación costeadas para validar varias no costeadas.

ii) Precios FONASA: prestaciones sin arancel MAI (PPV, MLE)

En el caso en que el código de las PA proveniente de las canastas no se encontró en el arancel MAI, se buscó su valor en primer lugar en el arancel PPV y luego en el arancel FONASA de la Modalidad de Libre Elección (MLE) nivel 1, pues el precio de este nivel se acerca al MAI. En caso de ser allí encontrado, se agregó dicho valor (sin corrección) a los precios.

Para algunas prestaciones médicas no aranceladas, es decir, aquellas que no incluían código en las canastas entregadas por el MINSAL, se efectuaron “asimilaciones” al código MAI y ocasionalmente otras se usaron los valores costeados en estudios anteriores (EVC 2007, Estudio Partos 2007 y ECE 2008).

Finalmente, cuando no se encontró ningún valor en las fuentes recién enumeradas, se solicitó a la contraparte obtener los precios de convenios establecidos entre prestadores públicos y privados.

iii) Precios ISAPRE

Al igual que para los precios públicos, para algunas prestaciones médicas no aranceladas —es decir, prestaciones médicas que no incluían código en las canastas entregadas por el MINSAL— se procedió de 2 maneras alternativas: (1) se hicieron asimilaciones al código MLE nivel 3, pues este nivel se acerca más a los precios privados que el nivel 1 usado para precios públicos o (2) se usaron los valores costeados en estudios anteriores (EVC 2007, Estudio Partos 2007 y ECE 2008).

c) Determinación del costo esperado individual por beneficiario para el año 2010, para cada uno de los problemas de salud y el EMP

Obteniéndose, por un lado, los vectores de precios de cada problema de salud y del GPP (canasta de prestaciones) y, por otro, de la demanda GES de las poblaciones respectivas de los seguros públicos y privados, se obtienen los resultados para ambos subsistemas.

D. Principales resultados

El resultado más importante de este estudio es el costo promedio esperado por beneficiario y por año asociado a la provisión de las garantías GES. En su expresión más agregada, ese costo corresponde al costo promedio esperado para el sistema de seguridad social en salud, que incluye al FONASA y a las ISAPRE. En este caso el costo corresponde a la suma de los costos esperados del FONASA y las ISAPRE dividido por la suma de la cantidad de beneficiarios de ambos tipos de seguros.

El costo anual esperado de los 85 PS GES considerados, es igual a 3,83 UF lo que es un 25% superior al valor actual de la Prima Universal GES.

El actual costo de los 56 PS vigentes, incluyendo las modificaciones definidas por la autoridad sanitaria e incluidas en este costeo en 20 de esos PS, se estima en UF 3,07, monto ligeramente superior a la Prima Universal de 3,06 UF.

Por lo anterior, se concluye que:

1. los recursos actualmente previstos en la ley son suficientes para financiar el costo de los 56 PS garantizados por el GES y,
2. para poder financiar el aumento de cobertura correspondiente a los 29 PS nuevos, la Prima Universal debiera incrementarse en un 25%.

Resulta importante destacar de este informe en primer lugar, que el costo esperado por beneficiario para la totalidad de los problemas de salud en evaluación, es decir, los 85 PS considerados en este estudio asciende a 3,83UF el año base 2010. Dado que la Prima Universal actualmente vigente

está definida en 3,06 UF para los 56 PS en régimen, será necesario considerar un reajuste de dicho valor, cuestión que está normada por la misma Ley 19.966.

Otro hecho relevante es que el costo esperado por beneficiario para los 85 PS en evaluación se encuentra el año base 2010 por sobre el techo al que podría llegar la Prima Universal reajustada. En consecuencia, la evolución del costo de las GES no se ajustaría al marco definido en la normativa legal vigente a la fecha de este estudio.

Adicionalmente la proyección de los costos del GES para los 56 PS vigentes es 3,07 UF el 2010 ligeramente superior a la Prima Universal GES legal vigente de 3,06 U.F.

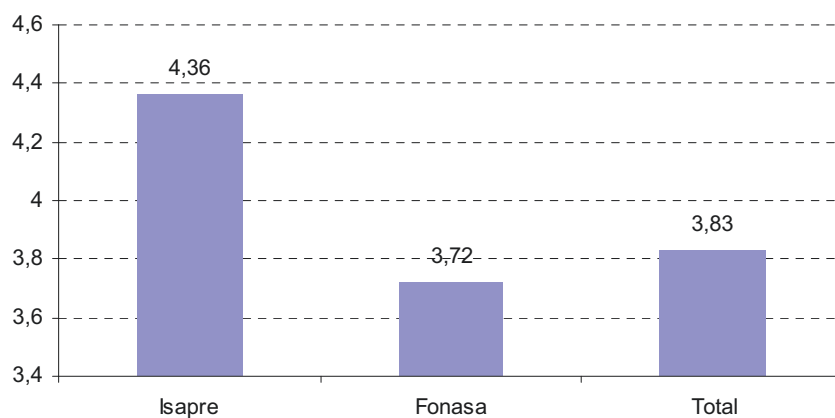
Finalmente, el escenario de priorización que actualmente contempla el Ministerio de Salud, con sólo 10 PS adicionales a los 56 ya garantizados, tiene un costo esperado por beneficiario de 3,38 UF en año 2010, monto que excede en 0,32 UF a la Prima Universal actualmente vigente.

Por otra parte, el estudio concluye que:

El costo GES esperado por beneficiario difiere entre el FONASA y las ISAPRE (gráfico 6). La diferencia se explica por tres factores:

- Costos de la atención: El asegurador público (FONASA) enfrenta costos inferiores a los precios privados. Esa diferencia persiste aún si se corrige el arancel FONASA MAI, para incorporar costos omitidos, en un esfuerzo por reflejar más cercanamente los verdaderos costos de la atención en el sistema público.
- Propensión a usar GES: Los beneficiarios de las ISAPRE registran una relativa baja tasa de uso de las prestaciones GES, prefiriendo hacer uso de prestadores de libre elección que se encuentran fuera de los convenios GES. En cambio, los beneficiarios FONASA usan la modalidad de libre elección (MLE) con baja frecuencia y recurren principalmente a prestadores públicos institucionales para sus atenciones GES.
- Epidemiología: La población beneficiaria del FONASA es de mayor edad promedio que la de las ISAPRE y además presenta una mayor prevalencia o incidencia de algunas patologías GES.

GRÁFICO 6
PROYECCIÓN DEL COSTO ESPERADO GES POR BENEFICIARIO PARA 85 PS
(En porcentajes)



Fuente: Superintendencia de Salud, 2010.

La diferencia de un 17% entre los costos GES del FONASA y las ISAPRE podría incrementarse en la medida que los usuarios de los seguros privados se familiaricen con las garantías del GES y hagan un uso más frecuente de él.

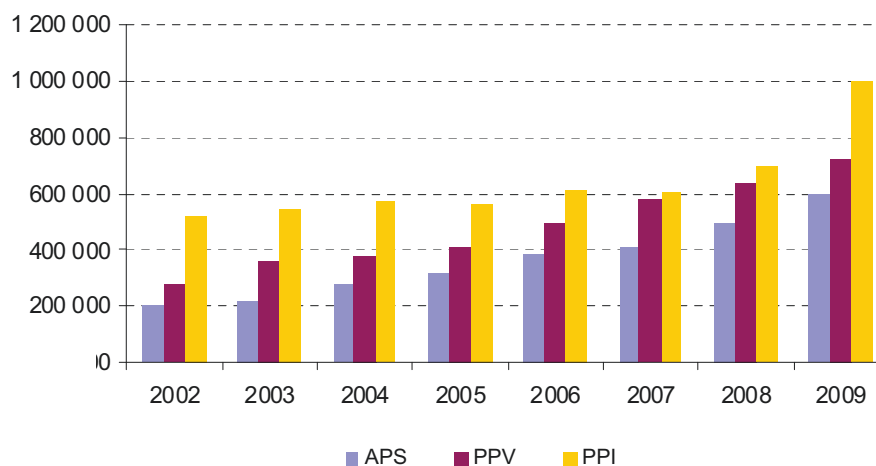
E. Financiamiento AUGE: una opción incremental y no sustitutiva

Los principales componentes de financiamiento y su consecuente transferencia de recursos hacia los Servicios de Salud para la actividad asistencial dicen relación con las partidas de recursos de Atención Primaria de Salud (APS), las de Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) y finalmente las de Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), que superan el 85% de la ejecución presupuestaria de estas unidades.

En el caso particular del PPV, esta línea de financiamiento contempla los recursos que se transfieren a las unidades asistenciales de nivel secundario y terciario por concepto de AUGE. Son las que cuentan con una actualización de costos y que son ampliamente reconocidas por los gestores de los Servicios de Salud. Para el caso de la línea de financiamiento de la APS, éstas contemplan el financiamiento del AUGE que se articulan al nivel primario de atención y que son retransferidas por los Servicios de salud a los entes administradores de la salud primaria, esto es, las Corporaciones de Salud Municipal (per cápita más correctores). Por último las prestaciones institucionales PPI son fundamentales un conjunto de nominaciones de prestaciones y constituyen la suma de pagos muchas veces desactualizados y no adecuadamente identificados desde la lógica de presupuestos centrada en la gestión por resultados sanitarios y agregados por resolución.

Con el objeto de apreciar la evolución de las fuentes de financiamiento hacia las unidades ejecutoras de la red asistencial, el gráfico 7 muestra el flujo de recursos por cada una de las líneas de transferencia. Se puede apreciar el crecimiento permanente del financiamiento en términos reales tanto de la APS como del PPV, mientras que el PPI lo ha hecho de manera más irregular. El PPI se ha visto incrementado en una secuencia en la cual la incorporación de actividad PPI se ha ido añadiendo paulatinamente en el periodo hacia actividad PPV, proceso llevado a cabo con mayor fuerza durante los primeros años de la década del 2000.

GRÁFICO 7
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA, 2002-2009



Fuente: Ejecución Presupuestaria sector salud – DIPRES – Ministerio de Hacienda.

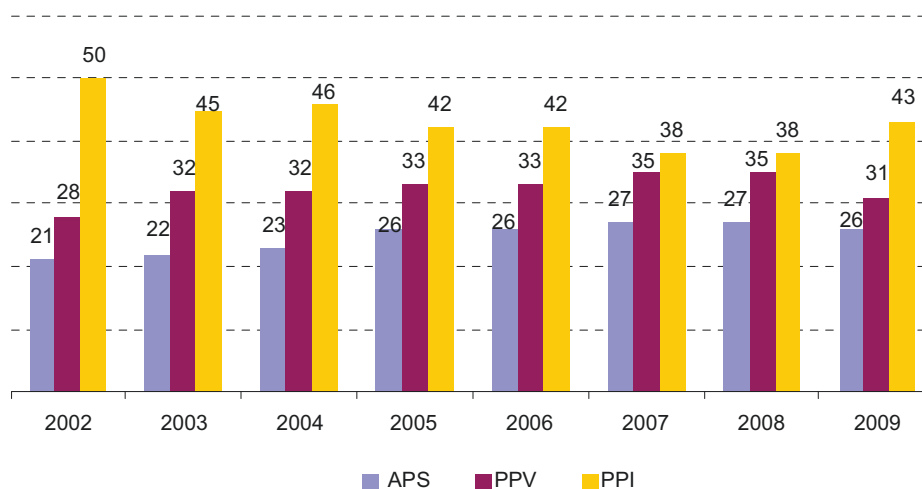
Lo importante de destacar, es que la línea de financiamiento no-AUGE no constituye desde el financiamiento ser la variable de ajuste de las otras fuentes de financiamiento en el periodo y por tanto, la reforma implementada no ha sacrificado financiamiento para la actividad PPI por actividad PPV (y en particular del AUGE).

En moneda de noviembre de 2010, los recursos ejecutados durante el año 2009 alcanzaron a APS MMS\$623.378, PPV MMS\$748.719 y PPI MMS\$1.028.130, totalizando MMS\$2.400.226 equivalente a 5 mil millones de dólares aproximadamente¹⁶.

Por su parte, la participación relativa de cada fuente de financiamiento en el periodo ha variado, fortaleciéndose la presencia de la APS y PPV respecto de la línea de financiamiento PPI (gráfico 8).

Esta situación era la esperada en un contexto que la prioridad en el financiamiento ha estado centrada en los problemas de salud AUGE, sean de nivel primario, secundario o terciario.

GRÁFICO 8
PARTICIPACIÓN RELATIVA LÍNEAS DE FINANCIAMIENTO
(En porcentajes %)



Fuente: Ejecución Presupuestaria sector salud – DIPRES – Ministerio de Hacienda.

Es posible concluir que en el proceso de implementación de la Reforma, las fuentes de financiamiento no les han restado recursos a la actividad asistencial identificada como No AUGE.

Lo anterior, no quiere decir que el nivel de financiamiento para el PPI sea satisfactorio o el deseado, toda vez que la ley de presupuesto instala una restricción que obliga a priorizar.

Cabe otra consideración a tener en cuenta. Si bien lo observado en el gráfico 8 refleja los porcentajes de transferencias asignadas a los Servicios de Salud y por ende a los respectivos hospitales públicos de la red, esto se debe contrastar con el registro de la propia actividad medida en prestaciones realizadas con el fin de verificar con precisión si la actividad propiamente se ha sustituido por efecto del AUGE.

¹⁶ Valor de la paridad: US\$1 = \$500.

F. Sistema de información, monitoreo y fiscalización de la reforma

Todo el soporte logístico en términos de verificación de la actividad asistencial PPV y de las garantías de acceso y oportunidad del Régimen de Garantías lo entrega el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES).

No existe probablemente en América Latina un sistema de información y gestión de garantías en salud de la magnitud que constituye el SIGGES, el cual apunta a concentrar y mantener en línea la información de cada persona por cada evento de salud y sus respectivas garantías en toda la red asistencial pública del país.

El SIGGES intenta capturar lo más significativo del circuito de atención de un problema de salud garantizado. Cada etapa del ciclo de atención de salud queda identificada de acuerdo a las parametrizaciones efectuadas a cada problema de salud y en cada etapa, esto es, desde la confirmación o descarte de la sospecha diagnóstica (CIE-10¹⁷), pasando por la etapa de tratamiento médico y/o quirúrgico (arancel de prestaciones de la Modalidad Institucional) y el control o seguimiento respectivo.

Cada etapa está identificada por el otorgamiento de una o varias prestaciones que determinan el cumplimiento de la etapa respectiva (cada problema de salud tiene definido un flujograma), de acuerdo a una configuración parametrizada del problema de salud, es decir, si el problema de salud garantizado tiene restricciones de edad y sexo, previsión social de la persona, tipo de prestaciones entre otros. Por tanto, el registro de acciones (prestaciones) en el sistema, va determinando el paso siguiente en el circuito de atención y verifica si la etapa de sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y control y seguimiento se cumplen o no.

La magnitud de este sistema piloteado en los años 2003 – 2004 , para tres problemas de salud y luego para 25 problemas de salud a partir del año 2005, no estuvo exento de serias dificultades tanto en el diseño de las parametrizaciones de cada uno de los problemas de salud y del propio sistema informático, como del proceso de implementación, la que requirió no sólo de intensificar y planificar jornadas de capacitación a un sistema de registro de prestaciones y eventos en el sistema público que modificaba radicalmente los sistemas tradicionales de registro.

Si bien es cierto que el alcance del sistema es más bien acotado y no cubre todas las necesidades de registro de una unidad hospitalaria o asistencial, la magnitud de los registros para la verificación de la actividad que soportaba el Régimen de Garantías y del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) dejaba de manifiesto los históricos problemas de una actividad poco priorizada en las unidades asistenciales, como es el registro clínico y de la falta de recursos y voluntades del personal médico para esta actividad.

Por su parte, el SIGGES entrega los insumos básicos (valorización del conjunto de prestaciones) para la determinación de la garantía de protección financiera, garantía que es administrada en un módulo informático independiente bajo la administración de FONASA que incorpora los antecedentes personales en términos de ingreso y categoría previsional de la persona, con el fin de determinar el monto efectivo del copago que debe efectuar la persona una vez determinado costo del problema de salud y el deducible respectivo del problema de salud.

Además, esta garantía regulariza el gasto máximo anual que realizan los usuarios de ambos sistemas. La ley establece que los usuarios pagarán como máximo el 20% anual del arancel que corresponda a la patología en cuestión, y su asegurador debe cubrir el resto de los gastos. De esta manera se asegura que todas las personas paguen exactamente la misma cantidad de dinero por una

¹⁷ Codificación Internacional de Enfermedades en su versión 10.

determinada prestación, con independencia del plan de salud que tengan o la modalidad de seguro al que estén afiliados. Cabe mencionar que las prestaciones son gratuitas para los afiliados de FONASA de los grupos A y B.

Una vez que el paciente ingresa en el sistema, el hospital debe ocuparse de que el tratamiento se efectúe dentro de los plazos que le correspondan, porque es el hospital el que recibe los recursos financieros asegurados por cada paciente AUGE a través de las transferencias PPV comprometidas, y el que es sancionado si no cumple con las garantías obligatorias. Así, el tipo de seguimiento que corresponde a estos pacientes ha obligado a los hospitales a organizarse y gestionarse mejor, ordenándose las unidades y mejorando los registros de los pacientes en el sistema. A consecuencia de ello se han creado unidades de fiscalización y gestión al interior de los hospitales, para que se encarguen específicamente de los pacientes AUGE y de monitorear el cumplimiento de las garantías.

Aun cuando existen organizaciones superiores y externas al hospital que colaboran en el seguimiento y la fiscalización del cumplimiento de las garantías, como FONASA o la Superintendencia de Salud, la información que los hospitales les entregan proviene del SIGGES, cuyos registros pueden no ser muy confiables, sea por la inoportunidad en el ingreso de los mismos al sistema, su falta de rigurosidad o eventualmente su manipulación. Es por lo anterior, que existen diversas instancias que generan visitas de monitoreo y fiscalización de esta actividad. Sin embargo, las visitas no son muy recurrentes y tampoco logran monitorear el sistema completo, porque la magnitud de éste supera las capacidades operativas y humanas de las organizaciones. Sin embargo, no existe sistema alternativo que permita comparar la confiabilidad del mismo y por tanto, el proceso de fiscalizaciones y monitoreo es permanente pero aún insuficiente, dado los volúmenes de casos y registros.

Insuficiencias en la implementación del Sistema AUGE:

Por otro lado, los usuarios paulatinamente han ido conociendo bien la ley pero no siempre saben cuáles son las patologías cubiertas por el AUGE, ni los plazos o protocolos de atención que debe respetar el personal médico. Muchas veces la terminología dificulta su comprensión. En un estudio de la Superintendencia de Salud, al evaluar el conocimiento acerca del AUGE se obtuvo que más de la mitad de los encuestados (58%) tiene un nivel bajo de conocimiento (Superintendencia de Salud, 2006¹⁸).

En distintas encuestas a usuarios ha quedado de manifiesto que al preguntarles a los pacientes AUGE por los derechos que este sistema les asegura, la mayoría de los entrevistados menciona exclusivamente la gratuidad, es decir, la protección financiera, quedando a un lado las garantías de acceso y de oportunidad. La importancia de la información una vez más resulta fundamental sobre todo en el ámbito de las garantías explícitas en salud, cuáles son las patologías cubiertas por el plan y cuáles los protocolos asociados a cada una. Aquí reside la asimetría de información que aún se mantienen, y por lo tanto el paciente aún no se transforma en un fiscalizador real de sus derechos.

A la pasividad de algunos usuarios que no utilizan las fuentes de información disponibles se suma la dificultad para asegurar una oportuna notificación, por parte de los médicos y sus centros de atención, al paciente de que su patología está cubierta por el AUGE. La fiscalización de consultorios de la Región Metropolitana, que realizó en 2008 la Superintendencia de Salud, muestra que el 88% de los consultorios no está notificando satisfactoriamente a los usuarios AUGE, por lo cual están sujetos a un proceso de sanción.

Esta insuficiencia del sistema no afecta necesariamente el cumplimiento de las garantías estipuladas por el AUGE, en términos de recibir la atención de salud requerida con su respectiva cobertura financiera; todos los pacientes de FONASA A y B (los segmentos más pobres de la población) están cubiertos financieramente de todas maneras. El problema es que, al no ser notificado, el paciente nunca llega a saber

¹⁸ PNUD: "Desarrollo Humano en Chile: La Manera de Hacer las cosas – 2009".

que es sujeto de derechos y que no sólo requiere ser atendido por su enfermedad, sino que tiene el derecho de ser atendido en ciertos plazos y de una manera específica estipulada por la ley.

La Encuesta de Desarrollo Humano 2008 muestra que la población en general queda conforme con la atención que recibe en salud, tanto con los tiempos de espera (64% queda conforme) como con el trato de parte de los funcionarios (79,6%), enfermeras (83%) y médicos (85%). Sin embargo, entre aquellos que no quedan conformes, su disposición a reclamar es muy baja. Por ejemplo, sólo un 27% declara haber reclamado al estar disconforme con el tiempo de espera, mientras que un 60% declara no haber hecho nada (el resto se fue o decidió no volver a ese lugar). De aquellos casos que quedaron disconformes con el trato del médico, sólo un 20% señala haber reclamado.

A la luz de lo anterior, el sistema en su conjunto no ha ofrecido los instrumentos que permitan empoderar a los ciudadanos para el ejercicio efectivo de sus derechos ante la ocurrencia de alguna garantía incumplida y que por tanto, se genere una cadena de acciones que permita resolver oportunamente alguna omisión o incumplimiento de las garantías de acceso y oportunidad.

En el caso a las otras garantías consideramos lo siguiente:

La garantía de calidad aún no entra en vigencia, puesto que los procesos de acreditación y certificación de los prestadores de salud no han finalizado, proceso que lidera la Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Prestadores.

La garantía de protección financiera en régimen desde el inicio de la reforma se está aplicando en plenitud ahora con los procesos de cobranza de los copagos (todo o parte del deducible determinado) específicamente e el seguro público de salud. Hasta el año 2008, no se había iniciado el proceso de cobranza aún cuando las primeras estimaciones indicaban montos pequeños por recuperar para el caso del primer decreto del AUGE¹⁹.

A pesar de todas estas dificultades y sólo contando con 5 años desde la implementación del RGES, la información del desempeño de las unidades prestadoras en torno al cumplimiento de la garantía de oportunidad se puede sintetizar en algunas cifras.

Una rápida revisión de los resultados arrojados por el SIGGES (cuadro 4), muestra que el mayor porcentaje de garantías de oportunidad otorgadas se registra en el Nivel Primario de atención con el 77,4% y en el Nivel Secundario y Terciario sólo se han otorgado el 22,6% del total de garantías en estos 5 años de funcionamiento del Régimen. Además, se muestra que la Atención Primaria de Salud (APS) registra el nivel más alto de cumplimiento de garantías de oportunidad o lo que es lo mismo, el nivel más bajo de incumplimiento por retrasos tanto absolutos como relativos.

CUADRO 4
SEGÚN NIVEL DE RESOLUCIÓN DISTRIBUCION CUMPLIMIENTO GARANTIA
DE OPORTUNIDAD AUGE (ACUMULADO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2010)

Garantías de oportunidad (69 prob. de salud). Por nivel de atención					
	Cumplidas	Retrasadas	Total garantías oportunidad	Porcentaje de participación por nivel de atención	Porcentaje de retraso
Nivel primario	8 303 073	58 869	8 361 969	77,43	0,70
Nivel 2 y 3	2 346 745	90 470	2 437 215	22,57	3,71
Total	10 649 818	149 366	10 799 184	100	1,38

Fuente: FONASA – SIGGES (datos presentados en ENASA 2010).

¹⁹ Decreto N° 170.

Un juicio cuidadoso debe colocarse en la balanza, habida consideración que la garantía de oportunidad es legalmente obligatoria para ambos seguros (públicos y privados) y es que a 5 años de implementación de la reforma en el sector público, existe un registro de más de 10 millones de garantías, de las cuales el 1,38% ha presentado atrasos, equivalente a alrededor de 150 mil garantías. Con todo, en la obligatoriedad de la oportunidad de la atención reside la fortaleza de esta reforma. Descuidar este aspecto puede atenuar su credibilidad de manera innecesaria.

**CUADRO 5
POR SERVICIOS DE SALUD (JURISDICCIÓN TERRITORIAL)**

Servicios de salud	Garantías acumuladas 01.07.2005 al 31.09.2010		Total garantías	Porcentaje retrasos sobre total GO por SS
	Cumplidas	Retrasadas		
Coquimbo	354 141	13 293	367 434	3,62
Metropolitano Norte	526 409	19 376	545 785	3,55
Del Libertador B. O'Higgins	547 719	14 118	561 837	2,51
Viña del Mar-Quillota	589 113	11 991	601 104	1,99
Metropolitano Sur	886 286	17 237	903 523	1,91
Valparaíso-San Antonio	370 800	6 726	377 526	1,78
Iquique	139 119	2 431	141 550	1,72
Del Maule	528 597	9 177	537 774	1,71
Metropolitano central	570 593	9719	580312	1,67
Metropolitano occidente	817 460	13 704	831 164	1,65
Osorno	174 063	2 328	176 391	1,32
Chiloé	82 396	985	83 381	1,18
Del Reloncaví	201 967	2 403	204 370	1,18
Araucanía sur	418 630	4 894	423 524	1,16
Aysén	82 329	960	83 289	1,15
Magallanes	108 170	1 079	109 249	0,99
Metropolitano sur-oriente	948 017	7 759	955 776	0,81
Araucanía norte	183 772	1 262	185 034	0,68
Bío Bío	287 256	1 552	288 808	0,54
Antofagasta	215 386	1 064	216 450	0,49
Valdivia	288 387	1 340	289 727	0,46
Talcahuano	213 618	864	214 482	0,40
Aconcagua	191 177	680	191 857	0,35
Concepción	455 457	1 544	457 001	0,34
Atacama	154 233	419	154 652	0,27
Arauco	148 844	355	149 199	0,24
Arica	106 420	219	106 639	0,21
Metropolitano oriente	564 711	1 154	565 865	0,20
Ñuble	470 603	732	471 335	0,16
No clasificado	24 145	1	24 146	0,00
Total general	10 649 818	149 366	10 799 184	1,38

Fuente: FONASA – SIGGES (datos presentados en ENASA 2010).

Cabe recordar que cuando la garantía de oportunidad presenta atrasos en el sistema (SIGGES), la resolución final del problema de salud no “borra” la condición de atraso, es decir, la condición de atraso es permanente, haya sido resuelto o no el problema de salud AUGE.

Desde este punto de vista, la escala de operación que demandaba la gestión de garantías, especialmente de la garantía de oportunidad, por parte del seguro público de salud, pero particularmente de las unidades ejecutoras (Servicios de Salud y su red asistencial) ha significado un “cambio de paradigma asistencial”.

Aún cuando se haya implementado el piloto AUGE a fines del 2002 y puesto en marcha el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) en el año 2003 – 2004, en un escenario en aquel momento aún incierto del futuro de los proyectos de Ley, los problemas de implementación se irán inexorablemente resolviendo en el tiempo.

Si bien es cierto es posible auditar la rigurosidad de los distintos registros del SIGGES y tener un diagnóstico más científico del desempeño de las unidades ejecutoras y del Seguro Público de Salud, los datos a la escala presentados han demostrado una instalación exitosa dadas las condiciones iniciales de implementación.

El desafío hoy en día se traduce en eficientar el SIGGES y todo la gestión clínica y operativa que está detrás del sistema de registro, en un contexto hoy del ejercicio de derechos exigibles en salud.

Resta por diseñar dispositivos que permitan empoderar a la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos en salud con el objeto de mejorar el desempeño actualmente exhibido, de lograr un mayor compromiso de los médicos en la notificación de un problema de salud AUGE y de los mecanismos que operacionalicen la resolución oportuna de las distintas garantías explícitas en salud.

CUADRO 6 POR PROBLEMAS DE SALUD

Garantías oportunidad acumuladas por problema de salud 2005-2010				
Problema de salud	Garantías acumuladas 01.07.2005 al 31.09.2010		Total garantías	Porcentaje retrasos sobre total de garantías
	Cumplidas	Retrasadas		
11. Cataratas	352 270	26 552	378 822	0,25
21. Hipertensión arterial esencial	2 006 762	13 421	2 020 183	0,12
31. Retinopatía diabética	76 931	9 977	86 908	0,09
07. Diabetes mellitas tipo 2	709 229	8 889	718 118	0,08
29. Vicios de refracción	428 931	7 713	436 644	0,07
34. Depresión	694 284	7 264	701 548	0,07
26. Colectectomía preventiva	97 735	6 626	104 361	0,06
36. Órtesis	166 162	5 581	171 743	0,05
30. Estrabismo	45 679	5 269	50 948	0,05
19. Infección respiratoria aguda	1 736 095	3 956	1 740 051	0,04
05. Infarto agudo del miocardio	348 897	3 740	352 637	0,03
02. Cardiopatías congénitas operables	33 312	3 488	36 800	0,03
37. Accidente cerebrovascular	104 712	3 386	108 098	0,03
24. Prematurez	117 720	3 232	120 952	0,03
25. Marcapaso	36 839	3 103	39 942	0,03
41. Trat. méd. Artrosis de cadera y/o rodilla	156 529	2 926	159 455	0,03
27. Cáncer gástrico	85 569	2 741	88 310	0,03
39. Asma bronquial	143 092	2 186	145 277	0,02
20. Neumonía	151 447	2 091	153 538	0,02
38. Enferm. pulmonar obstructiva crónica	42 252	1 860	44 112	0,02
Total	10 649 818	149 366	10 799 184	1,38

Fuente: FONASA – SIGGES (datos presentados en ENASA 2010).

IV. AUGE y su expresión en los seguros públicos (FONASA) y privados (ISAPRES)

Es interesante analizar el comportamiento de uso del sistema AUGE entre ISAPRES y FONASA en sus respectivas redes.

Una rápida revisión de los datos en el cuadro adjunto (ver cuadro 7) constata que el volumen de garantías gestionadas o en gestión para cada uno de los seguros desde el inicio del Régimen en Julio de 2005 y hasta Junio de 2010, están en razón 12:1 FONASA respecto de las ISAPRES considerando que la escala de población de ambos seguros están en la proporción 5:1, respectivamente.

Teniendo en consideración que las ISAPRES tiene un seguro adicional como es el seguro catastrófico (CAEC) este, legalmente no es sustitutivo del GES, dado que la ley obliga y permite a todos los chilenos contar con este (AUGE). Con todo en el uso de este derecho la demanda de la población afiliada es menor ya sea porque desconoce el beneficio en términos de plan o aún no lo está requiriendo o le resulta una mejor cobertura financiera a través del seguro catastrófico.

Esto debe agregarse la importante cantidad de población afiliada a FONASA que lo está utilizando y que de alguna manera constituye uno de los aspectos meritorios del sistema de Garantías particularmente en el Nivel primario y en las enfermedades edad mayor costo y prevalencia.

CUADRO 7
CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD

Problema de salud	Número de casos acumulados julio-2005 a marzo 2010		Número de casos acumulados julio-2005 a junio 2010		Número de casos acumulados enero y junio de 2010	
	FONASA 28/03/2010	ISAPRE 28/03/2010	FONASA 27/06/2010	ISAPRE 28/08/2010	FONASA	ISAPRE
1 Insuficiencia Renal Crónica Terminal	16 686	1 488	17 566	1 560	1 419	150
2 Cardiopatías Congénitas Operables	34 053	1 616	35 855	1 715	3 068	193
3 Cáncer cérvicouterino	73 040	5 666	77 274	6 018	6 635	740
4 Cuidados Paliativos Cáncer Terminal	60 996	2 966	64 646	3 169	6 099	459
5 Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	280 059	4 146	302 909	4 362	38 450	481
6 Diabetes Mellitus Tipo 1	4 657	4 360	4 839	320	274	
7 Diabetes Mellitus Tipo 2	611 212	50 311	629 674	52 110	29 771	3 642
8 Cáncer de Mama	45 324	10 258	47 711	10 812	3 972	1 124
9 Disrafias Espinales	3 278	156	3 557	161	465	15
10 Escoliosis, tratamiento quirúrgico en menores de 25 años	2 799	730	2 952	770	219	89
11 Cataratas	244 413	8 771	256 809	9 325	20 519	1 082
12 Artrosis de Cadera Severa que requiere Prótesis	9 570	709	10 095	737	809	66
13 Fisura Labiopalatina	1 781	182	1 865	194	138	17
14 Cánceres Infantiles	5 331	556	5 601	585	458	63
15 Esquizofrenia	13 253	1 077	13 953	1 152	1 125	131
16 Cáncer de Testículo	8 654	1 210	9 009	1 292	568	157
17 Linfoma del Adulto	7 214	1 209	7 630	1 277	695	155
18 VIH / SIDA	-	2 348	-	2 506	-	293
19 Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	1 549 715	48 569	1 633 129	51 811	109 523	4 588
20 Neumonía Comunitaria de Manejo Ambulatorio	111 846	432	117 399	440	7 832	18
21 Hipertensión Arterial	1 768 290	109 504	1 811 623	113 801	68 024	8 052
22 Epilepsia No Refractaria	4 390	1 086	4 592	1 124	308	89
23 Salud Oral	636 055	53 654	389 215	56 778	36 610	6 827
24 Prematurez	105 601	3 478	110 630	3 659	8 326	454
25 Trastorno de Conducción que requiere Marcapaso	20 330	2 285	21 471	2 440	1 946	314
Subtotal Casos GES Decreto Supremo N° 170	5 345 547	316 767	5 580 004	332 299	347 299	29 473
26 Colectectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos	70 519	4 899	75 422	5 338	7 950	854
27 Cáncer gástrico	47 835	516	51 463	551	5 897	70
28 Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	14 336	2 236	15 180	2 343	1 406	247
29 Vicios de refracción en personas de 65 años y más	456 276	3 169	485 517	3 526	48 098	679

(continúa)

Cuadro 7 (continuación)

Problema de salud	Número de casos acumulados julio-2005 a marzo 2010		Número de casos acumulados julio-2005 a junio 2010		Número de casos acumulados enero y junio de 2010	
	FONASA 28/03/2010	ISAPRE 28/03/2010	FONASA 27/06/2010	ISAPRE 28/08/2010	FONASA	ISAPRE
30 Estrabismo en menores de 9 años	35 823	1 904	38 087	2 035	3 789	276
31 Retinopatía diabética	81 107	2 109	86 822	2 233	10 437	240
32 Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	7 276	665	7 786	709	864	95
33 Hemofilia	2 077	131	2 168	141	138	22
34 Depresión en personas de 15 años y más	581 270	89 599	609 499	95 471	45 855	11 517
35 Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas	16 156	983	17 195	1 049	1 753	119
36 Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más	155 105	490	166 755	534	19 930	107
37 Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	52 896	2 498	57 546	2 693	7 763	413
38 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	109 343	3 153	114 178	3 315	7 729	334
39 Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	109 173	13 454	117 021	14 699	11 453	2 055
40 Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	9 810	848	10 504	915	1 167	171
Subtotal Casos GES 15 problemas de salud adicionales Decreto Supremo N°228	1 749 002	126 654	1 855 143	135 552	174 229	17 199
Subtotal Casos GES 40 problemas de salud Decreto Supremo N°228	7 094 549	443 421	7 435 147	467 851	521 528	46 672
41 Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	122 104	3 668	136 965	4 014	23 884	689
42 Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	2 050	247	2 230	261	296	36
43 Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más	2 803	437	3 064	474	417	73
44 Tratamiento quirúrgico hernia núcleo pulposo lumbar	8 113	3 348	8 778	3 705	1 056	664
45 Leucemia en personas de 15 años y más	2 509	370	2 695	401	305	68
46 Urgencias odontológicas ambulatorias	1380 626	31 650	1494 734	33 956	189 095	5 369
47 Salud oral integral del adulto de 60 años	69 276	2 133	75 766	2 331	10 066	414
48 Politraumatizado grave	3 932	278	4 296	310	616	76

(continúa)

Cuadro 7 (conclusión)

Problema de salud	Número de casos acumulados julio-2005 a marzo 2010		Número de casos acumulados julio-2005 a junio 2010		Número de casos acumulados enero y junio de 2010	
	FONASA 28/03/2010	ISAPRE 28/03/2010	FONASA 27/06/2010	ISAPRE 28/08/2010	FONASA	ISAPRE
49 Atención de urgencia del traumatismo cráneo encefálico moderado o grave	24 960	346	27 824	399	5 064	102
50 Trauma ocular grave	45 332	191	49 802	212	7 570	44
51 Fibrosis quística	399	58	410	60	14	3
52 Artritis reumatoidea	24 118	3 676	25 281	3 891	1 911	439
53 Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años	5 512	332	5 979	364	665	53
54 Analgesia del parto	174 033	446	189 890	514	26 726	108
55 Gran quemado	2 224	113	2 414	126	313	27
56 Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audifono	58 756	37 938	64 764	41 529	9 652	678
Sin Problema de Salud Informado 8 9	-	8	-	9	-	-
Subtotal Casos GES 16 problemas de salud adicionales Decreto Supremo N°44	1 926 747	51 086	2 094 892	55 179	277 650	8 843
TOTAL GENERAL	9 021 296	494 515	9 530 039	523 039	799 178	55 515

Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud.

Nota: Esta información no incorpora casos de VIH atendidos por FONASA y no considera los casos registrados por CONASIDA (9.147 casos al 15 de junio de 2008) casos informados sin problemas de salud.

Tal como se ha planteado anteriormente, la población usuaria de FONASA es la más pobre y vulnerable, concentrándose los riesgos en salud por parte del seguro público. De hecho, prácticamente el 90% de las personas adultas mayores (sobre 65 años) pertenecen a FONASA y no es de extrañar la tasa de utilización del AUGE frente a los usuarios de ISAPRES.

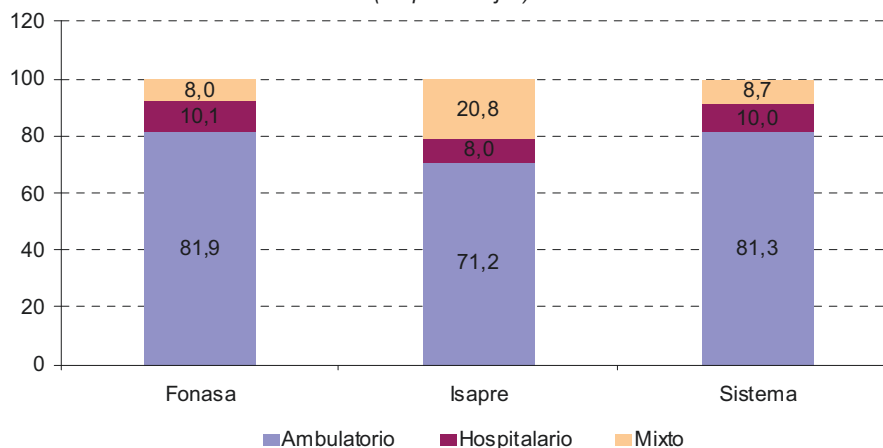
Lo anterior es una constatación adicional de lo inequitativo del sistema de salud en su conjunto y que consagra la segmentación de las poblaciones, un sistema de salud para pobres y otro para no pobres.

A. Casos GES de FONASA e Isapres por tipo de atención en las redes de prestadores al año 2010

Es interesante analizar el comportamiento de uso entre Isapres y Fonasa en sus respectivas redes. Claramente en el caso de las Isapres estas han utilizado el doble en comparación a FONASA el nivel primario ambulatorio. Esto puede deberse al tipo de patologías pero la tendencia estructural del sistema Auge es privilegiar esa atención con mayor resolutiveidad y basado en la serie de antecedentes que es de todo punto de vista sanitario más adecuado. Una primera reflexión tiene que ver con la oferta ambulatoria (atención primaria y mixta) que exhiben hoy la red en convenio con las ISAPRES. Al ser la puerta de entrada a un sistema de salud estas han adecuado su oferta con un componente importante de especialidades generales y subespecialistas adosado a esto una alta inversión en equipamiento de exámenes e imagenología. Vale decir una oferta muy sensible a la demanda de mayor resolutiveidad y mayor especialización que la población esta crecientemente demandando. Así también se explica que la

modalidad de libre elección de FONASA mantenga niveles de crecimiento sostenidos significativos, habida consideración que esta opera como un seguro complementario del Seguro Público, donde el concepto de elegibilidad les permite acceder a una oferta de especialidades que en el Sector Público tiene restricciones de oferta y de derivaciones, constituyendo uno de los componentes de listas de espera existentes en nuestra población.

GRÁFICO 9
CASOS GES FONASA ISAPRES POR TIPO DE PRESTADORES AL AÑO 2010
(En porcentajes)



Fuente Superintendencia Salud, Minsal.

B. Comportamiento comparativo de garantías explícitas de afiliados en FONASA e ISAPRES

Al analizar el comportamiento de uso de los beneficios AUGE (tasa de uso por problemas de salud) por parte de los afiliados a FONASA e ISAPRES, se observan importantes diferencias. Las tasas de uso real en este caso hacen la diferencia, dado que pese a la obligatoriedad que tienen las ISAPRES como FONASA, de otorgar la cobertura de AUGE, las personas en una Isapre pueden preferir el acceso del seguro complementario de las ISAPRES (CAEC) para las enfermedades garantizadas en AUGE, dado que en algunas coberturas o planes específicos ofertados, puede resultar más atractivo para los afiliados de mayores recursos. Con esta salvedad, analizando las tasas de uso de la mayoría de los problemas de salud garantizados es muy significativa la diferencia en el acceso y uso de los afiliados del Seguro Público versus el de ISAPRES, llegando incluso a diferencias de 17 veces como acontece en el infarto agudo del miocardio y la neumonía comunitaria de adulto de diferencia de más de 30 veces.

Como ya se ha evidenciado, la población de FONASA tiene mayor siniestralidad y por ende las enfermedades asociadas a patologías más complejas, de mayor costo y asociadas a la condición de mayor edad claramente están a lo menos con una razón superior a 2 (ver cuadro 8). Por otro lado, está demostrando que paulatinamente la población informada de sus derechos y conocidas las redes y estructuradas adecuadamente se produce el natural curso de mayor demanda y resolución de patologías que representan claramente la carga de enfermedad del país.

CUADRO 8
TASA DE USO EN FUNCIÓN DE LOS CASOS GES ENTRE ENERO Y JUNIO DE 2010

Problema de salud	FONASA	ISAPRE	Razón Fonasa/Isapre
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	11,3	5,4	2,1
Cardiopatías Congénitas Operables	107,1	29,9	3,6
Cáncer Cérvicouterino	133,6	73,6	1,8
Cuidados Paliativos del Cáncer Terminal	48,5	16,4	3,0
Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	306,0	17,2	17,8
Diabetes Mellitus Tipo 1	2,5	9,8	0,3
Diabetes Mellitus Tipo 2	236,9	130,3	1,8
Cáncer de Mama	40,9	52,3	0,8
Disrafias Espinales	120,4	19,3	6,2
Escoliosis, tratamiento quirúrgico en menores de 25 años	4,4	8,0	0,5
Cataratas	163,3	38,7	4,2
Fisura Labiopalatina	4,8	2,6	1,8
Cánceres Infantiles	16,0	9,8	1,6
Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	11 424,9	2 325,7	4,9
Neumonía Comunitaria de Manejo Ambulatorio	586,1	16,5	35,6
Hipertensión Arterial	701,3	374,7	1,9
Prematurez	4 300,7	1 204,9	3,6
Cáncer gástrico	46,9	2,5	18,7
Vicios de refracción en personas de 65 años y más	3 599,1	620,7	5,8
Estrabismo en menores de 9 años	229,6	73,9	3,1
Retinopatía diabética	83,1	8,6	9,7
Depresión en personas de 15 años y más	472,7	535,9	0,9
Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas	28,4	8,1	3,5
Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más	1 491,3	97,8	15,2
Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	80,0	19,2	4,2
Tratamiento médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve y Moderada	961,6	214,2	4,5
Urgencia Odontológicas Ambulatoria	1 504,9	192,2	7,8
Salud Oral Integral del Adulto de 60 años	8 465,9	2 004,0	4,2
Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo Encefálico moderado o grave	40,3	3,7	11,0
Trauma Ocular grave	60,2	1,6	38,3
Consumo perjudicial y dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años	16,8	6,1	2,8
Analgesia del Parto	13 805,1	286,6	48,2

Fuente: Superintendencia de Salud.

V. Conclusiones

El Sistema AUGE en su globalidad -y en esta etapa en pleno desarrollo- ha legitimado la concepción de derechos en salud, como un derecho positivo de prestaciones (derecho social) a través del sistema de garantías explícitas para un conjunto de enfermedades priorizadas de acuerdo a la realidad sanitaria, como un mecanismo gradual que morigera la naturaleza intrínseca de inequidad del sistema de salud chileno.

Lo más relevante es el establecimiento de derechos explícitos que viene a consagrar el enfoque de derechos sociales y su extensión progresiva, resolviendo las prolongadas y a veces razonables discusiones sobre su factibilidad operativa y otras tanta resistida conceptualmente, en la medida que se trata de derechos de prestaciones sustentados en principios de una universalidad efectiva y no declarativa

Esto es un muy buen ejemplo de cómo una iniciativa de Reforma que tuvo una gama de detractores inicialmente respecto al punto anterior, ya sea por su viabilidad, o por escalada de costos incontrolables, entre otros prejuicios conceptuales, pasó finalmente a constituirse en uno de los aspectos más sentidos por la ciudadanía y constituye la esencia de la Reforma.

Los otros argumentos de como al elaborar un Plan Garantizado explícito significaría una situación regresiva a la usanza de planes mínimos, así como quienes consideraban inviable establecer garantías por razones de suficiencia financiera y operativa en torno al cumplimiento de las garantías por parte del sistema público. Esto finalmente quedó superado por la capacidad del sistema y por la confluencia de los aspectos política y técnica en torno al AUGE.

Es una de las pocas políticas públicas que extendió su influencia y valoración social al conjunto de la sociedad llegando a ser por una parte de alto impacto social y también un producto con una visibilidad comercial y de marketing en el mercado de la salud tanto en seguros privados como aseguradoras.

Una segunda reflexión está orientada a la necesaria institucionalidad del Sistema de Salud que, habida consideración de los avances modernizadores en el Estado —tal como se ha mencionado—, se han reflejado en los procesos de separación de funciones. Estas no deben constituirse en “reglas de oro” que dificulten aún más la necesaria capacidad de Rectoría, integradora y articuladora en pos de objetivos sanitarios claros y explícitos.

Así también es importante concluir que procesos de reformas de esta magnitud deben a lo menos proponerse iniciativas legales que aborden tanto los aspectos de aseguramiento y financiamiento así como los de la actividad prestadora o redes de provisión.

Todo ello requiere de un empoderamiento de las instituciones reguladoras-fiscalizadoras y de los procesos de auditoría con el fin de anticipar fenómenos de judicialización y por sobre todo los incumplimientos establecidos en la Ley de Regímenes Garantizados.

En este mismo sentido una de las mayores complejidades guarda relación con los problemas de gestión hospitalaria de arrastre. Se trata entonces de establecer un modelo de gestión e incentivos que se proponga una mejor integración con las redes de atención primaria, la exigencia de mayor resolutiveidad y disminución drástica de las listas de espera.

En relación al financiamiento la experiencia chilena nos confirma de la necesaria configuración de agregación de fuentes financieras como una adecuada fórmula. En efecto, el financiamiento con cargo a impuestos generales sumado a la fuente de cotizaciones permiten, en este caso, darle sustentabilidad a la propuesta. Sin desmedro de esta base argumental, sumar componentes de impuestos específicos (IVA) como aconteció con la fuente del financiamiento en el AUGE, constituye un paso importante en el desarrollo financiero de los sistemas de Salud. La experiencia a nivel regional evidencia que el aumento sostenido del Gasto Público y la disminución de los incrementos de pago de bolsillo a los sectores de menores ingresos, en su agregación constituyen aspectos sensibles a la hora de la evaluación de mayor o menor equidad en los sistemas de salud.

Una “prueba” de equidad de iniciativas de reforma está en el efecto neto de los gastos de bolsillo o gasto privado antes y después de estas reformas. En efecto en el caso de Chile los gastos privados son importantes proporcionalmente en términos de fuente y gastos individuales. Estos gastos de bolsillo, post reforma debiesen disminuir producto del sistema de garantías de protección financiera incluidas en el AUGE. Esto debiera ser evidente en las enfermedades catastróficas. La repetida argumentación a favor de mayores copagos dado que estos atenúan la demanda en términos generales, puede esconder una dramática regresión en términos de cobertura de acceso para sectores de menores ingresos.

Los desafíos en crear dispositivos e instrumentos que permitan una mayor oportunidad y transparencia de la información para empoderar a la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos, la mejores condiciones de operación de las unidades ejecutoras para hacer sustentable los esfuerzos de largo plazo de atender sobre 10 millones de garantías en poco más de 5 años, de la instalación de alternativas factibles y eficientes ante el no cumplimiento o riesgo de incumplimiento de garantías tanto de parte de los seguros de salud como de los prestadores, la regla financiera que permite certeza a las autoridades económicas de una reforma de esta envergadura, del empoderamiento de la Superintendencia de Salud para velar por el cumplimiento legal del régimen por parte de las aseguradoras constituyen acciones necesarias en una nueva etapa de legitimidad del actual proceso de reforma.

Las lecciones que se pueden obtener a 5 años de implementación de la Reforma, se pueden vislumbrar en lo fundamental en los siguientes puntos:

- i) La reestructuración del Ministerio de Salud, y el reposicionamiento de la autoridad sanitaria, aunque aún en proceso, hacen que hoy esté mucho más claro, cuales son a nivel local el campo

- de acción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales, más allá de la eficiencia que puedan tener cada una de estas entidades, en gestionar la red asistencial y ejercer la autoridad sanitaria, respectivamente.
- ii) La instalación de lógicas de separación de funciones a ultranza de la provisión con la actividad de salud pública (bienes públicos) en particular sus acciones preventivas, pueden generar vacíos de cobertura en programas esenciales nacionales si quedan desprovistas de una adecuada integración entre las redes de prestadores con las instituciones responsables de Salud Pública (autoridad sanitaria regional). La vigilancia epidemiológica ha de ser un instrumento para la toma de decisiones sectoriales, y no pueden las redes asistenciales a cargo del otorgamiento de las prestaciones (hospitales y consultorios de nivel primario) quedar desprovistas de una gestión sanitaria integrada. La separación de la función de financiamiento de la provisión en salud, es necesaria y permite la generación de espacios de competencias reguladas, con un instrumental de experiencias de positivo impacto (compromisos de gestión, convenios de compra, gestión centralizada de camas, directorios de compra etc.).
 - iii) El desarrollo de Establecimientos Autogestionados en red es un claro referente de innovación en el ámbito de la provisión que se propuso para adecuarse a los nuevos requerimientos institucionales establecidos en la reforma en especial por las garantías explícitas. Al comprometer la gestión de los recursos humanos necesarios tras el logro de los objetivos de la reforma, lo hace complejo y requiere de una fuerte reingeniería de procesos en la gestión y en la micro asignación de los recursos (mecanismos de pago, estudios de costos, definición de una política de precios entre otros aspectos). De no avanzar con relativa sintonía en los tiempos de implementación y concreción en plenitud, dificulta la gestión y pone trabas adicionales en el propósito de la reforma.

Dado que el principal propósito de la Reforma se centró en corregir la segmentación y falta de equidad del sistema, cabe entonces realizar un análisis definiendo que en realidad, desde el punto de vista del sistema de salud, la segmentación en dos subsistemas parece perdurar sin grandes cambios estructurales, persistiendo una selección de riesgos de las ISAPRES hacia las mujeres (con una legalidad que les permite sin problemas vender seguros con un costo mayor que para los hombres) y obligando a los adultos mayores a migrar al FONASA, ya que para las coberturas que tienen sus seguros el costo es cada vez más alto.

Para estas dos problemáticas, la Ley de Isapres —que en su proyecto original contemplaba un mecanismo de fondo de compensación de riesgos o fondo solidario— sólo logró que se creara un fondo inter-Isapres, que en la práctica no ha tenido un impacto significativo.

Respecto a la priorización de esfuerzos en salud hacia el nuevo perfil epidemiológico, las 56 patologías garantizadas y las nuevas incorporadas, que abarcan gran parte de la carga de enfermedad, debieran ser capaces de mejorar indicadores y dar cumplimiento a los objetivos sanitarios 2000-2010 que se mantienen para el nuevo decenio, considerando los importantes avances alcanzados. Con todo se deben considerar los Programas Ministeriales homónimos, que vienen trabajando en dichas coberturas hace ya varios años, con prestaciones importantes pre-AUGE.

Por último, todo hace pensar que a estas alturas la población beneficiaria del seguro público debiera estar satisfecha con sus prestaciones e informada de todos los procesos que hacen exigibles los derechos garantizados por el Régimen GES, lo que a la fecha no se ha producido completamente. De hecho la Superintendencia de Salud ha hecho críticas respecto de que los pacientes, en su mayoría, no conocen bien sus derechos. Por otro lado, a pesar de que FONASA ha comprado gran cantidad de prestaciones en el sistema privado, un informe emitido por la Contraloría²⁰ concluyó que existen falencias importantes por parte de la Red Pública, para cumplir las garantías del Régimen GES.

²⁰ Órgano estatal encargado de ejercer el control de juridicidad de los actos de la Administración pública.

Asimismo, los procesos de fiscalización no han sido lo suficientemente oportunos o han sido insuficientes en asegurar que un paciente logre exigir el cumplimiento antes de que la garantía se venza.

La Reforma de Salud (AUGE), ha sido sin lugar a dudas, un avance para la salud de Chile, dado que en las patologías hasta ahora incluidas en el Régimen General de Garantías (Régimen GES), la cobertura poblacional ha aumentado en números gruesos, y a pesar de que no se han cumplido a cabalidad las garantías de oportunidad prometidas de todas formas las acciones e intervenciones en salud, que fueron incluidas en las guías clínicas, se han incrementado ostensiblemente y hoy los chilenos del subsistema público pueden acceder a ellas con mayor facilidad que antes. Enfermedades altamente prevalentes como la depresión han superado con creces las proyecciones de casos. Los resultados de los Objetivos Sanitarios para la década (2000-2010) así lo demuestran.

El componente preventivo y promocional debe ser un aspecto sustancial y longitudinal en los procesos de salud enfermedad, y también en los regímenes garantizados. Por ello la idea de un Plan Garantizado de aspectos preventivos incorporados en los protocolos, pero por sobre todo como parte sustantiva de los Planes Nacionales y los Objetivos de la década darán consistencia e integralidad a las acciones de salud.

Finalmente, el establecer un sistema de garantía explícitas viene a refrendar la posibilidad cierta del establecimiento de derechos positivos y por ende de derechos sociales. Sin lugar a dudas hará una contribución al conjunto de políticas públicas en el siglo XXI en nuestra Región.

Bibliografía

- Alcalá Consultores Asocidos (2005) Percepción Social en Salud - Determinación de Prioridades en Salud Propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud”, Ministerio de Salud 2005, ejecutado por Alcalá Consultores Asociados Limitada.
- Boeninger, Edgardo (2005), “Economía Política de la Reforma de la Salud”, en Reforma de Salud en Chile: Desafíos de la Implementación, ed. Sánchez, Héctor y Javier Labbé.
- Concha, M. et ál. (1999) “Informe Final Estudio de Costo Efectividad” en: Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones para los principales problemas de Salud Pública. [Chile]: Ministerio de Salud. 1999.
- Contraloría General de la República de Chile (2006) Informe final consolidado del Programa Nacional de Fiscalización de las Garantías Explícitas en Salud. [Chile]: Contraloría Regional de la República. División de Auditoría Administrativa. Agosto 2006.
- Erazo, Álvaro (2004), “La Reforma de Salud: una obligación Social”.En Revista Foro. Fundación Chile 21.
- Erazo, Álvaro (2007), “Universalidad Efectiva y Protección Social, el Desafío de las Reformas Sociales”, en Políticas Públicas para un Estado Social de Derechos. El Paradigma de los Derechos Universales. Vol. I. ed. Ximena Erazo / María Pía Martin / Héctor Oyarce.
- Erazo, Á.; Titelman, D.(2008), “Coberturas y garantías en Salud”, en Políticas Públicas para un Estado Social de Derechos. El Paradigma de los Derechos Universales Vol. II. ed. Ximena Erazo / Víctor Abramovich / Jorge Orbe.
- Ferrer, Marcela (2004), Plan Auge y Reforma a la Salud: ¿Vía a la equidad en salud? Agenda Pública. Año III, N° 4, Septiembre de 2004. Universidad de Chile.

- FONASA (2008) Fonasa y la gestión de garantías. [Chile]: Fondo Nacional De Salud. Abril 2008.
- Frei, R. et ál. (2009) PNUD, Desarrollo Humano en Chile: La Manera de Hacer las cosas – 2009.
- FONASA (2009) Estadísticas Demográficas años 1990 a 2007. [Chile]: Fondo Nacional de Salud.
- Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2009) Revista chilena de Salud Publica Vol. 13 (3): 122-185 ed. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Año 2009.
- Garretón, M.A. (2010). Fin de Ciclo y Perspectivas de la Centroizquierda. En Ideas para Chile. Aportes de la Centroizquierda (225). Editado por Clarisa Hardy. Ed Lom.
- Gil Mc Cawley, D. (2009). Derechos Garantizados y su Expresión en las Políticas Públicas. En Estrategias de Desarrollo y Protección Social. Serie Estudios Vol. II: 87-93. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Gobierno de Chile.
- Lagos E., Ricardo (2002), Mensaje Presidencial, 21 de mayo del 2002.
- Lenz, Rony. (2007), Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina: Una Mirada desde la Economía Política Serie Estudios Socio / Económicos N° 38 Junio 2007. CIEPLAN.
- Lenz, Rony. (2005), “Políticas Públicas en Salud: Experiencias y Desafíos en Chile 1990-2010, Una Mirada Económica”, en La Paradoja Aparente, editor Patricio Meller, Ed. Taurus.
- Lopez, G. (1999), “La Financiación Hospitalaria y la Reforma de los Sistemas Públicos de Salud. Nuevos Paradigmas, en “La Contratación de Servicios Sanitarios”, editor G. López Casanovas, Ed. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Meller, P. (1999), “Pobreza y Distribución del Ingreso en Chile (Década del '90)”, artículo presentado en la Conferencia Chile 1990-1999: The model country for democracy and development?, University of California, San Diego, diciembre 10-12, 1999.
- Meller, P. (2005), “Una Revisión del Debate Ideológico-Económico Sobre Equidad y Crecimiento” en Paradoja Aparente. Editor Patricio Meller. Editorial Taurus.
- Ministerio de Hacienda (2002) Mensaje N° 1-347 Proyecto de Ley que establece un Régimen General de Garantías. Presidencia de la República. [Chile]: Ministerios Salud, Trabajo y Hacienda. Mayo 2002.
- Ministerio de Salud (2002) Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la década 2000-2010. [Chile]: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2002) Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, evaluación a mitad de periodo. [Chile]: División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2004) Documento para la aplicación del sistema AUGE en las redes de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Piloto AUGE 2004 – Abril de 2004. [Chile]: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Hacienda (2005) Sistema de Control de Gestión y Presupuestos por Resultados La Experiencia Chilena. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos, Gobierno de Chile.
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia (2006) Reforma del Estado en Chile 2000-2006. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2010) Departamento de Inversiones. Año 2010.
- Superintendencia de Salud (2007) Informe final: Implementación de la Reforma de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud. [Chile]: Superintendencia de Salud.
- Titelman, D. (2000), “Reformas al Sistema de Salud en Chile: Desafíos pendientes”, Serie Financiamiento del desarrollo, N 104, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Titelman, D; Uthoff, A. (2000), Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile – Colombia. Cepal.
- Universidad Católica de Chile (2005) Análisis de la Magnitud de los Problemas de Salud GES y de la Eficacia de las Intervenciones Propuestas en el PLAN, MINSAL, ejecutado por el Dpto. de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Anexos

Anexo 1

Recuadros

RECUADRO A.1

REQUISITOS PARA OBTENER LA CALIDAD DE ESTABLECIMIENTOS

AUTOGESTIONADOS EN RED. ARTÍCULO 16 D.S. N° 38

Los requisitos mínimos que se deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionados, son los siguientes:

a) Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumplir las obligaciones que establece el artículo 18 de este Reglamento, para lo que se requerirá un informe del Director del Establecimiento al Director de Servicio correspondiente;

b) estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud;

c) tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que deberá considerar, a lo menos, los siguientes aspectos:

- Política y plan de acción de Recursos Humanos
- Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistemas de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.
- Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.
- Plan de Gestión Clínica y Administrativa.
- Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos.
- Plan de Actividades de Auditoría interna.
- Sistemas de Planificación y Control de Gestión.

d) Contar con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico;

e) mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente;

f) tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión;

g) cumplir con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento;

h) tener implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley N° 18.469, procedimientos de cobro y recaudación de ingresos;

i) contar con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad;

j) deberá existir en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.

Fuente: Superintendencia de Salud.

RECUADRO A.2 ESTUDIOS DE PRIORIZACIÓN EN CHILE (PREVIOS A LA REFORMA)

- Estudio Priorizaciones de Inversiones en Salud (1996), Componente Cualitativo, Informe Final.

Ferreccio, C.; Agurto, I.; Sgombich, X.; Román, M.; González, C.; Guajardo, G.; Martinic, S.; Lara, F. y Arcos, R. Santiago.

- Estudios Iniciales de Percepción de Salud (2000). Informe Final Fase Cualitativa de Investigación.

Percepción Social en Salud: Determinación de Prioridades en Salud propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud (2005). Informe Final Integrado. Alcalá Consultores Asociados Limitada, Santiago.

El año 1996 el estudio llevó por título "Priorizaciones de Inversiones en Salud" (Ferreccio y colaboradores 1996) y fue encargado por el Departamento de Desarrollo Institucional, insertándose en el marco de la reforma del sistema de salud chileno. Esta fue la primera investigación que relevó las técnicas cualitativas en profundidad para conocer y priorizar las necesidades en salud desde el punto de vista de los usuarios del sistema. Los resultados obtenidos se relacionaron con el estudio técnico cuantitativo de carga de morbilidad que se realizó simultáneamente a través del cálculo de los "años de vida saludables perdidos" (AVISA) para la población chilena.

El año 2000 se denominó "Estudios Iniciales de Percepción de Salud" (Feedback 2000) fue encomendado por la Comisión Interministerial para la Reforma de Salud y buscó identificar áreas críticas del sistema de salud; generar un proceso consensuado de formulación de políticas de salud integrales con participación de los usuarios y actores sociales del sector salud y elaborar propuestas de rediseño del sector salud, tanto público como privado.

Estudio realizado el año 2005 llevó por título "Percepción Social en Salud: Determinación de Prioridades en Salud propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud" (Alcalá 2000) pretendió ordenar el listado de los 31 problemas de salud cuyas garantías serían implementadas en el marco legal de las Garantías Explícitas en Salud, de acuerdo a los criterios que operan en la población para definir sus prioridades de atención en salud.

Fuente: MINSAL.

RECUADRO A.3 ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO POR BENEFICIARIO 2005

Este estudio tuvo como objetivo principal: Actualizar la información epidemiológica y de efectividad de las condiciones de salud propuesta por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud

Desarrollo de una metodología replicable para el análisis de efectividad de las intervenciones en salud con base en fuentes secundarias nacionales e internacionales y juicios de expertos.

- Definición operacional de cada enfermedad o condición de salud propuesta en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (problemas 26 al 56).

- Estimación y justificación de la magnitud de cada enfermedad o condición de salud propuesta en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (problemas 26 al 56).

- Estimación y justificación de la eficacia de las intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria propuesta por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud para cada enfermedad o condición de salud, estableciendo el nivel de atención.

- Identificación de las prestaciones de diagnóstico precoz susceptibles de ser incorporadas para cada una de las 31 condiciones propuestas.

- Estimación y justificación de la cobertura deseable de las intervenciones para cada enfermedad o condición de salud de acuerdo a cada nivel de atención, en base al impacto sanitario.

- Estimación y justificación del grado de adherencia a las intervenciones por parte de los usuarios potenciales, de acuerdo a bibliografía internacional y nacional.

- Estimación de la efectividad de las intervenciones propuesta en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (para lo que se evaluó las intervenciones destinadas al control de cada una de las 31 enfermedades o condiciones de salud sujetas a estudios, en términos de eficacia, cobertura, adherencia a tratamiento).

(continúa)

Recuadro A.3 (conclusión)

Resumen de resultados:

Los resultados de priorización señalan la mayor importancia de seis condiciones de salud: Vicios de Refracción, Depresión, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, uso de Órtesis, Artrosis y Atención del Parto.

De estos problemas, 4 fueron incorporados al Régimen de Garantías el año 2006:

Vicios de Refracción, Depresión, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, uso de Órtesis.

Fuente: MINSAL.

RECUADRO A.4
ESTUDIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL EN SALUD. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD
PROPUESTAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS (2005)

Este estudio tuvo como objetivo principal: Priorizar el listado de las 31 patologías (desde el problema 26 al 56) cuyas garantías serían implementadas durante el 2006 y 2007, de acuerdo a los criterios que operan en la población para definir sus prioridades de atención en salud.

Estudio cualitativo que buscaba:

- Descripción de los principales problemas de salud sentidos de la población, según los distintos segmentos y considerando el análisis de variables como: edad, género, nivel socioeconómico, ente asegurador (FONASA/ISAPRES) y residencia urbano -rural, entre otras.
- Conocimiento de los criterios con que la población define sus prioridades en salud considerando distinciones por edad, género, nivel socioeconómico, ente asegurador (FONASA/ISAPRES) y residencia urbano - rural, entre otras.
- Aplicación de los criterios consensuados por la población consultada a un listado de 31 patologías propuestas en el Régimen de Garantías Explícitas para el periodo 2006 - 2007 para priorizar las 15 más relevantes de tratar durante el año 2006.
- Conocimiento de cómo varían los criterios consensuados y el ordenamiento de las prioridades del listado según la percepción de gravedad, vulnerabilidad y riesgo que la población consultada atribuye a cada patología.
- Indagación acerca de cómo el Régimen de Garantías Explícitas había sido interpretado (hasta la fecha del estudio) por la población y cuáles eran las expectativas que se generaban en relación a él.

Fuente: MINSAL.

RECUADRO A.5
ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO POR BENEFICIARIO DEL CONJUNTO
PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS (2005)

- Este estudio tuvo como objetivo principal calcular el costo anual esperado GES por beneficiario de subsistemas FONASA e ISAPRE para el período 2005-2007:

Se estimó la demanda para los 56 problemas, las 446 intervenciones sanitarias correspondientes a cada una de las etapas de los problemas y por último los costos o precios para las 8005 prestaciones (1320 distintas).

- Para valorizar las prestaciones GES otorgadas por el FONASA, se utilizó como base de cálculo el arancel Modalidad Institucional (MAI) del año 2005.
- Este arancel fue ajustado sobre la base de información empírica de costos medios provenientes de una muestra de 9 hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (8 en la RM y uno de regiones) y 5 consultorios municipales.
- Para incluir componentes del costo no considerados en los costos directos, se utilizó un corrector de Operación y Administración, y uno de Depreciación.

Fuente: MINSAL.

RECUADRO A.6
ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO POR BENEFICIARIO DEL CONJUNTO
PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS (2006)

Este estudio tuvo como objetivo principal: Obtener una estimación del costo anual esperado por beneficiario de cada uno y del total de los 56 problemas de salud, considerando para estos efectos a los beneficiarios del FONASA e ISAPRE en conjunto, y apoyar con esta información el proceso de puesta en marcha de las GES 2007.

El modelo teórico de estimación de demanda:

- Considera la epidemiología local con identificación de la calidad del dato fuente de magnitud.
- Considera las gradientes sociales en salud (mayor riesgo o magnitud de necesidades de salud en FONASA).
- Permite estimar la demanda potencial desde un punto de vista técnico.
- Es reproducible y replicable en años futuros incorporando datos de mejor calidad.

El Estudio considera además los siguientes componentes en su parte de Costos:

- Investigación de Mercado de Precios de Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos, Órtesis y Prótesis.
- Costeo en Terreno de Prestaciones.
- Estimación de Costos de las Prestaciones Residuales (que no se costearan ni por Investigación de Mercado, ni por Costeo en Terreno) .

El Costeo en Terreno de Prestaciones consistió en lo siguiente:

- Se costeo en terreno un total de 102 prestaciones, entre las cuales se cuentan: la totalidad de los días cama, las consultas de especialidad y APS, 12 intervenciones quirúrgicas, 8 prestaciones odontológicas y un total de 24 prestaciones no aranceladas.
- El método de costeo se basó en la información recopilada a partir de la aplicación de la Encuesta FOCO y la obtención de información referente a costos en un total de 25 establecimientos.
- Entre los establecimientos se contó con hospitales generales, hospitales de especialidad, consultorios de especialidad, consultorios de atención primaria y CESFAM, pertenecientes a 7 Servicios de Salud (5 de la Región Metropolitana y 2 de regiones).

En el caso del Sistema Privado:

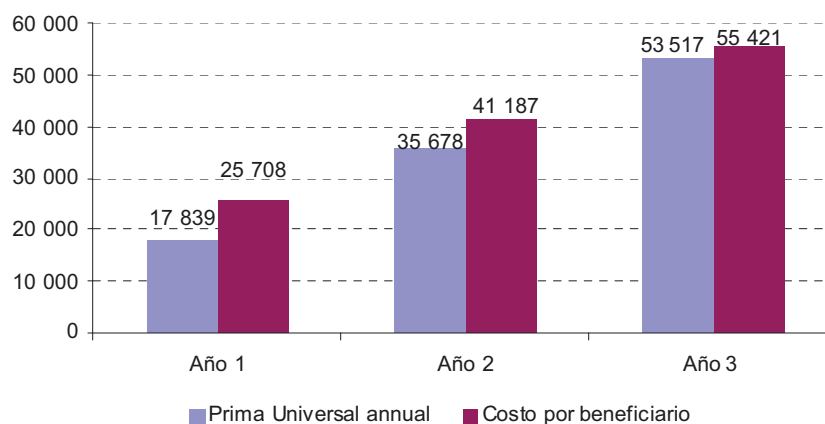
- Para el caso de los 40 problemas ya en régimen, se consideraron los precios de convenio GES de las ISAPRE con sus prestadores.
- Para los 16 problemas que se incorporan a partir de este año, dada la inexistencia de convenios, se consideraron los precios de lista de las ISAPRE para cada una de las prestaciones incluidas en las intervenciones sanitarias correspondientes.

Fuente: MINSAL.

Anexo 2 Gráficos

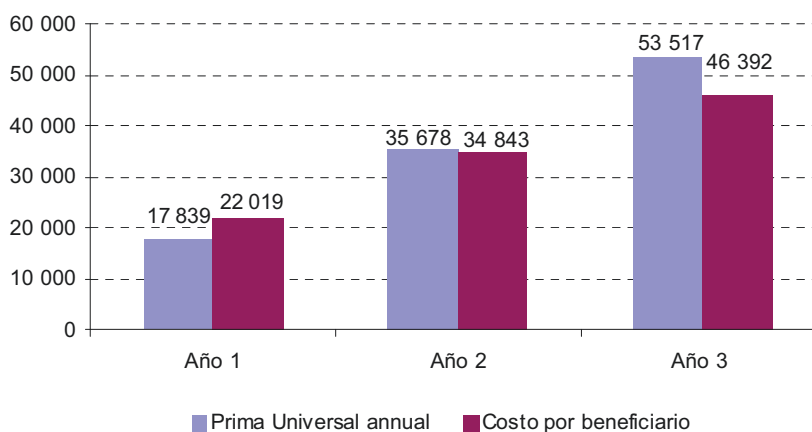
RESUMEN DE RESULTADOS COSTO GES TOTAL PROYECTADO POR BENEFICIARIO AF2005 SIN Y CON AJUSTES (En pesos del 30-6-05)

GRÁFICO A.1
COSTO GES POR BENEFICIARIO, DURANTE EL PERÍODO JULIO 2005-JUNIO 2008
(ESCENARIO: MAI CORREGIDO POR TODOS LOS FACTORES)
(En pesos)



Fuente: MINSAL.

GRAFICO A.2
COSTO GES POR BENEFICIARIO, DURANTE EL PERÍODO JULIO 2005-JUNIO2008
(ESCENARIO: MAI ORIGINAL)
(En pesos)



Fuente: MINSAL.

Anexo 3 Cuadros

CUADRO A.1
INTERACCIÓN ENTRE FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN EL SECTOR SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Tipo (1)	Tipo (2)	Tipo (3)
Países con financiamiento de la salud en base a rentas generales	Países con integración en el financiamiento de la salud de rentas generales y cotizaciones a la Seguridad Social	Países sin integración de rentas generales y cotizaciones a la Seguridad Social en el financiamiento de la salud
La estructura de la prestación es heterogénea: existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado	En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y provisión. También varía el nivel de integración en el financiamiento	La estructura de la prestación es heterogénea: existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado
Provisión pública y privada: Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití ^a , Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, República Bolivariana de Venezuela, Provisión sólo a través del sistema público: Cuba	Casos: Antigua y Barbuda, Costa Rica, Colombia, Chile, República Dominicana ^b	Casos: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Panamá y Uruguay

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006).

Nota: En todos los países, salvo Cuba, existe además un subsector privado.

^a En Haití no existe prácticamente el seguro social y la provisión y el financiamiento son fundamentalmente públicos y de ONGs.

^b La República Dominicana se encuentra en un período de transición, implementando una reforma de salud con vistas a una mayor integración del financiamiento.

CUADRO A.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS). GASTO PÚBLICO EN SALUD

País	Cobertura institucional	1990		Circa 2007	
		Como porcentaje del PIB	Por habitante en dólares de 2000	Como porcentaje del PIB	Por habitante en dólares de 2000
Argentina	GN, GP y gobiernos locales	4,33	252	5,07	474
Estado Plurinacional de Bolivia	Sector público no financiero	-	-	3,19	35
Brasil	Federal, estadual y municipal	3,59	121	4,94	220
Chile	Gobierno central	1,76	54	3,35	209
Colombia	Gobierno central	0,93	20	1,94	58
Costa Rica	Sector público total	4,96	155	5,82	302
Cuba	Gobierno central	4,58	152	11,82	515
Ecuador	Gobierno central	1,45	19	1,28	21

(continúa)

Cuadro A.2 (conclusión)

País	Cobertura institucional	1990		Circa 2007	
		Como porcentaje del PIB	Por habitante en dólares de 2000	Como porcentaje del PIB	Por habitante en dólares de 2000
El Salvador	Gobierno central	1,12 ^a	20	3,44	90
Guatemala	Gobierno central	1,04	13	1,18	20
Honduras	Gobierno central	3,07	33	3,44	47
Jamaica	Gobierno central	2,14	75	2,42	87
México	Gobierno central presupuestario	2,77	150	2,80	198
Nicaragua	Gobierno central presupuestario	3,07	21	3,71	33
Panamá	Sector público no financiero	5,27	155	5,69	240
Paraguay	Gobierno central presupuestario	0,22	3	1,50	23
Perú	1990: Gobierno central presupuestario 2007: Gobierno general	0,89	15	1,17	34
República Dominicana	Gobierno central	0,88	16	1,57	56
Trinidad y Tobago	Gobierno central	2,49	108	3,41	376
Uruguay	Gobierno central consolidado	2,83	141	4,46	364
República Bolivariana de Venezuela	Gobierno central presupuestario-acordado	1,52	74	1,79	96

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información extraída de la base de datos sobre gasto social, 2009.

^a Para El Salvador.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

financiamiento del desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

238. La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avances y desafíos (LC/L.3348), 2011.
237. El caso de las cajas de ahorro españolas en el período 1980-2010 (LC/L.3300-P), N° de venta S.11.II. G.21 (US\$10.00), 2011.
236. The European investment bank and SMEs: key lessons for Latin America and the Caribbean, (LC/L.3294-P), sales N° E.11.II.G.16 (US\$10.00), 2011.
235. El futuro de las microfinanzas en América Latina: algunos elementos para el debate a la luz de las transformaciones experimentadas (LC/L.3263-P), N° de venta S.10.II. G.68 (US\$10.00), 2010.
234. Re-conceptualizing the International aid structure: recipien-donor interactions and the rudiments of a feedback mechanism (LC/L.3262-P), N° de venta S.10.II. G.67 (US\$10.00), 2010.
233. Financiamiento a la inversión de las pymes en Costa Rica (LC/L.3261-P), N° de venta S.10.II. G.66 (US\$10.00), 2010.
232. Banca de desarrollo en el Ecuador (LC/L.3260-P), N° de venta S.10.II. G.65 (US\$10.00), 2010.
231. Política cambiaria y crisis internacional: el rodeo innecesario (LC/L.3259-P), N° de venta S.10.II.G.64 (US\$10.00), 2010.
230. Desenvolvimento financeiro e crescimento econômico: teoria e evidência (LC/L.3257-P), N° de venta S.10.II. G.62 (US\$10.00), 2010.
229. Financiamiento de la inversión de empresas en general y de micro, pequeñas y medianas empresas en particular: el caso de Uruguay (LC/L.3256-P), N° de venta S.10.II. G.61 (US\$10.00), 2010.
228. La banca de desarrollo en El Salvador (LC/L.3242-P), N° de venta S.10.II. G.47 (US\$10.00), 2010.
227. Acceso al financiamiento de las pymes en Argentina: estado de situación y propuestas de política (LC/L.3241-P), N° de venta S.10.II. G.46 (US\$10.00), 2010.
226. Financiamiento a las microempresas y las pymes en México (2000-2009) (LC/L.3238-P), N° de venta S.10.II. G.41 (US\$10.00), 2010.
225. Financiamiento a la inversión de las pequeñas y medianas empresas: el caso de El Salvador (LC/L.3236-P), N° de venta S.10.II. G.39 (US\$10.00), 2010.
224. Protección del gasto público social a través de la política fiscal: El caso de Chile (LC/L.3235-P), N° de venta S.10.II. G.38 (US\$10.00), 2010.
223. Microfinanzas en Honduras (LC/L.3193-P), N° de venta S.10.II. G.26 (US\$10.00), 2009.
222. La industria microfinanciera en Nicaragua: el rol de las instituciones microfinancieras (LC/L.3146-P), N° de venta S.09.II.G.119 (US\$10.00), 2009.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.:.....Fax:.....E.mail:.....