

POLÍTICAS SOCIALES

Procesos de priorización en salud y prestaciones no priorizadas ni explícitas

La evolución de algunas prestaciones
trazadoras en Chile

David Debrott
Ricardo Bitrán
Cristián Rebolledo



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

POLÍTICAS SOCIALES

Procesos de priorización en salud y prestaciones no priorizadas ni explícitas

La evolución de algunas prestaciones
trazadoras en Chile

David Debrott
Ricardo Bitrán
Cristián Rebolledo



NACIONES UNIDAS

CEPAL



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Este documento fue preparado por David Debrott, Ricardo Bitrán y Cristián Rebolledo, consultores de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la supervisión de Ana Sojo, en el marco del proyecto Pactos sociales para una protección social más inclusiva (GER/12/006), ejecutado por la CEPAL en conjunto con la Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ) y financiado por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania.

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

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4162

LC/L.3853

Copyright © Naciones Unidas, junio de 2014. 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	5
I. Organización del sistema de aseguramiento en salud	7
A. Planes de beneficios	7
B. Financiamiento del GES.....	10
II. Esquema de análisis	11
A. Trayectorias de la producción de prestaciones GES.....	11
B. Impacto del GES en la producción	13
III. Principales hallazgos	17
A. Evolución de las atenciones de salud	18
B. Evolución de los egresos hospitalarios	19
1. Cánceres: incluidos versus excluidos del GES.....	21
2. Endoprótesis de caderas: incluidas versus excluidas del GES	22
3. Colectomía: incluidas versus excluidas del GES	23
4. Cataratas versus glaucoma: lo incluido versus lo no incluido	24
5. Evolución del gasto público en prestaciones de salud.....	25
6. Otros antecedentes sobre necesidades de atención y utilización	30
IV. Conclusiones	35
Bibliografía	39
Anexos	41
Anexo1 Cobertura GES	42
Anexo 2 Clasificación de los problemas de salud abarcados por las GES según variación de su producción	43
Anexo 3 Códigos asociados a problemas de salud analizados	49
Anexo 4 Egresos hospitalarios asociados a problemas de salud GES y no GES.....	50
Anexo 5 Acrónimos.....	52
Serie Políticas Sociales: Números publicados	53

Cuadros

CUADRO 1	CLASIFICACIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y PRESTACIONES TRAZADORAS, PRE Y POST - GES.....	18
CUADRO 2	CHILE: EGRESOS HOSPITALARIOS DE PROBLEMAS DE SALUD GES Y NO GES.....	20
CUADRO 3	CHILE: GASTO PÚBLICO TOTAL GES Y NO GES SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN.....	27
CUADRO 4	POBLACIÓN DE 18 AÑOS Y MÁS DIAGNOSTICADA Y TRATADA PARA ENFERMEDADES SELECCIONADAS.....	30
CUADRO 5	RESUMEN DE POSIBLES IMPACTOS DE LAS GES EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	31
CUADRO 6	DEPRESIÓN, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL, POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD.....	32
CUADRO 7	CHILE: DIABETES, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL, POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD.....	32
CUADRO 8	CHILE: HIPERTENSIÓN, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL, POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD.....	33
CUADRO 9	CHILE: CÁNCER, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL, POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD.....	33
CUADRO 10	CHILE: ASMA O ENFISEMA PULMONAR, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL, POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD.....	33
CUADRO A.1	PROBLEMAS DE SALUD GES Y SU RESPECTIVO AÑO DE INGRESO A LAS GARANTÍAS GES.....	42
CUADRO A.2	COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN DE PRESTACIONES TRAZADORAS GES, HOSPITALARIAS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA, EN PERÍODOS PRE-Y POST-GES.....	43
CUADRO A.3	CÓDIGOS CIE ASOCIADOS A CADA PROBLEMA DE SALUD GES Y NO GES.....	49
CUADRO A.4	EGRESOS HOSPITALARIOS POR CÁNCERES.....	50
CUADRO A.5	EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENDOPROTESIS DE CADERA.....	50
CUADRO A.6	EGRESOS HOSPITALARIOS POR COLECISTECTOMÍAS.....	51
CUADRO A.7	EGRESOS HOSPITALARIOS POR CATARATAS Y GLAUCOMA.....	51

Gráficos

GRÁFICO 1	CHILE: LA IMPLEMENTACIÓN GRADUAL DEL GES, 2005-2013.....	9
GRÁFICO 2	POSIBLES TRAYECTORIAS DE LAS PRESTACIONES GES A TRAVÉS DEL TIEMPO.....	12
GRÁFICO 3	PRODUCCIÓN GES AFECTA NEGATIVAMENTE PRODUCCIÓN NO GES.....	13
GRÁFICO 4	PRODUCCIÓN GES NO AFECTA PRODUCCIÓN NO GES.....	14
GRÁFICO 5	GASTO GES NO DESPLAZA GASTO EN NO GES.....	15
GRÁFICO 6	GASTO GES DESPLAZA GASTO EN NO GES.....	15
GRÁFICO 7	CHILE: COMPARACIÓN CÁNCERES GES VERSUS NO GES.....	21
GRÁFICO 8	COMPARACIÓN ENDOPRÓTESIS DE CADERAS GES VERSUS NO GES.....	22
GRÁFICO 9	COMPARACIÓN COLECISTECTOMÍA GES VERSUS NO GES.....	23
GRÁFICO 10	COMPARACIÓN CATARATAS GES VERSUS GLAUCOMA NO GES.....	25
GRÁFICO 11	EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL DEL FONASA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA 2001-2009.....	26
GRÁFICO 12	TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO GES VERSUS NO GES Y PROMEDIOS DE AMBOS PERÍODOS.....	28
GRÁFICO 13	GASTO HOSPITALARIO: TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO GES VERSUS NO GES Y PROMEDIOS DE AMBOS PERÍODOS.....	29
GRÁFICO 14	GASTO APS: TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO GES VERSUS NO GES Y PROMEDIOS DE AMBOS PERÍODOS.....	29

Introducción

En las últimas dos décadas varios países en desarrollo han definido explícitamente problemas o servicios de salud considerados prioritarios, que de manera parcial o total deben ser financiados con recursos públicos por los aseguradores o el gobierno, para promover su consumo. Por este medio se pretende alcanzar diversos objetivos, según el caso: mejorar el estado de salud de la población en forma eficiente, mejorar la satisfacción de las personas con el sistema de salud, o bien conferir protección financiera a la población beneficiaria.

Existen algunos ejemplos de esta política de salud en América Latina. En 1994 Colombia formuló un plan explícito de atenciones de salud denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), que incluía explícitamente diversas prestaciones ambulatorias y hospitalarias, las cuales debían ser otorgadas a todos los beneficiarios de la seguridad social contributiva y un POS más reducido y con financiamiento público para ser brindado a los beneficiarios del régimen subsidiado de la seguridad social. Honduras adoptó en 2004 un plan de beneficios en salud de la Estrategia de extensión de cobertura con gestión descentralizada, para ser otorgado con financiamiento público a poblaciones rurales por medio de contratos con prestadores privados. Argentina puso en marcha el llamado Plan Nacer en 2003, política que consistió en el financiamiento público de un plan de beneficios explícito, inicialmente con orientación materno-infantil, dirigido a la población nacional sin cobertura de seguros privados ni de la seguridad social. En 2003, México implantó el llamado Seguro Popular, estrategia de política para cubrir a la población pobre excluida de la seguridad social tradicional, con un plan de beneficios explícitos de salud. Por último, en 2005, Chile adoptó el llamado Plan AUGE, un paquete de beneficios de salud obligatorio para todos los beneficiarios de la seguridad social (aproximadamente el 84% de la población del país a esa fecha y un 94% en la actualidad)¹ dirigido a prevenir y tratar 56 problemas prioritarios de salud.

La experiencia muestra la complejidad y diversidad de la problemática que han enfrentado estos esquemas de priorización en salud. En términos comparativos, una primera distinción importante tiene que ver con el punto de partida desde el cual se planteó la priorización. En algunos países las iniciativas de priorización obedecen principalmente asegurar o garantizar un conjunto básico o mínimo de servicios a un segmento de la población; un ejemplo es el caso argentino, donde se focalizan los esfuerzos en las acciones de salud materna e infantil, partiendo inicialmente por las regiones más pobres del país. En Honduras y México, se focalizan los esfuerzos en la población sin acceso a esquemas formales de aseguramiento del tipo seguridad social. De esta forma, las iniciativas buscan romper las barreras de acceso que generan las condiciones de pobreza y la ruralidad.

¹ Ver www.fonasa.cl, Información Corporativa, Estadísticas Institucionales, Demografía.

El caso colombiano, desde esta perspectiva, pareciera ser algo distinto. La reforma impulsada a comienzos de los noventa buscó dar un salto sustancial en materia de cobertura de aseguramiento, dado el bajo porcentaje de la población que estaba asegurada y, por tanto, que tenía acceso a los servicios sanitarios. Con ese objetivo se organizó un sistema de aseguramiento universal, es decir, se trataba de integrar al nuevo sistema de seguridad social a la totalidad de la población. En este sentido, la priorización no se refiere a la población a la cual se orientan los beneficios, sino al plan de beneficios. Por un lado, se da una segmentación entre el régimen contributivo y el subsidiado en cuanto a la composición del plan (POS), y por otro lado, entre lo que está incluido en el POS y lo que está fuera de él.

Un segundo aspecto comparativo que interesa destacar se relaciona con los criterios de priorización. En general, el objetivo es garantizar un piso mínimo de equidad en el acceso a determinados servicios que tengan alto impacto sanitario y, en algunos casos, que también influyan positivamente en la situación de pobreza de determinados segmentos de la población.

El tercer aspecto que emerge en este análisis es el creciente debate respecto de la justicia y eficacia de la priorización. En la mayor parte de los casos, incluso más allá de los países que aquí hemos considerado, los procesos de priorización se concibieron como la explicitación de lo que se incluye o garantiza. Sin embargo, en Colombia y México ha comenzado a debatirse sobre la posibilidad de adoptar un esquema de priorización inverso, que se expresaría en una lista explícita de exclusiones: de esta forma, todo aquello que no está explícitamente excluido, se entiende como garantizado.

Normalmente se alude a la priorización en materia de servicios sanitarios. Pero resaltamos en cuarto lugar, que el ejemplo colombiano relacionado con los medicamentos incluidos y excluidos del POS resulta muy interesante, ya que se refiere a otro ámbito de acción, que cobra especial interés por el peso que representa el gasto en medicamentos en los países de la región.

Cabe señalar que la literatura de evaluación de impacto de los procesos de priorización en los servicios y bienes no priorizados es escasa. Ella muestra que los impactos son difíciles de medir, y que no hay evidencias concluyentes al respecto. Las particularidades de cada proceso de priorización y la complejidad del análisis, sumado a la falta de diseños de evaluación *ex ante*, dificultan enormemente esta tarea.

Una incipiente literatura trata el impacto de los planes de beneficios priorizados (Garriga, 2012; Abalos, 2013; Bornari *et al*, 2012). Pero hay una carencia de literatura sobre lo que ocurre con el gasto y el consumo de prestaciones de salud excluidas de las listas priorizadas, a pesar de cruciales aspectos vinculados con ello. Por ejemplo, es relevante saber si la priorización explícita de algunas prestaciones de salud se tradujo en un aumento relativo en el gasto público en ellas y/o en una disminución relativa de ese gasto en las prestaciones no priorizadas, de modo que la proporción de dicho gasto dirigida a atenciones priorizadas aumentó; si produjo un aumento en el consumo de las prestaciones priorizadas, en particular para las poblaciones de menores ingresos, cuyo acceso a dichas atenciones estaba restringido por límites en la oferta pública; o si se produjo un estancamiento, un aumento relativamente más lento, o una reducción en el consumo de las prestaciones no priorizadas.

La implementación de políticas de salud basadas en la provisión de planes priorizados suele ir acompañada de incentivos para aseguradores, prestadores y consumidores, dirigidos a promover el acceso a las prestaciones contenidas en esos planes. Por ejemplo, en Chile el Fondo Nacional de Salud ha venido incorporando las prestaciones incluidas en el GES a un mecanismo de pago a prestadores públicos por acto o caso resuelto, denominado Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), que ya existía previamente para un número significativo de prestaciones, de modo de conferirles un incentivo financiero para otorgar esas atenciones.

A fin de contribuir a ese ámbito de conocimiento, este documento examina la efectividad de esas políticas, considerando el Plan de Garantías Explícitas en Salud (conocido indistintamente como GES o AUGE) de Chile. Específicamente, se abordan las siguientes preguntas: ¿han sido efectivas las políticas de priorización basadas en planes de beneficios explícitos en promover un mayor consumo de las prestaciones priorizadas?; ¿qué impacto han tenido esas políticas en el gasto público en salud en general, y en el gasto en prestaciones priorizadas?; ¿qué impacto han tenido esas políticas en el gasto en las prestaciones no priorizadas y en las características de funcionamiento del sistema público?

I. Organización del sistema de aseguramiento en salud

El sistema de salud chileno está basado en un modelo dual de seguridad social. Operan en él el gran asegurador público, denominado Fondo nacional de salud (Fonasa) y los aseguradores privados denominados Instituciones de salud previsual (Isapres). En 2012 el Fonasa tenía una población beneficiaria de unos 13,4 millones de personas, las que representaban al 76,5% de la población nacional. Siete Isapres, por su parte, abarcaban una población beneficiaria de 3,1 millones de beneficiarios, equivalentes a un 17,5% de la población del país².

Un 24% de la población del Fonasa califica como indigente y no realiza aporte alguno al financiamiento de sus beneficios de salud. Ellos son enteramente subsidiados por el estado con recursos públicos. El 76% restante de los beneficiarios del Fonasa son personas pertenecientes a familias de ingresos bajos y medios, cuyos miembros que trabajan deben por ley aportar el 7% de su renta para salud. Los beneficiarios de las Isapres pertenecen en su mayoría a familias de ingresos medios y altos y sus trabajadores también deben aportar el 7% obligatorio para salud, con un tope que ha venido aumentando en los últimos años. Adicionalmente, pueden realizar aportes voluntarios por encima del 7% para obtener mejor cobertura. La mayoría del gasto del Fonasa se concentra en prestadores públicos, aunque el Fonasa otorga un subsidio para que sus beneficiarios accedan a la atención privada. Las Isapres, en cambio, otorgan la gran mayoría de sus atenciones en el sector privado³.

A. Planes de beneficios

Antes del año 2005, los beneficiarios del Fonasa y de las Isapres tenían acceso a planes de beneficios muy diferentes en la práctica.

En Fonasa, todos sus beneficiarios podían acceder a un listado amplio y explícito de prestaciones otorgadas en modalidad institucional (cerrada), libres de copago en el caso de la población carente de recursos o con copagos muy acotados (10% o 20%, dependiendo del nivel de renta) en el caso de los cotizantes y sus

² Fonasa, Boletín Estadístico 2011-2012 y Superintendencia de Salud, Boletín Estadístico Año 2012 de Isapres.

³ Fonasa, Boletín Estadístico 2011-2012.

cargas familiares. No obstante, las limitaciones presupuestarias y de oferta en el sistema público se expresaban por medio de listas de espera y mala calidad de la atención, las que constituyen formas de racionamiento implícito de sus prestaciones.

Alternativamente, los cotizantes y sus cargas familiares podían acceder a una modalidad de libre elección, normalmente con prestadores privados, que les permitía obviar las listas de espera y optar por prestadores de mejor calidad, para lo cual debían soportar un elevado copago (entre 50% y 90% del valor de las prestaciones) y adicionalmente el pago directo al prestador en el caso de días cama y procedimientos⁴. De esta forma, si bien resolvían en buena medida los mecanismos de racionamiento de la modalidad de atención institucional (MAI), el gasto de bolsillo podía llegar a ser extraordinariamente elevado en algunas prestaciones o enfermedades, en relación a su capacidad de pago.

La existencia de una modalidad institucional y de una modalidad de libre elección, con reglas muy claras y con un extenso catálogo de prestaciones bien definido y público, era ya una particularidad del caso chileno, especialmente de su fondo de la seguridad social público. Algunas prestaciones de salud y especialmente los medicamentos ambulatorios, no estaban cubiertos en ninguna de las dos modalidades de atención que ofrecía el sistema público.

En el caso de los beneficiarios de las Isapres, la Ley establece que el plan de beneficios como mínimo debe ser equivalente al que posee la modalidad de libre elección del Fonasa. No obstante, en la práctica las bonificaciones son bastante superiores, y se agregan una serie de otros beneficios como por ejemplo, reembolsos por medicamentos ambulatorios y cobertura de prestaciones no incluidas en el arancel MLE. Esta mayor cobertura se explica principalmente porque los cotizantes aportan proporcionalmente a su renta y sus cotizantes se concentran en los sectores de altas rentas, y porque pueden efectuar cotizaciones adicionales voluntarias para mejorar sus planes de beneficios. Pero el gasto de bolsillo podía ser muy alto y en buena medida catastrófico, llevando a muchos hogares al empobrecimiento, en la medida en que los precios de las prestaciones no se encontraban regulados y a que las Isapres mantenían múltiples formas de restringir los beneficios, por ejemplo, por la vía de los topes anuales o por evento en el caso de medicamentos.

De esta forma, el esquema de aseguramiento previo al año 2005 era extraordinariamente desigual e inequitativo y se caracterizaba por la segmentación por ingresos y por riesgo de las carteras de beneficiarios, y por la existencia de mecanismos de racionamiento implícitos, tales como listas de espera, rechazo a la atención, mala calidad del servicio, cobros abusivos y elevada carga financiera de los hogares.

Esta situación cambió parcialmente en el 2005, al aprobarse la Ley 19.996, que estableció un Régimen de Garantías en Salud en el cual se distingue un Régimen General de Garantías, que mantiene el esquema anterior, y las Garantías Explícitas en Salud (GES). Esta reforma tuvo consecuencias diferentes para Fonasa y para las Isapres, ya que el punto de partida y su racionalidad dentro del sistema de salud dual era diferente. La lógica fundamental de las garantías explícitas en el caso chileno se orienta a pasar de un catálogo de prestaciones, que ya se encontraba bastante definido para el sistema público y que era el piso mínimo en el sistema privado, a un modelo en que se garantiza la resolución de problemas de salud.

Mediante un proceso de priorización que involucra aspectos epidemiológicos, técnico-sanitarios, y económicos, se identificaron inicialmente 56 problemas de salud prioritarios⁵, para los cuales se estableció la obligatoriedad para el Fonasa y las Isapres de otorgar cobertura a un conjunto de atenciones preventivas y curativas asociadas a ellas. Esa cobertura debe cumplir con garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. La garantía de acceso consiste en que cada beneficiario tiene acceso, garantizado legalmente, a un conjunto de atenciones de salud, definidas mediante protocolos de atención de acceso público, para cada uno de los problemas de salud GES. La garantía de calidad establece que los prestadores públicos y privados que otorguen atenciones GES deben ser acreditados y supervisados por la Superintendencia de Salud. La garantía de oportunidad consiste en la definición de tiempos máximos de espera para obtener cada atención

⁴ En la Modalidad de Libre Elección (MLE) el Fonasa permite en este tipo de prestaciones, además del copago establecido en el arancel, un cobro adicional no regulado que es de cargo del usuario.

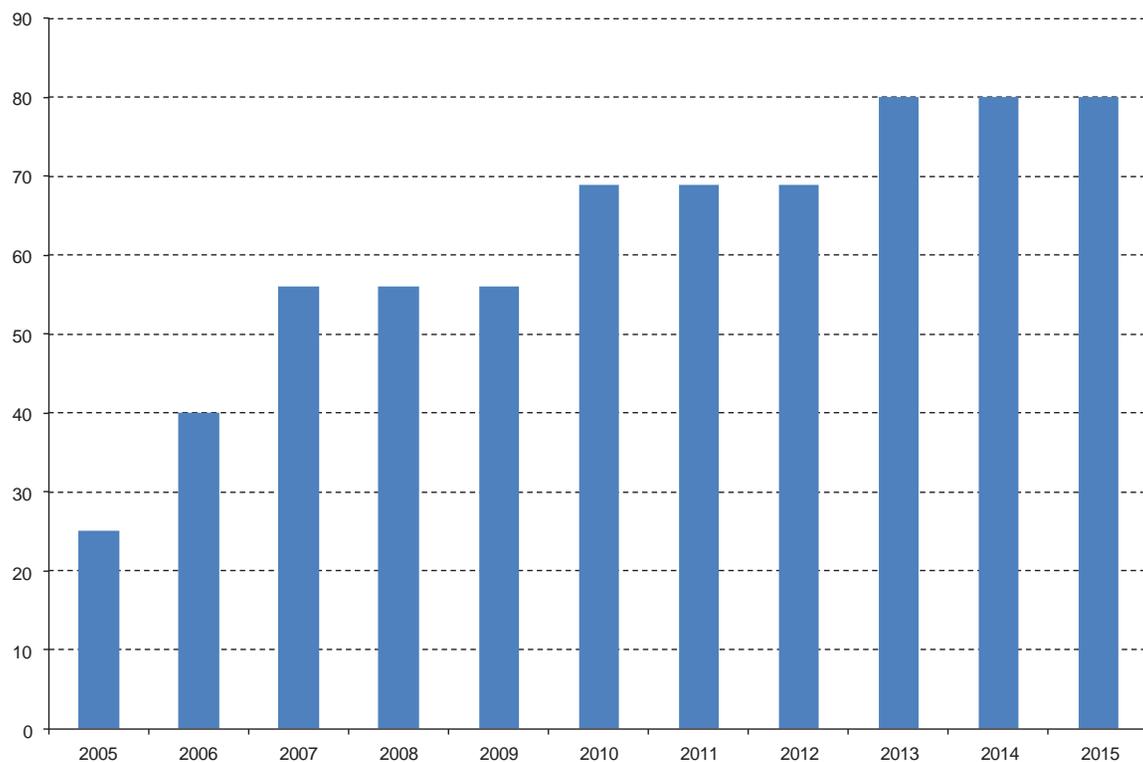
⁵ Cabe tener presente que las garantías explícitas se formulan en función de la resolución de problemas de salud para los cuales se definen ciertas prestaciones que serán otorgadas. A estos conjuntos de prestaciones se les denomina canastas o intervenciones sanitarias, y quedan definidas en un decreto supremo.

garantizada. Por último, la garantía de protección financiera limita el gasto de bolsillo del beneficiario de modo de evitar gastos catastróficos o empobrecedores. Las cuatro garantías recién descritas son establecidas explícitamente y los beneficiarios de Fonasa y las Isapres pueden reclamarlas legalmente como un derecho ante la Superintendencia de Salud, instancias de mediación prejudiciales y ante los tribunales de justicia.

La incorporación de los primeros 56 problemas de salud fue gradual desde la puesta en marcha de las GES. El 1° de julio de 2005, entró en vigencia el primer decreto, con 25 problemas, al año siguiente se incluyeron 15 nuevos problemas y a mediados del 2007 ya había ingresado al régimen de garantías un total de 56 problemas de salud GES. Esta gradualidad se debió principalmente a limitaciones de carácter presupuestario y a la necesidad de probar acotadamente el nuevo esquema.

En años posteriores, las nuevas autoridades ampliaron aun más el número de problemas de salud incluidos. Llegando a 69 a partir del 2010 y recientemente en julio del 2013 se completaron 80⁶. La ampliación del número de problemas GES, no ha estado exenta de polémica, ya que en su concepción original, este debía ser acotado a un número limitado, que expresara justamente la voluntad de priorización. No obstante, las nuevas autoridades gubernamentales y del sector han optado por un enfoque incremental, aumentando primero a 69 y luego a 80 los problemas de salud cubiertos por las GES, en una lógica en la que la priorización podría tender a desdibujarse⁷.

GRAFICO 1
CHILE: LA IMPLEMENTACIÓN GRADUAL DEL GES, 2005-2013
(Cantidad de problemas de salud GES)



Fuente: Elaboración propia.

⁶ En el anexo 1, se presenta un listado de los problemas de salud incluidos en las GES y el año en que entraron en vigencia.

⁷ El programa de gobierno de la presidenta recientemente electa, Michelle Bachelet, no considera nuevas expansiones de problemas de salud en las GES. Ver <http://michellebachelet.cl/wp-content/uploads/2013/10/Salud-86-91.pdf>

B. Financiamiento del GES

En el sistema público la implementación del GES ha implicado la incorporación al Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de una serie de prestaciones que antes eran financiadas en base al presupuesto histórico por el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI). El PPV consiste en un mecanismo de pago en el que las transferencias de recursos se efectúan a partir de la facturación por atenciones realizadas por los proveedores, siendo un pago por acto médico o por actividad. Cabe tener presente, en todo caso, que algunas de las prestaciones que se realizan mediante el GES, ya eran parte del PPV con anterioridad, por lo que su impacto es parcial.

En la medida en que las prestaciones GES son identificadas como prestaciones valoradas, se establece un compromiso explícito entre FONASA y los Servicios de Salud para realizar la actividad y efectuar la transferencia. De esta forma se pretende incentivar la actividad valorada, específicamente las prestaciones en este caso, por sobre la actividad no valorada. A pesar ello, en la medida en que esto corresponde sólo a una modalidad de transferencia de recursos en el marco de un techo presupuestario dado independiente de la actividad, el impacto de la inclusión de la actividad GES al PPV no es claro o al menos no se debiera esperar un impacto absoluto en la actividad. La existencia de un marco presupuestario dado, fijo, es algo que muchas veces se deja de lado en los análisis sobre mecanismos de pago, los que destacan en forma abstracta las bondades e incentivos de adoptar determinados métodos, sin considerar los vasos comunicantes que se generan en este tipo de contextos.

Otro aspecto importante de considerar y distinto del anterior, es que las expansiones de recursos que se han otorgado en los últimos años han estado asociadas a las GES y por esa vía corresponden a prestaciones valoradas. En consecuencia, la participación relativa de las prestaciones valoradas ha aumentado en relación a los recursos transferidos en base a presupuesto histórico. Por esta vía si es efectivo que se puede generar un mayor volumen de prestaciones GES, en la medida en que se dispone de mayores recursos para financiar actividad valorada GES.

Este hecho, más que una diferencia fundamental en los métodos de pago a proveedores (PPI, PPV) que han sido aplicados, podría explicar un desplazamiento de producción No GES por producción GES en el sector público de provisión.

II. Esquema de análisis

El objetivo de este apartado es explicar brevemente las trayectorias que podrían describir la producción de atenciones de salud en el contexto de la introducción de las GES, para inferir si ha habido un desplazamiento de la oferta y del gasto no GES, y de esta forma poder cuantificar la magnitud de ese posible fenómeno en el sector público.

Este procedimiento analítico fue desarrollado e implementado por el MINSAL (2012), en el marco de un estudio sobre el impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud. Dicho estudio constituye un punto de partida extraordinariamente valioso, ya que por primera vez se estudiaron las tendencias de la producción para el periodo previo y posterior a la implementación de las garantías. En dicho informe se presenta, además, el detalle del comportamiento de cada prestación, por año y a nivel de Servicio de Salud, lo que permite realizar estudios para cada área territorial a nivel nacional. El presente estudio hace una breve síntesis de los hallazgos encontrados por MINSAL (2012), extrayendo nuevas conclusiones derivadas del mismo.

Por su parte, el presente estudio realiza análisis adicionales, utilizando nuevas fuentes de información, que hasta ahora no habían sido utilizadas con este fin: la base de datos de egresos hospitalarios del MINSAL y la encuesta de protección social de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

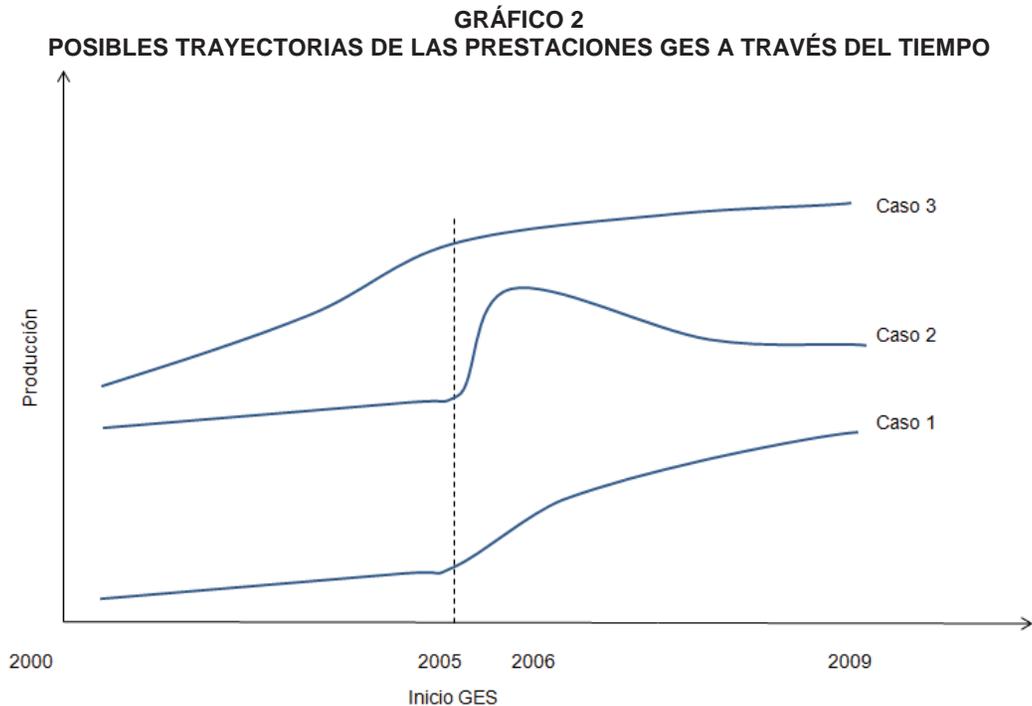
A. Trayectorias de la producción de prestaciones GES

Existen varias situaciones posibles con respecto a la trayectoria que puede seguir una prestación asociada a un problema GES. El gráfico 2 se ilustra tres trayectorias posibles. Lógicamente existe un conjunto mayor de posibilidades y de trayectorias que hipotéticamente puede asumir la producción. Los casos aquí descritos ilustran tres situaciones típicas que se han encontrado.

El caso 1 corresponde a una prestación que el Fonasa ya financiaba y otorgaba antes de la introducción de las GES pero que, por restricciones presupuestarias y debido a la inexistencia de garantías explícitas, presentaba un volumen de provisión relativamente bajo, inferior a la demanda. Al implantarse el GES y sus garantías, la provisión aumentó considerablemente y de manera progresiva. A modo de hipótesis, tal podría ser el caso de la esquizofrenia.

El caso 2 considera la posibilidad de prestaciones subprovistas y con demanda contenida antes del GES cuya demanda, al adoptarse el GES, aumentó explosivamente en un inicio porque existía mucha demanda insatisfecha acumulada, la cual se expresó de manera intensa en los primeros años del GES. Luego de ello, la demanda bajaría, hasta estabilizarse en niveles cercanos o iguales a la demanda y a la necesidad. La cirugía de cataratas podría tener un comportamiento como el descrito en el caso 2.

El caso 3 ilustra una situación en la cual el Fonasa venía haciendo un esfuerzo por aumentar la provisión de la prestación con antelación al GES, de modo que al adoptarse la reforma el incremento en la provisión no fue importante. Este podría ser el caso del tratamiento de los cánceres en menores de 15 años.



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2012) Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.

Nota: Por simplificación se optado por suponer en este gráfico que todas las GES comienzan su vigencia en el año 2005, no obstante, esto ha ocurrido gradualmente y su análisis debe realizarse para el año en que efectivamente ocurre su incorporación.

Las prestaciones asociadas a los problemas de salud GES son muchas, y sería imposible realizar un análisis con su totalidad, ni siquiera con una muestra amplia por cada problema de salud; algunos estudios que abordan este tipo de análisis han desarrollado el concepto de prestación trazadora.

Pero en el ámbito de salud, el concepto de prestación trazadora es utilizado en varios sentidos diferentes, cuestión que puede llevar a confusión. Por ejemplo, el mismo sistema de información sobre el cumplimiento de las garantías explícitas que utiliza el seguro público emplea prestaciones trazadoras para determinar si las garantías se cumplen o están en riesgo de incumplimiento. El Fonasa, por su parte, utiliza determinadas prestaciones trazadoras como medio de verificación para realizar los pagos a los hospitales públicos.

Con el objetivo de evaluar el impacto en la producción o actividad sanitaria, en el contexto de este estudio se han definido ciertas prestaciones trazadoras que se ilustran con información empírica. Para los fines de este estudio, una prestación trazadora de un determinado problema de salud es aquella que permite inferir la evolución del conjunto de las prestaciones que se incluyen en la resolución del problema de salud. En algunos casos, corresponde a alguna prestación característica del problema de salud; por ejemplo, una intervención quirúrgica propia del tratamiento de la enfermedad; en otros, sin embargo, puede ser alguna prestación de menor relevancia, pero que por simplicidad permite hacer el seguimiento de la producción asociada. En

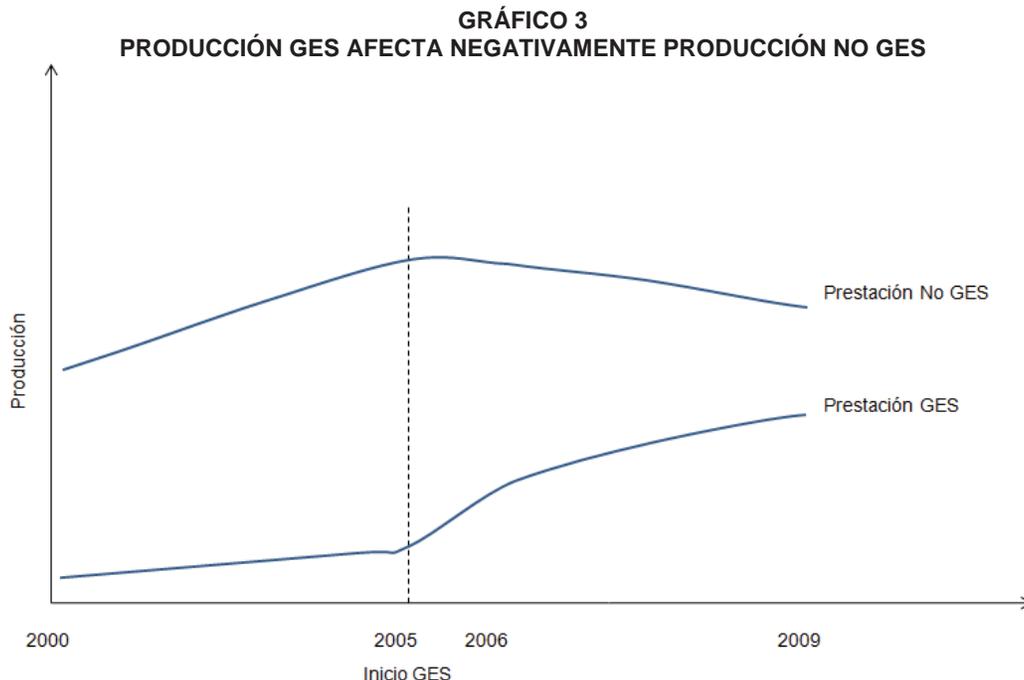
consecuencia, muchas veces, al ser analizada por sí sola, no tiene un correlato directo con su participación en el gasto. Sin embargo, la característica principal de una prestación trazadora es que existe una relación casi o exclusivamente biunívoca entre ella y el problema de salud GES; es decir, esa prestación se otorga exclusivamente, o casi exclusivamente, para ese problema de salud. De ese modo, la prestación se brinda eminentemente porque ha sido otorgada para aquel problema de salud.

B. Impacto del GES en la producción

La priorización de los recursos públicos hacia la producción de prestaciones GES podría, en algunas situaciones, desplazar la producción de prestaciones no GES, lo que se denomina efecto de sustitución. Esto se ilustra en el gráfico 3 y puede producir como resultado la aparición de listas de espera por problemas de salud no GES.

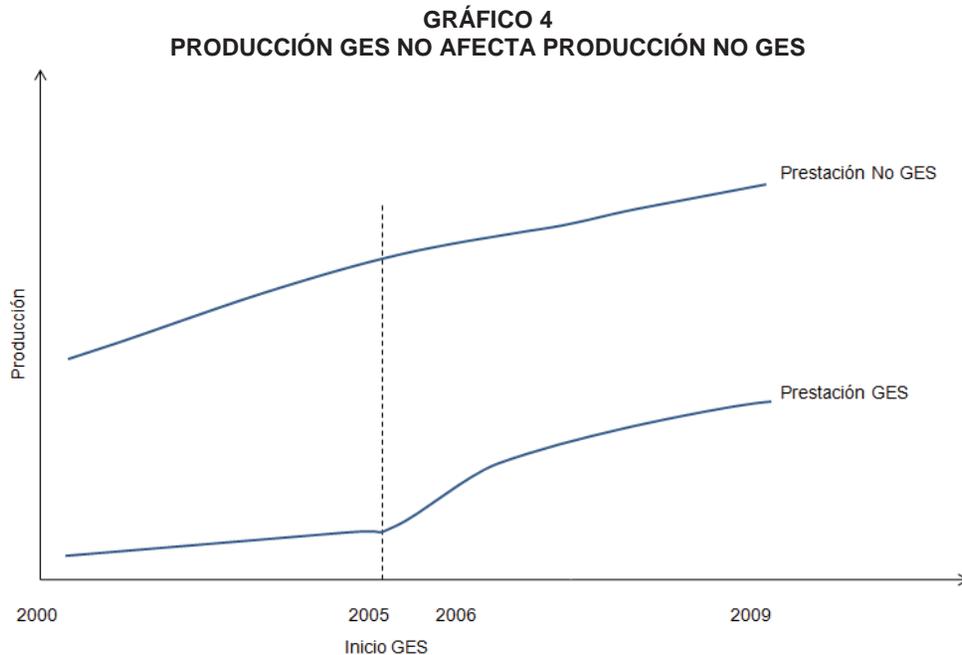
Para el tratamiento de diferentes problemas de salud no GES, en la práctica ha habido listas de espera en distintas especialidades médicas, y algunas de esas listas podrían ser atribuibles al desplazamiento de la producción por el GES, que es el fenómeno recién descrito. En la actualidad el Minsal posee un sistema de información que registra pacientes en espera según especialidad médica, que permite conocer la magnitud y localización del problema, y contribuye a formular estrategias para su solución. Por ejemplo, el tratamiento garantizado de las cataratas bajo el GES podría desplazar producción de otras prestaciones oftalmológicas, como por ejemplo el tratamiento de glaucoma.

Pero no siempre la provisión de prestaciones GES interferiría con la producción no GES. Se presume que en muchos casos el GES no afecta la producción no GES. Esa situación se ejemplifica en el gráfico 4 podría corresponder, a modo de hipótesis, a la situación del tratamiento de la depresión en mayores de 15 años (bajo GES) y en menores de 15 años (no GES). Algo similar podría ocurrir cuando una prestación ingresa al GES y se aportan recursos de expansión presupuestaria, es decir, comprometiendo recursos adicionales. De esta forma, aumenta la producción de la misma, sin alterar el nivel de producción de las demás prestaciones no GES.



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2012) Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.

Nota: Por simplificación se optado por suponer en este gráfico que todas las GES comienzan su vigencia en el año 2005, no obstante, esto ha ocurrido gradualmente y su análisis debe realizarse para el año en que efectivamente ocurre su incorporación.



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2012) Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.

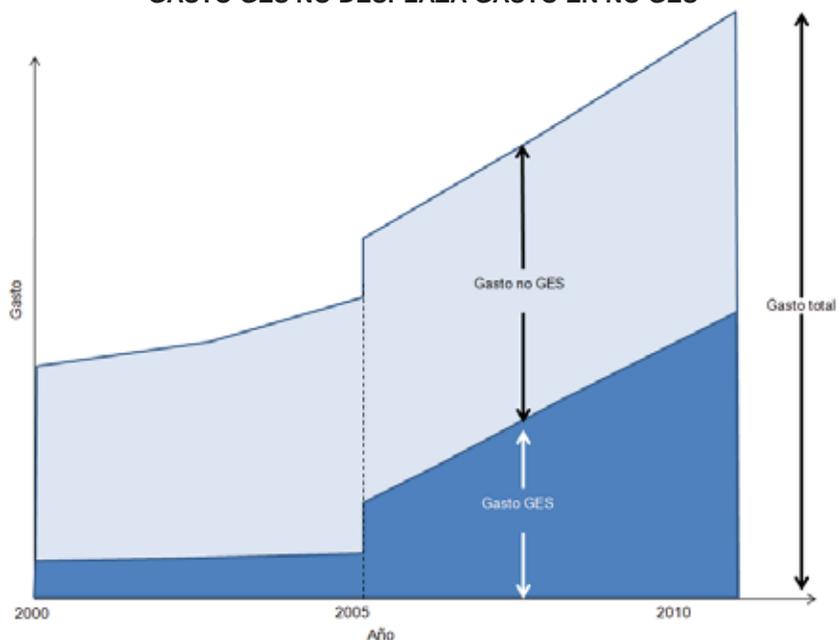
Nota: Por simplificación se optado por suponer en este gráfico que todas las GES comienzan su vigencia en el año 2005, no obstante, esto ha ocurrido gradualmente y su análisis debe realizarse para el año en que efectivamente ocurre su incorporación.

El incremento de la producción de prestaciones GES y el efecto que ello puede tener en la producción de prestaciones no GES tiene consecuencias sobre el gasto del Fonasa. En el gráfico 5 se ejemplifica una situación en que la implementación del GES habría venido acompañada por un aumento del gasto del Fonasa, para poder cumplir con la garantía respectiva, sin por ello reducir el gasto del Fonasa en problemas no GES de algún modo vinculado con el problema GES. Esta podría ser la situación de la depresión para diferentes grupos de edad, ya ilustrada para el caso de la producción en el gráfico 4.

En contraste, en el gráfico 5 se representa un escenario en el cual la priorización del gasto hacia problemas y prestaciones de salud GES podría desplazar gasto público en prestaciones no GES, como por ejemplo para el tratamiento de las cataratas (GES) y otros problemas oftalmológicos (no GES). Este desplazamiento expresa el efecto de sustitución entre prestaciones GES y No GES.

En el siguiente apartado se presentan los principales hallazgos del análisis realizado por MINSAL (2012) y otros adicionales que permite extraer la información disponible. En lo fundamental se trata de verificar si existe evidencia que permita demostrar que la implementación de las GES ha provocado un efecto de sustitución en la producción dentro del sistema público de salud.

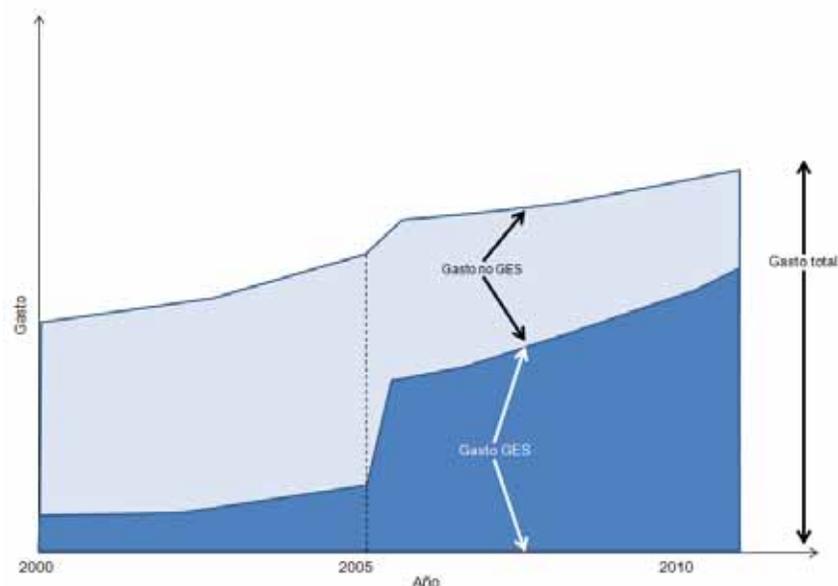
GRÁFICO 5
GASTO GES NO DESPLAZA GASTO EN NO GES



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2012) Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.

Nota: Por simplificación se optado por suponer en este gráfico que todas las GES comienzan su vigencia en el año 2005, no obstante, esto ha ocurrido gradualmente y su análisis debe realizarse para el año en que efectivamente ocurre su incorporación.

GRÁFICO 6
GASTO GES DESPLAZA GASTO EN NO GES



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2012) Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.

Nota: Por simplificación se optado por suponer en este gráfico que todas las GES comienzan su vigencia en el año 2005, no obstante, esto ha ocurrido gradualmente y su análisis debe realizarse para el año en que efectivamente ocurre su incorporación.

III. Principales hallazgos

Para establecer el impacto del proceso de priorización en las prestaciones priorizadas y en las no priorizadas durante el periodo 2001 a 2011, se utilizan en el presente apartado varias fuentes de información complementarias, que conjuntamente permiten construir un cuerpo de evidencia. Cabe tener presente, sin embargo, que no existe un diseño de evaluación *ex ante* que permita controlar los diferentes efectos simultáneos que se presentan en este tipo de fenómenos. Por esta razón, los resultados que se presentan deben ser sometidos a un análisis razonado que integre diferentes enfoques y evidencias.

En primer lugar se revisa la producción anual de prestaciones de salud específicas para problemas GES y no GES, antes y después de la implementación de las garantías en cada caso. Para ello se utiliza la información sobre actividad contenida en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del Ministerio de Salud. Este enfoque que fue implementado en el estudio MINSAL (2012), consiste en seleccionar determinadas prestaciones⁸ que se consideran trazadoras de un problema de salud incluido en la GES y no incluidos en las GES, para realizar el contraste. La definición de prestación trazadora responde, en este contexto, a una prestación relacionada directamente al problema de salud en cuestión y que permite dar seguimiento al conjunto de las prestaciones relacionadas al mismo. En este sentido, no tiene mayor relevancia el peso que dicha prestación específica tenga en el gasto, más bien se usa como un marcador del conjunto de actividad productiva relacionada al problema de salud. Dichas prestaciones son seleccionadas del catálogo arancelario de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del Fonasa, para el cual se lleva un registro completo de la actividad.

En la segunda sección se responde a la misma interrogante a partir de la información sobre atenciones hospitalarias contenida en las Bases de Egresos Hospitalarios desde el 2001 al 2011, fuente que no había sido utilizada a tal fin. En este caso, no se trata de un seguimiento de prestaciones específicas, sino del número de eventos de hospitalización relacionados con determinados diagnósticos o condiciones de específicas que están cubiertas por las GES y de otros que no están cubiertos por las GES.

En la tercera sección se hace una revisión del gasto público anual, hospitalario y de la atención primaria, distinguiendo entre el gasto asociado a problemas de salud GES y no GES, y cómo evoluciona a lo largo del

⁸ Una prestación de salud corresponde a lo que en el lenguaje económico se denomina “producto” y que en estos casos corresponde a servicios de atención de salud.

tiempo a partir de la implementación de las garantías explícitas. Este procedimiento fue implementado por el MINSAL (2012), en base a las prestaciones trazadoras e imputando el costo total en cada problema de salud.

Finalmente, en la cuarta sección, se muestran antecedentes complementarios a partir de los resultados de la Encuesta de Protección Social (EPS), específicamente en la dimensión relativa a salud y demanda de servicios sanitarios para algunos problemas de salud seleccionados. Esta fuente de información tampoco había sido utilizada hasta ahora para tales fines.

A. Evolución de las atenciones de salud

El análisis del comportamiento de la actividad de producción GES y no GES se basa en el cálculo de la tasa de crecimiento promedio anual de la producción durante el período pre-GES y su comparación con la tasa de crecimiento promedio anual de la producción durante el período post-GES.

Esta información se recoge del estudio de *Impacto de las Garantías Explícitas en Salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud* (MINSAL, 2012), del cual se presenta a continuación una breve síntesis y algunos análisis, y algunas conclusiones adicionales derivadas del presente estudio, que ha considerado otras fuentes de información complementarias.

Para comparar la producción antes del GES y después de la implementación del GES, para cada problema de salud, se consideraron dos períodos:

- El período anterior al GES (pre GES), comprendido entre el año 2001 y el año de ingreso de la garantía respectiva (que puede ser 2005, 2006 o 2007 de acuerdo con la política de incorporación gradual de problemas al GES).
- El período posterior a la adopción del GES, para cada problema de salud, que comenzó en 2005, 2006 o 2007 según cuándo comenzó la garantía del problema de salud respectivo, y el año 2009 como final del periodo de análisis.

Por otra parte, para cada problema de salud se identificaron prestaciones trazadoras⁹ para su seguimiento en el nivel primario de atención y en los niveles secundario y terciario, de acuerdo a las características de cada problema de salud¹⁰.

Cada uno de los casos (problemas de salud y prestaciones trazadoras asociadas) se pueden clasificar en una y sólo una de las situaciones que se resumen en el cuadro 1. El detalle de los resultados reportados por MINSAL (2012) se presenta en el anexo 2.

CUADRO 1
CLASIFICACIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y PRESTACIONES TRAZADORAS,
PRE Y POST - GES

		Período Post - GES	
		Aumento la producción	Disminuyó la producción
Período Pre - GES	Aumentó la producción	A (42 prestaciones GES y 27 prestaciones No GES)	B (12 prestaciones GES y 5 prestaciones No GES)
	Disminuyó la producción	C (14 prestaciones GES y 11 prestaciones No GES)	D (6 prestaciones GES y 5 prestaciones No GES)

Fuente: MINSAL (2012), Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud. Informe Final elaborado por Bitrán y Asociados para División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile.

Nota: En el caso de las prestaciones No GES el hito de corte de ambos periodos fue el año 2005, fecha en que comienzan a entrar en vigencia las garantías explícitas.

⁹ Una prestación trazadora se define como aquella que permite identificar, sin ambigüedad, un problema de salud determinado. De esta forma, haciendo el seguimiento de dicha prestación se puede evaluar el comportamiento del problema de salud en su conjunto.

¹⁰ Cabe tener presente que no todos los problemas de salud tienen manejo en los tres niveles de la red asistencial. En consecuencia, sólo algunos problemas de salud tendrán prestaciones trazadoras en el nivel primario y en el hospitalario.

Como se observa, se clasifica a las prestaciones trazadoras según su tasa de crecimiento promedio antes y después de la implementación del GES. El grupo A está representado por aquellas prestaciones trazadoras cuya producción, medida como variación anual promedio, aumentó antes y después del GES; el grupo B está representado por las prestaciones trazadoras cuya variación de la producción anual media aumentó antes del GES pero disminuyó después de su implementación; el grupo C está representado por aquellas con variaciones anuales promedio negativas (disminuciones) en su producción antes del GES y con variaciones positivas después de su implementación; finalmente, el grupo D está representado por las prestaciones trazadoras cuya producción, en tasas medias anuales, cayó tanto antes como después del GES.

La información reportada corresponde a los 56 Problemas de Salud del GES, de acuerdo a los registros de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del MINSAL, los que incluyen la información mensual consolidada para cada uno de los 29 Servicios de Salud del país. Asimismo, considera las prestaciones trazadoras identificadas para los problemas de salud No GES que se establecieron para efectos de comparación, en base a la misma fuente de información.

De acuerdo a los resultados que reporta dicho estudio, para el caso de los problemas GES hospitalarios, hay algunos casos en que la producción experimentó variaciones promedio anuales semejantes antes y después de la reforma. Así ocurrió, por ejemplo, con la prestación *facoéresis extra capsular con implante de lente intraocular* asociada al problema de salud GES N° 11, *cataratas*, cuya variación anual promedio pre GES fue 27,2% y 21,7% en el periodo post GES. Este es un ejemplo característico del grupo A.

En otros casos, la producción aumentó antes del GES y cayó después de su implementación. Tal es la situación, por ejemplo, de la prestación *braquiterapia alta tasa* para el problema de salud N° 3, *cáncer cervicouterino*. Este es un ejemplo característico del grupo B.

Si analizamos las prestaciones No GES, también encontramos situaciones diversas. Por ejemplo, la prestación *parto normal* había disminuido su producción en el periodo previo al GES y sin embargo aumentó su producción posterior a la implementación del GES. Este sería un ejemplo característico del grupo C.

En cambio, la prestación *varicocele unilateral – tratamiento quirúrgico*, había disminuido su producción en el periodo previo al GES y luego sigue disminuyendo. Este es un ejemplo característico del grupo D.

La mayor parte de las prestaciones analizadas, GES y No GES, se clasificó en el grupo A, registrando una tasa de crecimiento promedio positiva en el periodo previo al GES y en el periodo posterior a la implementación de las garantías. No obstante, la interpretación de estas situaciones debe ser caso a caso y no es correcto generalizar. En muchos casos las prestaciones trazadoras GES ya eran ofrecidas con anterioridad a la adopción de la reforma mediante los llamados “programas” del FONASA¹¹.

El régimen GES estableció garantías explícitas, las que mejoraron el acceso y especialmente la oportunidad de la atención, pero en la mayoría de los casos su adopción no significó que las prestaciones asociadas se comenzaran a otorgar por primera vez a los pacientes con las patologías objeto de las garantías. Existen algunas excepciones a esta regla, como por ejemplo, la provisión de nuevas prestaciones tales como el tratamiento ambulatorio y la provisión de medicamentos en la depresión.

B. Evolución de los egresos hospitalarios

Otra forma de abordar el análisis de impacto de la implementación de las GES en la producción de servicios es mediante los egresos hospitalarios. La totalidad de los establecimientos que prestan servicios con internación, llamados hospitales en el ámbito público y clínicas en el ámbito privado, registran los eventos de hospitalización y reportan un resumen de esa información al Ministerio de Salud. De esta forma se tiene un cuadro bastante completo de lo que ocurre con la atención en el entorno hospitalario.

Cada evento de hospitalización genera un registro al momento del egreso, el que permite disponer de datos sobre el paciente, entre ellos edad y sexo, además del diagnóstico o causa principal de egreso. Este último dato es

¹¹ En la etapa previa al GES, el FONASA implementó una serie de programas especiales, como por ejemplo, el Programa de Oportunidad de la Atención (POA), los que en los hechos anticipaban el establecimiento de las garantías explícitas.

clasificado a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte, denominada CIE, versión 10. Por otra parte, la misma fuente de información permite saber donde ocurrió la hospitalización, entre otros datos.

Se dispone de la base de egresos hospitalarios completa para el periodo 2001 al 2011, lo que entrega un periodo amplio hacia atrás y hacia adelante para establecer el posible impacto de las GES. En consecuencia, el análisis se realiza para un periodo pre GES, entre 2001 y 2005, y para un periodo post GES, entre 2006 y 2011. Este análisis es novedoso, ya que dicha fuente de información no ha sido utilizada con anterioridad para tales fines y no está incluido en lo reportado por MINSAL (2012).

Nuestro interés principal se refiere al impacto en la producción del sistema público, razón por la cual hemos aislado lo que ocurre en el SNSS (sistema de provisión público) entre egresos relacionados al GES respecto a egresos relacionados al No GES. Sin embargo, una visión complementaria para este análisis proviene de analizar comparadamente lo que ocurre con los egresos GES y No GES en el conjunto del sistema, es decir, en el agregado del SNSS y el llamado extra sistema (preferentemente privado).

Desde el punto de vista metodológico la decisión fundamental radica en establecer adecuadas comparaciones para inferir los posibles impactos. Para ello, se escogieron cuatro problemas de salud GES que poseen un manejo hospitalario determinante en su protocolo de atención¹².

Cuadro El cuadro 2 muestra los problemas de salud GES escogidos y sus características, y los problemas de salud o situaciones que no están cubiertas por el GES. En algunos casos esto corresponde directamente a prestaciones de salud.

CUADRO 2
CHILE: EGRESOS HOSPITALARIOS DE PROBLEMAS DE SALUD GES Y NO GES

Problemas de salud GES	Características	Comparador no GES
Todos los cánceres incluidos en el GES (Problemas de Salud N° 3, 8, 14, 16, 27, 28, 70, 71, 72)	El GES incluye (y excluye) distintos tipos de cáncer. Sin embargo, incluye todos los cánceres infantiles.	Cánceres en adultos (15 años y más) no incluidos en el GES.
Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa (Problema de Salud N° 12)	En este caso la inclusión se establece exclusivamente por edad, razón por la cual el mismo diagnóstico se usa para identificar casos GES y No GES.	Endoprótesis de cadera en personas de edad no incluida en el GES (menores de 65 años).
Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos (Problema de Salud N° 26)	En este caso la inclusión también se establece por grupo etario, razón por la cual el mismo diagnóstico se usa para identificar casos GES y No GES	Colecistectomía en persona de edad no incluida en el GES (menores de 35 años y mayores de 49 años).
Tratamiento quirúrgico de cataratas (Problema de Salud N° 11)	En este caso no hay una limitación por edad o sexo, más allá de la que se establece por las características propias del problema de salud. En consecuencia, se comparó con un problema de salud distinto, pero con el cual se comparte o compite por el uso de recursos (humanos y físicos preferentemente)	Glaucoma

Fuente: Elaboración propia.

El criterio principal para establecer la comparación es que ambos problemas de salud o intervenciones GES y No GES comparten, y por ello eventualmente disputan, la utilización de un mismo recurso para llevar a cabo la producción del servicio.

Las cuatro comparaciones son de diferente naturaleza. Pero la unidad de análisis en todos los casos corresponde al evento de hospitalización, que se registra cuando éste finaliza, razón por la cual se llama egreso

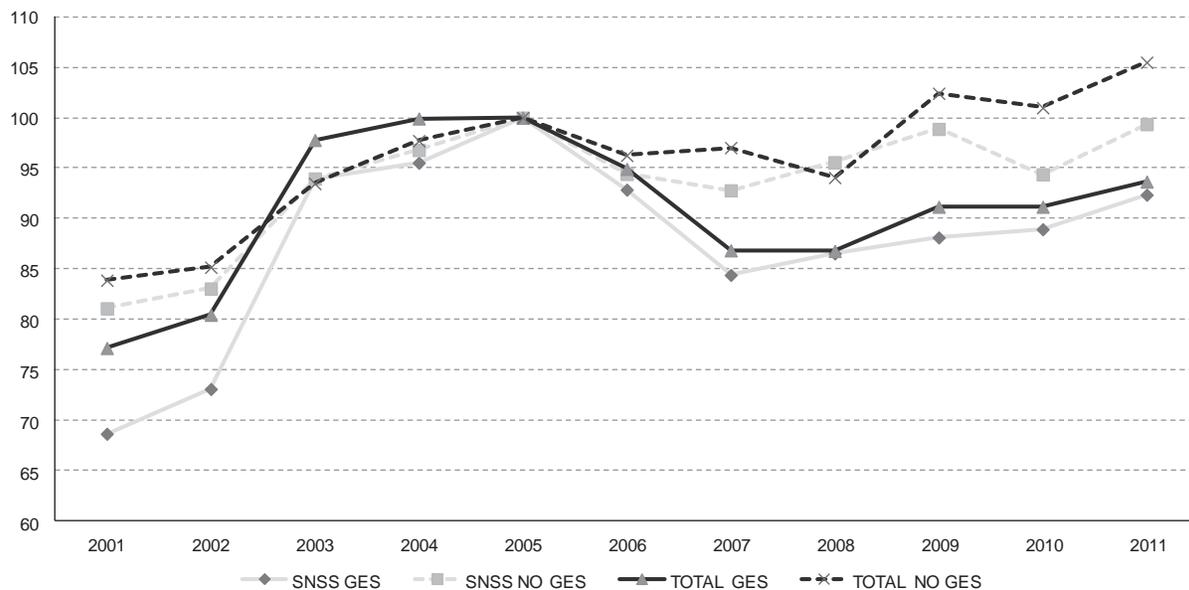
¹² En el caso de los cánceres, en rigor son más problemas de salud, pero aquí han sido agrupados en una sola categoría.

hospitalario¹³. En consecuencia, cada vez que se habla de que determinada enfermedad crece o disminuye, se refiere al número de eventos de hospitalización por tal diagnóstico, y no necesariamente a que la enfermedad varíe en tal sentido o magnitud.

1. Cánceres: incluidos versus excluidos del GES

En el caso de los cánceres se sobreponen dos restricciones para establecer el límite entre el GES y el No GES. La primera es que sólo algunos cánceres están incluidos en el GES, mientras otros tipos de cánceres no están incluidos. Sin embargo, una característica de inclusión en el GES es que el problema N° 14 define el cáncer en menores de 15 años, incluyendo leucemias, linfomas y tumores sólidos. En consecuencia, lo que se comparó en este caso son los cánceres de adultos (15 años y más) no incluidos en el GES. En el anexo 3 se incluyen los códigos CIE 10 que fueron utilizados en este caso y los siguientes.

GRÁFICO 7
CHILE: COMPARACIÓN CÁNCERES GES VERSUS NO GES
(Índice de Cantidad de Egresos, Año 2005=100)



Fuente: Elaboración propia usando base de egresos hospitalarios (BEH), Departamento de estadísticas e información en salud, Ministerio de Salud de Chile, clasificados a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE), (MINSAL).

El gráfico 6 muestra la evolución de un índice de cantidad, con base 100 en el año 2005, que permite contrastar los egresos por cánceres incluidos en el GES y no incluidos en el GES, realizados en el SNSS (sistema público) y en el total del sistema de provisión chileno. Como ya señalamos, se analiza una etapa previa a las garantías (2001 – 2005) y luego una etapa posterior (2006 – 2011). En líneas punteadas se presentan los egresos NO GES, SNSS y Total, y en líneas continuas los egresos GES, SNSS y Total; en líneas oscuras, los egresos totales y en líneas claras los egresos SNSS.

Dado que la base = 100 se estableció para el año 2005, el gráfico se interpreta intuitivamente. En el periodo previo al establecimiento de las garantías (GES), cuanto menor sea el valor inicial del índice, mayor será su crecimiento hasta el año 2005 cuando llegará a 100 puntos. En tanto, en el periodo de implementación de las garantías (GES), cuanto más crece el valor del índice, mayor será el crecimiento de ese componente.

¹³ Otros países utilizan el término “altas hospitalarias”. Sin embargo, también hay casos de países que hacen el registro al momento del ingreso al hospital, denominándolos “ingresos” o “internaciones”.

En la etapa previa al GES, se observa que aunque la atención de todos los cánceres crece, el mayor crecimiento corresponde a la de los cánceres en el SNSS que se incluyen en el GES. Los cánceres GES totales crecen menos en esa etapa, pero además su ritmo de crecimiento entre 2004 y 2005 fue bastante menor que los años anteriores. En ambos casos un gran aumento se experimenta el año 2003. Por otra parte, la atención de los cánceres NO GES, en SNSS y totales, es la que menos crece y además lo hace a un ritmo muy similar entre ellos.

En la etapa posterior a la implementación de las GES, se observa que la atención de todos los cánceres decrece respecto del año 2005 y luego comienza a recuperarse, pero el único que muestra un crecimiento al año 2011, respecto del 2005, es el Total NO GES. Las atenciones NO GES en el SNSS, luego de una disminución entre 2006 y 2007, crecen pero no logran alcanzar el nivel del 2005. En el caso de la atención de los cánceres GES, Total y SNSS, la reducción es más pronunciada los años 2006 y 2007 y su recuperación los años siguientes es similar y menor en ambos casos, respecto al 2005.

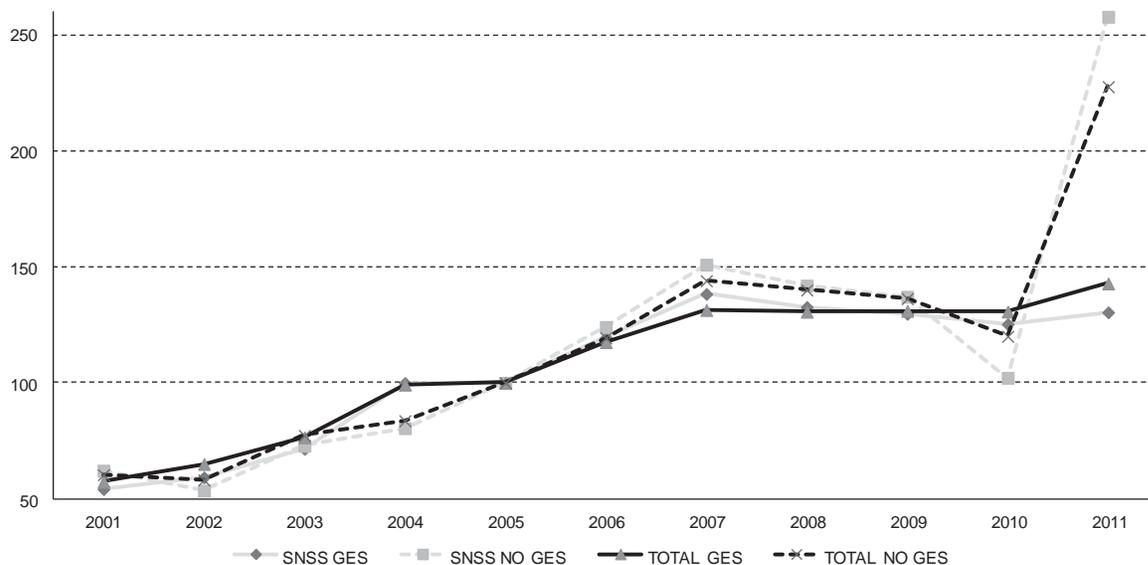
En conclusión, no puede afirmarse que la implementación de las garantías explícitas, en el caso de los cánceres, haya provocado un desplazamiento de la producción de egresos por los cánceres no incluidos en las GES, ni en el SNSS ni en el total de sistema. En el Anexo 5.4. se muestran las estadísticas de egresos desagregadas para estos problemas de salud y de los siguientes.

2. Endoprótesis de caderas: incluidas versus excluidas del GES

En el caso de la intervención quirúrgica de caderas la única restricción corresponde a la edad de los pacientes, ya que está cubierta por el GES sólo para personas mayores de 65 años. En consecuencia, resulta muy simple evidenciar si existiese algún grado de desplazamiento de la producción, en la medida en que se comparten recursos básicos como pabellón, cirujano traumatólogo y, principalmente, la necesidad de financiamiento para adquirir las prótesis.

En el periodo previo al GES se observa que esta intervención sanitaria evoluciona de forma muy similar en todos los casos, GES y NO GES, Total y SNSS (gráfico 7). Asimismo se observa un crecimiento importante en ese periodo. Resulta interesante ver como el año 2004 hay un salto en los casos que posteriormente se incluirán en el GES, respecto de aquellos NO GES. Esto puede explicarse por una focalización previa al GES en dicho segmento de la población (65 y más años), sea por la vía de mayor actividad del sector público o por compras de estos servicios a privados por parte de la autoridad.

GRÁFICO 8
COMPARACIÓN ENDOPRÓTESIS DE CADERAS GES VERSUS NO GES
(Índice de cantidad de egresos, año 2005=100)



Fuente: Elaboración propia usando base de egresos hospitalarios (BEH), Departamento de estadísticas e información en salud, Ministerio de Salud de Chile, clasificados a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE), (MINSAL).

En la etapa posterior a la implementación de las GES, se observa un crecimiento en todos los casos, GES y NO GES, Total y SNSS, los años 2006 y 2007, no obstante, lo que más crece es el NO GES, SNSS y seguido por el Total. Posteriormente, hasta el año 2010 mientras las GES SNSS y total prácticamente se mantienen en el mismo nivel del 2007, las NO GES disminuyen, siendo bastante pronunciada la caída observada en el SNSS. En dicho periodo, 2008 al 2010, si podríamos estar en presencia de algún grado de desplazamiento del NO GES por el GES, no obstante, el GES apenas se mantiene.

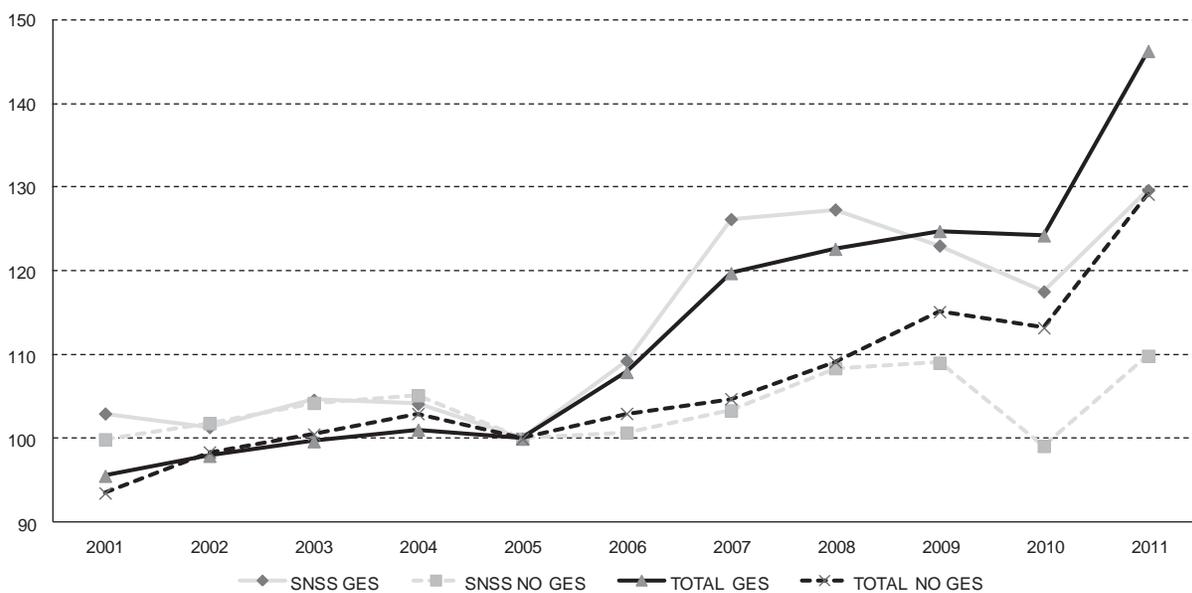
Sin embargo, lo más significativo es que la trayectoria de las GES, total y SNSS, se mantiene el año 2011, mientras las NO GES crecen muy fuertemente, particularmente en el SNSS. Este hallazgo, que llama la atención sin lugar a dudas, motivó a revisar las cifras a nivel de cada servicio de salud y hospital que integra el SNSS, verificándose que efectivamente hubo un aumento muy importante de esta intervención en múltiples establecimientos de salud en el país.

En conclusión, si bien podría haber desplazamiento de producción del NO GES por el GES en el periodo 2008 al 2010, lo más significativo es que en 2011 hay un crecimiento extraordinario de esta intervención en el NO GES, total y SNSS. Esto puede explicarse probablemente por mayor asignación de recursos para actividad del SNSS en el segmento de la población no priorizado (menores de 65 años).

3. Colectomía: incluidas versus excluidas del GES

El caso de las colecistectomías, es muy similar al caso anterior, ya que la única restricción corresponde a la edad de los pacientes. Esta intervención se encuentra garantizada en las GES entre los 35 y 49 años de edad. Su focalización en este segmento de la población se debe a que busca prevenir el cáncer de vesícula en personas que presentan síntomas. En consecuencia, también resulta simple evidenciar si existiese algún grado de desplazamiento de la producción, en la medida en que se comparten recursos básicos como pabellón y cirujano.

GRÁFICO 9
COMPARACIÓN COLECISTECTOMÍA GES VERSUS NO GES
(Índice de cantidad de egresos, año 2005=100)



Fuente: Elaboración propia usando base de egresos hospitalarios (BEH), Departamento de estadísticas e información en salud, Ministerio de Salud de Chile, clasificados a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE), (MINSAL).

El gráfico 8 muestra que el comportamiento previo al establecimiento de las garantías, está marcado por una evolución diferente entre el SNSS y el Total del sistema, sin grandes diferencias entre GES y NO GES.

Mientras las colecistectomías totales, GES y NO GES, crecieron moderadamente hasta el año 2004 para luego caer un poco el año 2005, las colecistectomías GES y NO GES realizadas en el SNSS crecen y luego disminuyen al año 2005, manteniéndose en el mismo nivel que tenían el año 2001 en el caso de las NO GES y en un nivel inferior en el caso de las GES. Esta situación diferenciada podría estar mostrando que la actividad privada aumentó por compras de servicios hacia el extra sistema.

Esta tendencia claramente cambia el año 2005, cuando comienza un crecimiento importante colecistectomías GES, en el SNSS y en el Total, mientras el crecimiento de las NO GES, SNSS y Total crece a un ritmo bastante menor. Esta situación se mantiene hasta los años 2008-2009, cuando nuevamente se observa un cambio de tendencia. Las colecistectomías GES en el SNSS se reducen los años 2009 y 2010, para luego recuperar su nivel del 2008 el año 2011. En tanto las colecistectomías NO GES en el SNSS caen fuertemente el año 2010 y se recuperan el año 2011, al nivel que tenían el año 2009.

En cambio, el total del sistema, GES y NO GES sigue creciendo fuertemente hasta el año 2011 cuando experimentan un salto importante. En conclusión, tampoco podría afirmarse que existe desplazamiento del NO GES por el GES, sin embargo, si se puede inferir que el mayor crecimiento Total, GES y NO GES, aunque mayormente GES, es absorbido por el sector privado, probablemente por compras desde el sistema público.

4. Cataratas versus glaucoma: lo incluido versus lo no incluido

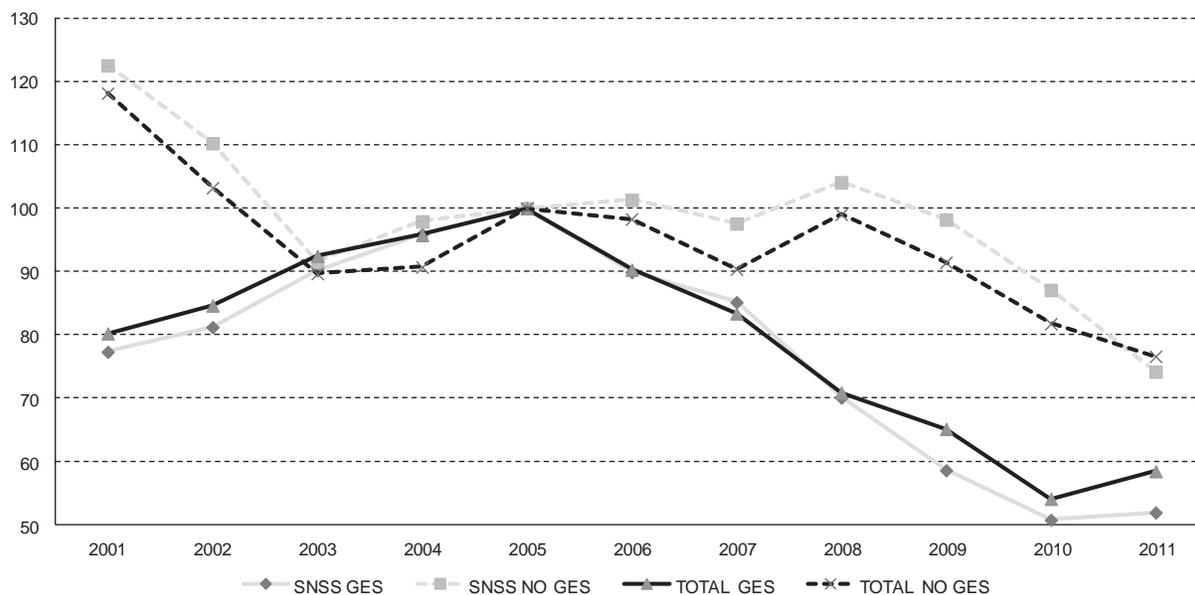
En este caso, la comparación es diferente. No existe restricción de edad o sexo en el caso de las cataratas que ingresan a las garantías explícitas. Esta es una diferencia importante en el diseño de la priorización, ya que otros problemas de salud, además de la restricción básica que corresponde al diagnóstico, establecen restricciones por grupo etario¹⁴. Por esta razón, la forma de comparar se basa en el uso de recursos compartidos, que en este caso corresponden a pabellón oftalmológico y oftalmólogo. Glaucoma es una patología bien definida que no está incluida en las GES, que comparte dichos recursos y que puede ser contrastada con cataratas para ver su evolución.

Como se puede apreciar en el gráfico 9, el primer aspecto que llama la atención es que cataratas (GES), por un lado, y glaucoma (NO GES), por otro, siguen la misma trayectoria, en el SNSS y en el Total del sistema, tanto en la etapa previa como en la etapa posterior al GES.

En la etapa previa, se advierte que cataratas (GES) crece sistemáticamente hasta el año 2005, mientras glaucoma (NO GES) cae de manera importante entre 2002 y 2003 para luego crecer parcialmente hasta el año 2005. En la etapa posterior a las GES, se observa que cataratas (GES) cae notoriamente en el SNSS y en el Total, mostrando un estancamiento el año 2011. Por otro lado, glaucoma (NO GES) se mantiene relativamente constante hasta el año 2008, cuando comienza a disminuir, aunque no de forma tan pronunciada como cataratas (GES). En conclusión, no se observa un desplazamiento de actividad NO GES por GES, más bien se observa una fuerte reducción en las GES acompañada de una reducción más moderada de glaucoma (NO GES).

¹⁴ El diseño de la priorización se realiza generalmente en base a diagnósticos clínicos para los cuales se utilizan los registros de egresos hospitalarios, codificados bajo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En algunos casos se agrega algún criterio demográfico como grupo etario y sexo. Estas definiciones se fundamentan en estudios epidemiológicos, especialmente en criterios de carga enfermedad.

GRÁFICO 10
COMPARACIÓN CATARATAS GES VERSUS GLAUCOMA NO GES
(Índice de cantidad de egresos, año 2005=100)



Fuente: Elaboración propia usando base de egresos hospitalarios (BEH), Departamento de estadísticas e información en salud, Ministerio de Salud de Chile, clasificados a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE), (MINSAL).

5. Evolución del gasto público en prestaciones de salud

El impacto de un plan priorizado, como el régimen GES, en la producción de prestaciones priorizadas y no priorizadas debiese verse reflejado en la evolución del gasto público en salud a lo largo del tiempo. El estudio *Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud* (MINSAL, 2012) entrega información relevante en esta materia. Allí se calculó el gasto anual del FONASA en 56 problemas de salud GES para la atención primaria y hospitalaria. En este apartado se resumen los principales resultados y se agregan algunos análisis adicionales que no están presentes en el estudio mencionado, los que se identifican más adelante.

El gasto del FONASA en problemas de salud no GES para el nivel hospitalario y primario se obtuvo en MINSAL (2012) por diferencia, sustrayendo del gasto del FONASA registrado ese año, el gasto estimado GES para ese año y nivel de atención.

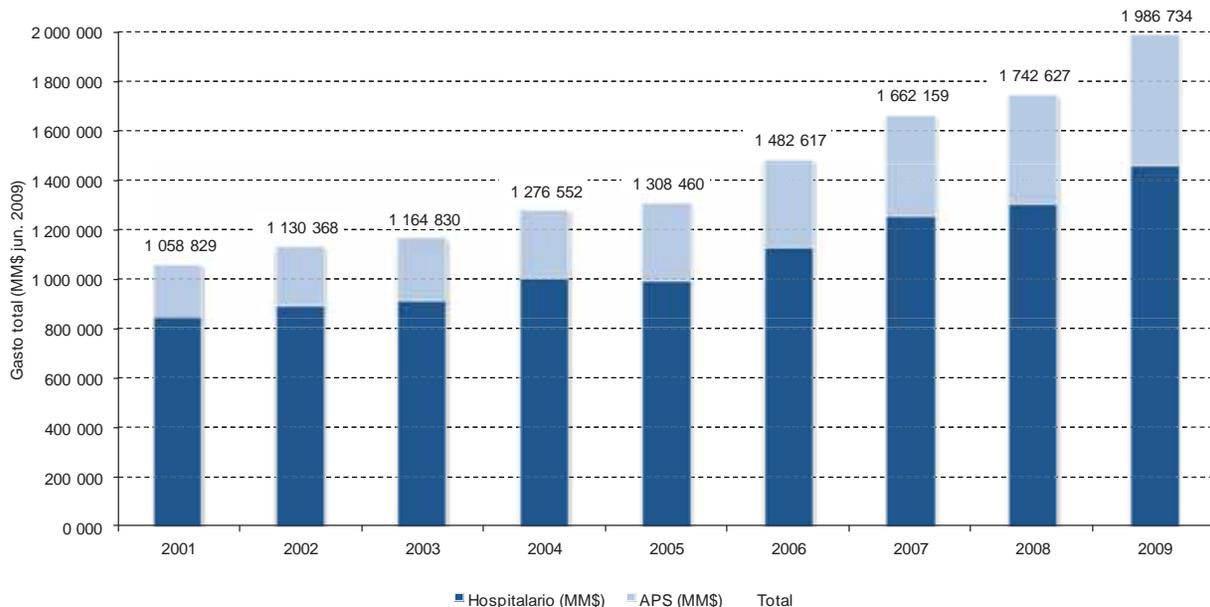
El valor de la producción neta¹⁵ en el sector público aumentó desde MM\$ 1.058.829 en el 2001 a MM\$ 1.986.734 en el año 2009, es decir, casi se duplicó en esos 9 años, medido en moneda del mismo año. A su vez, la participación de la atención hospitalaria en el gasto público disminuyó desde un 80,1% en el 2001 a un 73,2% en el 2009. En el gráfico 10 se observa el valor de la producción neta del sistema público. Cabe mencionar que la parte del gasto público que corresponde a compras de servicios al extra Sistema, relacionada a los problemas de salud y las prestaciones GES como a los No GES, no es parte del análisis realizado. Dichas compras se realizan directamente por los servicios de salud y otra parte es ejecutada por FONASA.

¹⁵ Se emplea el concepto de Producción neta tal como se entiende en Cuentas Nacionales, es decir, como la suma del Valor Agregado y los Consumos Intermedios de la actividad económica en análisis. En este caso, se refiere a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y la atención primaria municipal.

Dependiendo del problema de salud en análisis, el volumen de compra al extra Sistema puede ser significativo, ejemplo de ello es la *insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)* y *hemodiálisis*.

GRÁFICO 11 EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL DEL FONASA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA 2001-2009

(Miles de millones, junio de 2009)



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2012) Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.

El importante aumento del valor de la producción neta mostrado obedece en parte al aumento de la población beneficiaria, que pasó de 10,2 millones a 12,5 millones de beneficiarios. Por lo tanto, el valor de Producción neta, expresado por beneficiario del FONASA, creció menos que el total, aunque todavía de una manera muy importante. En 2001 el valor de la producción neta fue en promedio, en moneda real de junio del 2009, \$104.253 por beneficiario en atención primaria y hospitalaria. Hacia finales de la década, ese valor se había incrementado en un 50% en términos reales. Este incremento revela un gran esfuerzo fiscal asociado al incremento del gasto público en salud.

El método para determinar el gasto GES, en MINSAL (2012), consistió en identificar prestaciones específicas de salud que actúan como trazadoras de los problemas y luego imputar el costo de la canasta estándar de manejo de dicha enfermedad, a partir de la información que proporciona el *Estudio de Verificación de Costos* para el año 2009 (EVC 2009). De esta forma se obtiene un costo estimado de acuerdo al protocolo de atención, ante la ausencia de información empírica de costos por problemas de salud en el sector público. El cuadro 3 muestra los resultados que se reportan en el estudio que hemos venido comentando.

Al analizar las cifras puede observarse que el gasto público total en prestaciones de salud producidas por la red asistencial dependiente del SNSS y la APS municipal, crece a una tasa promedio de 12,0% en el periodo 2001-2009, en términos nominales. Este ritmo de crecimiento se diferencia notablemente al comparar el periodo previo al GES respecto del periodo posterior. Mientras en el periodo 2001-2005 se observa una tasa del 7,9%, en el periodo 2006-2009 esta se eleva a un 16,0%.

Por su parte, el gasto GES crece a un ritmo promedio levemente superior al gasto total y al gasto No GES. Así, el gasto GES crece a una tasa del 13,0% promedio en el periodo 2001-2009, vale decir, un punto porcentual por sobre el promedio. En tanto el gasto No GES estimado crece a una tasa promedio de 11,8%,

prácticamente idéntica a la variación del gasto total. No obstante, al analizar el comportamiento por periodos es posible advertir un hecho importante.

CUADRO 3
CHILE: GASTO PÚBLICO TOTAL GES Y NO GES SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

(Miles de millones cada año)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto total GES y no GES (MM\$)a	810 194	886 465	939 162	1 040 095	1 098 636	1 287 091	1 506 558	1 717 166	1 986 734
GES (MM\$)	350 017	373 678	466 861	462 861	498 189	595 222	764 414	788 488	903 721
No GES (MM\$)	460 176	512 787	472 301	577 234	600 447	691 869	742 144	928 678	1 083 013
GES (%)	43,2%	42,2%	49,7%	44,5%	45,3%	46,2%	50,7%	45,9%	45,5%
No GES (%)	56,8%	57,8%	50,3%	55,5%	54,7%	53,8%	49,3%	54,1%	54,5%
Hospitalario (MM\$)a	649 262	699 295	734 373	814 954	830 969	979 484	1 136 582	1 281 124	1 455 140
GES (MM\$)	245 622	249 516	309 745	302 593	320 733	379 107	492 604	517 367	589 120
No GES (MM\$)c	403 640	449 779	424 628	512 362	510 236	600 377	643 978	763 757	866 020
GES (%)	37,8%	35,7%	42,2%	37,1%	38,6%	38,7%	43,3%	40,4%	40,5%
No GES (%)	62,2%	64,3%	57,8%	62,9%	61,4%	61,3%	56,7%	59,6%	59,5%
APS (MM\$)	160 932	187 170	204 789	225 141	267 667	307 607	369 976	436 042	531 594
GES (MM\$)	104 395	124 163	157 117	160 268	177 456	216 115	271 810	271 121	314 601
No GES (MM\$)	56 537	63 007	47 672	64 872	90 211	91 492	98 165	164 921	216 993
GES (%)	64,9%	66,3%	76,7%	71,2%	66,3%	70,3%	73,5%	62,2%	59,2%
No GES (%)	35,1%	33,7%	23,3%	28,8%	33,7%	29,7%	26,5%	37,8%	40,8%

Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2012), Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.

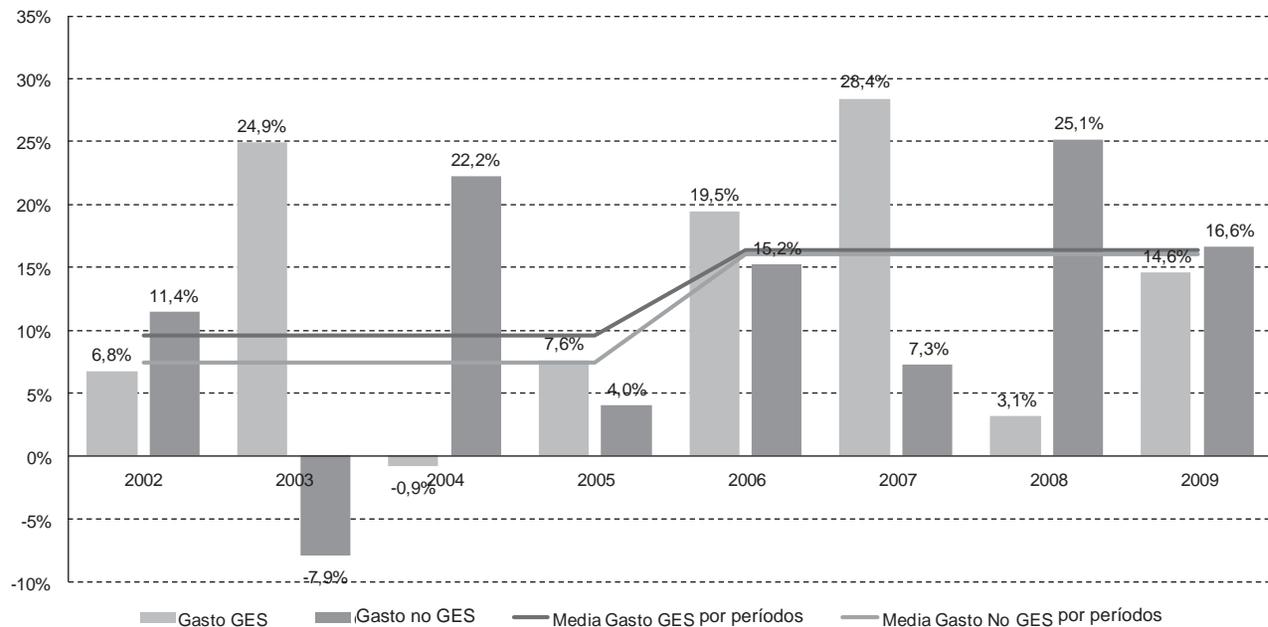
En el periodo 2001-2005 el gasto GES crece a un ritmo de 9,6%, es decir, 1,7 puntos porcentuales por sobre el promedio del gasto total, mientras el gasto No GES crece a un ritmo inferior, de 7,4%, por debajo del promedio del gasto total. Esto marca poco más de 2 puntos porcentuales de diferencia respecto del crecimiento del gasto GES, en el mismo periodo. Sin embargo, en el periodo 2006-2009 estas diferencias prácticamente desaparecen. El gasto GES crece a un 16,4%, mientras el gasto No GES lo hace a un promedio de 16,1%. En consecuencia, en el periodo previo a la implementación de las GES el gasto en dichos problemas de salud ya crecía a un ritmo superior al gasto en problemas no GES, lo que confirma que el sistema público venía haciendo un esfuerzo por resolver dichos problemas sanitarios. Por otra parte, en el periodo posterior a la implementación de las GES, tanto el gasto GES como No GES converge a las mismas tasas, sin mayores diferencias en su ritmo de crecimiento (ver gráfico 11).

Si se mira la participación en el gasto total, puede observarse que en promedio el gasto GES corresponde a un 45,9% mientras el gasto No GES concentra el restante 54,1%. Visto por periodos, el gasto GES ha experimentado un leve aumento en su participación, la que pasa de 45,0% en el periodo 2001-2005, a un 47,1% en el periodo 2006-2009. Como contrapartida de ello, el gasto No GES ha tendido a disminuir su participación, pasando de 55,0% a 52,9%. De esta forma, se observa que muy paulatinamente el gasto GES gana participación en el total del gasto, lo que resulta lógico en la medida en que se aumentan gradualmente los problemas de salud y prestaciones cubiertas por esta política pública.

Es importante tener en cuenta la participación relativa de cada uno de los niveles de atención en el total. En promedio, el gasto del nivel hospitalario representa un 76,7% del total, mientras la APS municipal contribuye con 23,3%. Sin embargo, esta participación ha experimentado un cambio importante en el periodo, donde el gasto en APS municipal se ha incrementado, pasando de apenas un 19,9% el año 2001 a un 26,8% en 2009.

A nivel hospitalario, el gasto creció un 10,7% en promedio, siendo bastante marcada también la diferencia entre periodos. Mientras el periodo 2001-2005 creció a un 6,4%, el periodo 2006-2009 alcanzó un 15,1%.

GRÁFICO 12
TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO GES VERSUS NO GES Y PROMEDIOS DE AMBOS PERÍODOS



Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL (2012), Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud. Informe Final elaborado por Bitrán y Asociados para División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile.

En el caso del gasto GES se observa que en general ha sido mayor su crecimiento, registrando un 12,1% promedio, con un 7,4% en el periodo previo al GES y luego con un 16,8% en el periodo de implementación de las GES. El gasto No GES, tanto en el periodo completo como en ambos sub-periodos fue más moderado, aunque también se observa una notoria diferencia en ambos periodos (10,4%, 6,5% y 14,2%, respectivamente). De esta forma puede concluirse que el ritmo de crecimiento del gasto a nivel hospitalario ha sido mayor en el GES y especialmente mayor en el periodo posterior a la implementación de las garantías, razón por la cual se observa una mayor divergencia de las tasas de crecimiento en el periodo posterior a la implementación de las GES (ver gráfico 12).

La distribución porcentual del gasto entre GES y No GES en el nivel hospitalario, si bien presenta algunas fluctuaciones, se ha mantenido relativamente estable. El gasto GES representa un 39,4% del gasto hospitalario, en tanto el restante 60,6% corresponde a la gasto No GES.

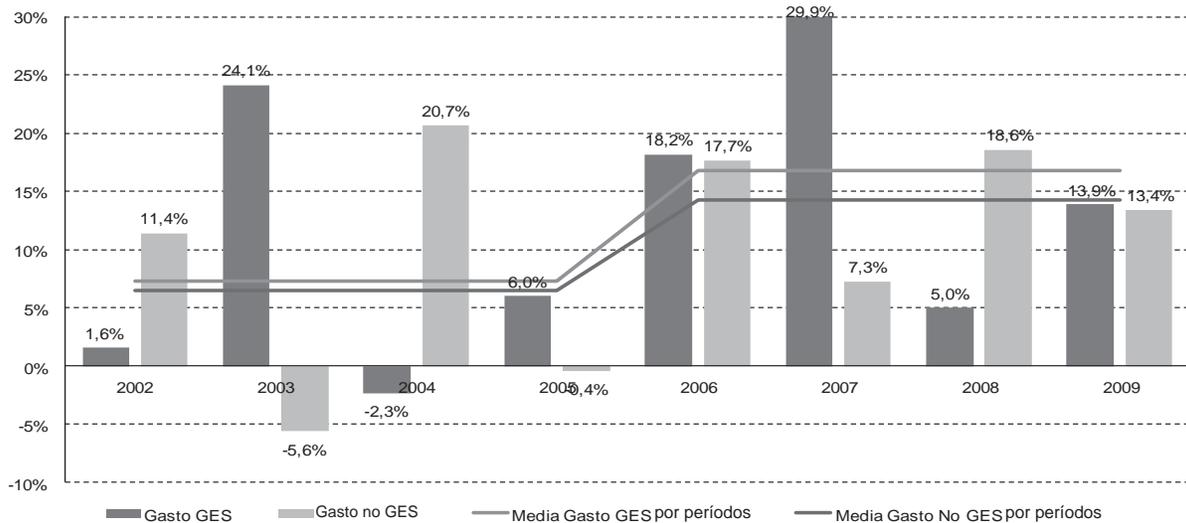
Por último, en el nivel primario municipalizado el crecimiento del gasto en el periodo fue de 16,2% promedio, pero se observa un ritmo mayor aun en el último periodo. Mientras en el periodo 2001-2005 se observa un incremento anual de 13,6%, en el periodo 2006-2009 este aumenta a 18,7% anual, en cifras nominales.

Al descomponerlo entre gasto GES y No GES, se observa que el primero no tiene una diferencia sustancial (15,2%) respecto del gasto total a la APS municipal, y aunque crece más en el periodo posterior a la entrada en vigencia de las GES, tampoco se observa un salto significativo (14,6% versus 15,8%, respectivamente).

Sin embargo, el gasto No GES presenta un crecimiento muy significativo en todo el periodo, especialmente el periodo posterior a la entrada en vigencia del GES. En el periodo 2001- 2009 crece en promedio un 21,3%, mientras en el periodo 2001-2005 este muestra un incremento anual de 15,6%. En tanto,

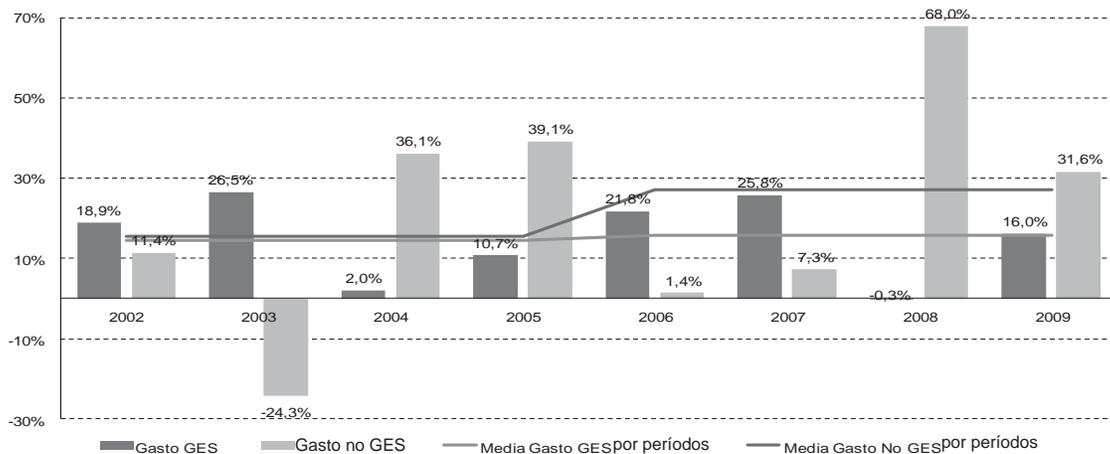
en el periodo posterior a la entrada en vigencia del GES, el crecimiento registrado se eleva a 27,1%. De esta forma, resulta evidente que el mayor crecimiento del gasto en APS ha estado asociado a problemas de salud diferentes de los GES o simplemente a que los recursos no han sido focalizados en prestaciones específicas, sino en financiar un mayor costo generalizado de atención en ese nivel (ver gráfico 13).

GRÁFICO 13
GASTO HOSPITALARIO: TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO GES VERSUS NO GES Y PROMEDIOS DE AMBOS PERÍODOS



Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL (2012), Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud. Informe Final elaborado por Bitrán y Asociados para División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile.

GRÁFICO 14
GASTO APS: TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO GES VERSUS NO GES Y PROMEDIOS DE AMBOS PERÍODOS



Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL (2012), Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud. Informe Final elaborado por Bitrán y Asociados para División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile.

Las cifras presentadas permiten advertir que efectivamente se produce un punto de inflexión en el gasto a partir del año 2005, registrándose un ritmo de crecimiento mayor en este segundo periodo. A nivel hospitalario esto es claro en beneficio del gasto en problemas de salud GES, no obstante, en APS que es donde

mayor crecimiento se registra, el gasto No GES registra el mayor crecimiento. A partir de estos antecedentes no se observa en términos generales que la implementación de las GES pueda haber desplazado la producción No GES. Sin duda algún impacto en la asignación de recursos debe haber modificado el mix de prestaciones, produciendo ajustes, pero no podría inferirse que esto haya impactado negativamente la producción No GES generalizadamente.

6. Otros antecedentes sobre necesidades de atención y utilización

Los resultados de la Encuesta de Protección Social (EPS) para los años 2004 y 2009 en el ámbito de salud permiten analizar algunas tendencias en relación al impacto de la implementación de las GES en las patologías priorizadas. A pesar de ello, aportan información limitada para evaluar el impacto en la producción en problemas no GES, ya que lamentablemente la atención de este tipo de instrumentos ha estado centrada en los problemas priorizados.

La EPS en su sección de salud entrega resultados acerca de la proporción de la población que se encuentra diagnosticada y en tratamiento, referido por los encuestados, en algunas de las siguientes patologías: *Asma, diabetes, depresión, hipertensión, problemas cardíacos, cáncer, artritis y artrosis, enfermedad renal, derrame cerebral, enfermedad mental o VIH SIDA*. De estas condiciones, *asma, diabetes, depresión, hipertensión, cáncer y VIH* pueden homologarse con problemas de salud GES. Por su parte las condiciones restantes no entregan información acerca de un problema de salud, GES o no GES, por lo cual se excluyen del presente análisis.

En el cuadro 4 se presentan estas 6 enfermedades o grupos de patologías que se encuentran incorporados total o parcialmente en las GES. El cuadro compara la situación previa a la entrada en vigencia del primer Decreto Supremo GES (año 2004) y luego la situación de cada una cuando ya se encontraban vigentes las GES (año 2009). Las dos primeras columnas muestran el porcentaje de la población de 18 años y más que se encontraba diagnosticada (según referencia del encuestado) para cada enfermedad. Las dos siguientes columnas muestran, el porcentaje de los usuarios diagnosticados que refieren estar en tratamiento. Finalmente, las últimas dos columnas muestran la variación porcentual en el diagnóstico y en el tratamiento.

CUADRO 4
POBLACIÓN DE 18 AÑOS Y MÁS DIAGNOSTICADA Y TRATADA PARA ENFERMEDADES SELECCIONADAS
(Porcentaje de la población de 18 años y más, y variación porcentual)

Problemas de salud	Diagnosticado		Tratados		Variación	
	2004	2009	2004	2009	Diagnosticado	Tratados
Asma o enfisema pulmonar	3,7%	3,8%	65,7%	73,2%	3%	11%
Depresión	7,3%	9,2%	59,6%	61,0%	26%	2%
Diabetes	5,8%	7,3%	89,0%	91,7%	26%	3%
Hipertensión	18,3%	19,7%	84,6%	87,6%	8%	4%
Cáncer	1,5%	1,7%	74,3%	73,5%	13%	-1%
SIDA	0,1%	0,3%	100,0%	100,0%	200%	0%

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos EPS 2004 y EPS 2009.

En el caso de *asma*, se observa un aumento marginal en el diagnóstico (3%), mientras el aumento de los enfermos en tratamiento resulta ser significativo (11%). Esto puede explicarse porque la implementación de las GES, en el caso específico de *asma*, mejora las condiciones de tratamiento respecto de la situación previa, específicamente en relación al tratamiento. Antes de las GES, el asma ya era controlada mediante un programa ministerial de enfermedades respiratorias en la atención primaria, de este modo, la población que presentaba la patología ya se encontraba generalmente en control. En este caso, incorporar el *asma* al régimen GES, genera particularmente beneficios en el ámbito del tratamiento. De esta forma, el impacto mayor no se evidencia en cuanto a aumentar la búsqueda de casos (diagnóstico) sino que a otorgar mejores condiciones de tratamiento a quienes han sido diagnosticados. Desde esta perspectiva el aumento de 11% de de los tratados resulta un aumento muy importante.

En la *depresión* se aprecia una situación muy distinta de la anterior. Existe un aumento muy considerable en el diagnóstico (26%) con un aumento de pacientes que refieren tratamiento, de aquellos que se encuentran diagnosticados, de 2%. Los resultados muestran que además de un salto enorme en materia de detección diagnóstica de la enfermedad, posibilitado por mayor acceso a especialistas en el sector público, también se observa un crecimiento levemente mayor en materia de tratamiento. El crecimiento del 2% es por sobre el crecimiento de los casos diagnosticados.

La salud mental fue una de las áreas priorizadas en el GES que no estaba cubriéndose adecuadamente por el sistema de salud previamente (hasta el año 2004) y cuya incorporación al GES trajo consigo la organización de un conjunto de prestaciones y un modelo de atención particular en la patología de salud mental. De este modo, los resultados de la EPS son concordantes con la mejora del acceso a diagnóstico y tratamiento de la *depresión*.

Para la *diabetes*, la situación es casi idéntica en términos cuantitativos, observándose un aumento importante en materia de diagnóstico (26%) y un 3% en materia de tratamiento. En este caso, la estrategia asociada a la incorporación de esta patología en el GES, está asociada principalmente al manejo en APS, lo cual se correlacionaría con mayor acceso a diagnóstico y el consiguiente aumento de población bajo tratamiento. Como es sabido, este es uno de los problemas de salud que mayor aumento de la prevalencia ha experimentado en los últimos años.

En el caso de *hipertensión*, si bien se observa un aumento en materia de diagnóstico (8%), este no es tan significativo como en los casos anteriores. Esto puede explicarse pues la *hipertensión* estaba incluida en los programas de salud ministeriales antes de la implementación del plan GES, de modo que el acceso a prestaciones era similar antes de la priorización. Las mejoras de la priorización están asociadas principalmente a las prestaciones incorporadas a la cobertura y como estas se organizan. En este sentido, resulta de mayor interés el aumento que se observa en materia de tratamiento, el que crece en el 4% por sobre el crecimiento de los casos diagnosticados.

En *cáncer* los resultados muestran un importante aumento en materia de diagnóstico, pero con un crecimiento menos que proporcional en materia de tratamiento (-1%). Cabe mencionar que el porcentaje de personas en tratamiento es del total diagnosticado, por tanto esa pequeña reducción de todas maneras implica un aumento de número de pacientes tratados. Cabe tener presente en este caso que dichos resultados son muy sensibles a pequeñas variaciones, dada la baja prevalencia de dichas enfermedades. Por otra parte, sólo algunos *cánceres* se encuentran incluidos en el GES, razón por la cual es difícil establecer una generalización.

Por último, en el caso del VIH/SIDA, a pesar de la baja prevalencia, se observa un aumento significativo del diagnóstico (200%) sin variación en materia de tratamiento (0%), lo cual de todas maneras significa un aumento de un 200% en el número de personas en tratamiento. Este aumento está asociado a la priorización de esta patología dentro del GES, hecho que sinceró el subdiagnóstico que existía previamente.

El cuadro 5 muestra los hallazgos generales que parecen más sustantivos.

CUADRO 5
RESUMEN DE POSIBLES IMPACTOS DE LAS GES EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Tipificación de los impactos	Problemas de salud
Aumentos significativos en cobertura diagnóstica y tratamiento	Depresión, diabetes, VIH
Aumento significativo en tratamiento	Asma o enfisema
Impacto menor en cobertura diagnóstica y tratamiento	Hipertensión

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos EPS 2004 y EPS 2009.

Se puede advertir que en la depresión y diabetes existe un impacto en las prestaciones asociadas al diagnóstico y debido a que las variaciones en materia de tratamiento consideran solamente a quienes son diagnosticados, el impacto también se hace extensivo al tratamiento. Esto es similar en el caso del VIH SIDA, solo que las magnitudes absolutas son menores, debido a la prevalencia de dicha enfermedad en la población encuestada. En el caso de asma, la priorización de dicha patología tuvo impacto principalmente en el tratamiento,

no habiendo una modificación importante de los diagnosticados. Finalmente, en la *hipertensión* la variación fue menor, previsiblemente debido a la existencia con anterioridad de un programa de atención primaria.

Otro aspecto en el que la EPS aporta algunos antecedentes interesantes es en la desagregación de dichos impactos por previsión de salud de los beneficiarios por enfermedad. Esto considerando que la previsión de salud permite aproximarse a los niveles de ingreso de los usuarios. De este modo, en FONASA A se encuentran los usuarios que no declaran ingresos (indigentes), mientras que en ISAPRE se encuentran los beneficiarios del sector privado, quienes serían los usuarios de mayores ingresos. En este sentido, ambos grupos marcan los extremos desde el punto de vista de ingresos.

El supuesto de la implementación de un conjunto de prestaciones garantizadas, que busca ampliar el acceso y la protección financiera de la población, es que una vez que se implementa el GES, el acceso a las prestaciones incluidas debe ser más igualitario, independiente del nivel ingresos.

CUADRO 6
DEPRESIÓN, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL,
POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD

Previsión de Salud	Tratados		
	2004	2009	Variación
FONASA A	61,1%	64,7%	6%
FONASA COTIZANTES (B, C, D)	62,1%	62,6%	1%
ISAPRE	61,7%	52,5%	-15%
OTROS	46,8%	48,9%	4%

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos EPS 2004 y EPS 2009.

Como puede advertirse en el cuadro 6, tanto el grupo de FONASA A como el grupo Otros muestran aumentos en la población en tratamiento, mientras que los grupos B, C y D del FONASA registro un mínimo aumento. En cambio, en el caso de ISAPRE se puede observar una disminución en la población en tratamiento con respecto de los diagnosticados. Esto da cuenta de una mejora en el acceso a servicios terapéuticos por parte del grupo de menores ingresos, relativamente mayor que la mejora en el acceso de los otros grupos de beneficiarios. Cabe tener presente que a nivel agregado, en esta patología se produce un aumento muy sustantivo de los pacientes diagnosticados.

CUADRO 7
CHILE: DIABETES, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL,
POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD

Previsión de Salud	Tratados		
	2004	2009	Variación
FONASA A	88,4%	91,3%	3%
FONASA COTIZANTES (B, C, D)	90,4%	92,7%	2%
ISAPRE	94,4%	94,4%	0%
OTROS	83,0%	88,6%	7%

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos EPS 2004 y EPS 2009.

El cuadro 7 muestra la situación desagregada para diabetes. Se advierte que el mayor aumento se da en el grupo “otros”, donde se incorporan las Fuerzas Armadas y sistemas cerrados ligados al trabajo. En el caso del FONASA, si bien hay un impacto positivo, este es reducido. Finalmente, en el caso del grupo ISAPRE no se registra impacto en ningún sentido, corroborando lo mostrado en el caso de depresión. Al igual que en el caso de depresión, en diabetes se registra un sustancial aumento de los pacientes diagnosticados, razón por la cual estos moderados aumentos de los pacientes tratados en realidad representan un crecimiento importante en relación a la situación inicial.

CUADRO 8
CHILE: HIPERTENSIÓN, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL,
POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD

Previsión de Salud	Tratados		
	2004	2009	Variación
FONASA A	85,8%	87,5%	2%
FONASA COTIZANTES (B, C, D)	85,7%	86,9%	1%
ISAPRE	85,3%	93,3%	9%
OTROS	77,5%	87,9%	13%

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos EPS 2004 y EPS 2009.

En el caso de *hipertensión*, el cuadro 8 muestra que el mayor aumento se observa en el grupo Otros, no afectado por la GES, seguido por el grupo ISAPRE. En el caso de FONASA, si bien se observa un impacto positivo, éste es bastante reducido. Esto pudiese interpretarse nuevamente por la existencia de un programa de *hipertensión* en el sistema público previo a la implementación del GES. Como dicho programa operaba en la red pública, el impacto en el tratamiento de los usuarios del sector público fue menor, respondiendo a algunas mejoras del programa. Caso contrario del sector privado, donde no existía un programa de *hipertensión*, si no hasta la implementación del GES. Esto les permitió acceder a prestaciones diagnósticas y terapéuticas estructuradas como conjunto, a diferencia de la lógica de atención individual propia del sector privado.

CUADRO 9
CHILE: CÁNCER, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL,
POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD

Previsión de Salud	Tratados		
	2004	2009	Variación
FONASA A	83,4%	81,4%	-2%
FONASA COTIZANTES (B, C, D)	72,4%	70,0%	-3%
ISAPRE	63,5%	54,3%	-14%
OTROS	76,5%	77,3%	1%

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos EPS 2004 y EPS 2009.

El cuadro 9 muestra la situación de *cáncer*. Con excepción del grupo Otros, donde se observa un mínimo aumento, en FONASA e ISAPRE se observa una disminución, especialmente en el caso de ISAPRE donde es bastante acentuada. Es interesante advertir que la disminución es progresiva por nivel de ingresos y que se da en un contexto de aumento importante del diagnóstico. A menor nivel de ingresos (grupo A de FONASA), menor reducción. A mayor nivel de ingresos (ISAPRE), mayor reducción. Siempre expresada con relación al porcentaje de casos diagnosticados.

CUADRO 10
CHILE: ASMA O ENFISEMA PULMONAR, POBLACIÓN EN TRATAMIENTO Y VARIACIÓN PORCENTUAL,
POR TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD

Previsión de Salud	Tratados		
	2004	2009	Variación
FONASA A	77,8%	80,3%	3%
FONASA COTIZANTES (B, C, D)	65,3%	73,1%	12%
ISAPRE	50,7%	72,1%	42%
OTROS	50,2%	49,6%	-1%

Fuente: Elaboración propia en base a microdatos EPS 2004 y EPS 2009.

Finalmente, en el caso de *asma* (que en la encuesta se agrupa junto a *enfisema pulmonar*), el cuadro 10 muestra que, mientras el grupo Otros registra una reducción muy menor, tanto en FONASA como en ISAPRE los impactos son positivos, destacando especialmente el grupo de FONASA B, C y D, y muy especialmente el

grupo ISAPRE. Al igual que en caso de *hipertensión*, el impacto es mayor en ISAPRE debido a que en el sector público ya existía un programa de patología respiratoria antes del GES, a diferencia del sector privado.

Los resultados que aporta la EPS, sin ser concluyentes, resultan novedosos en la medida en que son una fuente de información hasta ahora no explotada para analizar el impacto del GES. Como hemos visto, los resultados divergen según patología, y es muy difícil extraer una conclusión única o generalizable para el conjunto de los problemas en estudio. En el siguiente apartado se presentan algunas conclusiones de carácter general, que ayudan a orientar futuras investigaciones.

IV. Conclusiones

En el marco de este estudio de caso para Chile, se ha revisado información de diferentes fuentes primarias y de la única fuente secundaria que a la fecha ha indagado sobre el impacto de las garantías explícitas en la producción y el gasto del sistema público de salud (MINSAL, 2012).

El primer apartado presentó los hallazgos a nivel de prestaciones de salud específicas, utilizadas como trazadoras de la actividad GES y del NO GES. Estas prestaciones son características en la resolución de un volumen muy importante de problemas de salud. En el caso de los problemas de salud GES, se trata de la mayor parte de los 56 problemas vigentes a la fecha en que inició el estudio revisado. Como conclusión de este análisis se observa que la mayoría de las prestaciones incluidas en los problemas de salud GES seleccionados y también de aquellos no incluidos aumentaron su nivel de producción antes de la implementación de las garantías explícitas y también lo hicieron posteriormente a su implementación. El 57% de las prestaciones trazadoras GES consideradas y el 56% de las prestaciones trazadoras NO GES consideradas se clasificaron en esta categoría (A). Por otra parte, en las categorías B y D, que representan aquellas que disminuyen su actividad en la etapa posterior a la implementación de las garantías, se registran prestaciones trazadoras GES y NO GES, sin mayor predominancia de las NO GES. En la categoría B, que representa aumento previo al GES y caída posterior, se clasificaron el 16% de las prestaciones trazadoras GES y el 10% de las prestaciones trazadoras NO GES. En la categoría D, que representa disminución en ambos periodos, se clasificaron el 8% de las prestaciones trazadoras GES y el 10% de las prestaciones trazadoras NO GES. Finalmente, en la categoría C, que representa aquellas que habían disminuido su actividad previo al GES y que comienzan a crecer posterior a su implementación, se clasifican un 19% de las prestaciones trazadoras GES y un 23% de las prestaciones trazadoras NO GES.

En síntesis, un 79% de las prestaciones trazadoras NO GES se clasificaron en las categorías A y C, que representan un aumento posterior a la implementación de las garantías explícitas. Desde esta perspectiva, puede afirmarse que no hay evidencia de que la implementación de las garantías haya tenido un impacto negativo en la producción de prestaciones de salud no incluidas en las GES.

En el segundo apartado se realizó por primera vez un análisis de series largas de los egresos hospitalarios, contrastando problemas de salud GES con problemas de salud no GES. En este caso se escogieron problemas de salud que tuviesen algún comparador específico, bajo el criterio de que debían utilizarse los mismos recursos críticos para su producción. Como conclusión de este análisis se observa que,

salvo una excepción, además transitoria, en el caso de endoprótesis de cadera, no hay evidencia de desplazamiento de la producción del NO GES por el GES en los casos que fueron seleccionados.

Otro hallazgo relevante es que, al analizar las estadísticas de egresos hospitalarios para el sistema público (SNSS) y para el total del sistema (SNSS más extra sistema), se observa que algunas de las disminuciones en la actividad GES estarían siendo absorbidas por compras hacia el extra sistema. Esto se manifiesta más claramente en el caso de las *colecistectomías*. Por otra parte, surge evidencia interesante en el sentido de que la actividad NO GES también está creciendo, en algunos casos con un mayor ritmo que la actividad GES. Este es el caso de *cánceres* y *endoprotesis de caderas*.

En síntesis, tampoco es posible afirmar la hipótesis de que en el ámbito hospitalario se estaría dando un desplazamiento de la actividad NO GES por la GES. No obstante, la muestra de problemas de salud para los que se realizó este análisis es bastante acotada, razón por la cual se recomienda perfeccionar la metodología y generalizar el análisis. Por ser este un tipo de análisis que no ha sido desarrollado con anterioridad, consideramos que aporta información relevante para la evaluación del proceso de priorización.

El tercer apartado presentó los hallazgos en materia de gasto público GES y NO GES, para el SNSS en su conjunto y también desagregando en nivel primario de atención y los niveles secundario y terciario (hospitales). El análisis fue complementado revisando el crecimiento promedio del gasto en el periodo previo al GES y en el periodo posterior a su implementación.

El primer elemento relevante es que se observa efectivamente un cambio de tendencia en el gasto a partir del año 2005. Mientras en el periodo pre GES se observa una tasa crecimiento del gasto de 7,9%, en el periodo posterior esta tasa se eleva a un 16,0%. En el periodo completo, 2001 – 2009, el gasto GES crece más que el gasto NO GES (13,0% versus 11,8%, respectivamente), pero se observan diferencias significativas por periodos.

En el periodo pre GES el gasto en dichos problemas de salud ya crecía a un ritmo superior al gasto en problemas no GES (9,6% versus 7,4%, respectivamente), hecho que confirma que el sistema público ya venía haciendo un esfuerzo importante por resolver estos problemas sanitarios. En el periodo posterior tanto el gasto GES como No GES convergen en torno a las mismas tasas, sin haber mayores diferencias en el ritmo de crecimiento (16,4% versus 16,1%, respectivamente).

En términos de proporciones del gasto total, se observa que muy paulatinamente el gasto GES gana participación en el total del gasto, lo que resulta lógico, en la medida en que se aumentan gradualmente los problemas de salud cubiertos por esta política de salud. Visto por periodos el gasto GES ha experimentado un leve aumento en su participación, el que pasa de 45,0% en el periodo 2001-2005, a un 47,1% en el periodo 2006-2009. Como contrapartida de ello, el gasto No GES ha tendido a disminuir su participación, pasando de 55,0% a 52,9%.

Al desagregar estos resultados por nivel de atención, se advierte que el mayor crecimiento del gasto GES ocurre en el nivel secundario y terciario, mientras en el nivel primario crece mucho más fuertemente el gasto en el NO GES.

En síntesis, a partir de esta información no fue posible afirmar que existiese desplazamiento del gasto de manera generalizada y más bien, lo que si se observa es un mayor crecimiento del gasto agregado en el periodo posterior a la implementación de las GES, lo que habría beneficiado el conjunto de la actividad, especialmente al nivel primario.

Finalmente, el cuarto apartado presenta un análisis complementario realizado en base a la Encuesta de Protección Social, fuente que hasta ahora no había sido utilizada para analizar el impacto de las GES. Sin aportar elementos categóricos sobre la producción GES versus NO GES, aporta antecedentes nuevos para algunas patologías GES, en materia de diagnóstico y tratamiento, y por previsión de salud de los beneficiarios.

A nivel agregado, se advierte que en *depresión* y *diabetes* existe un impacto positivo en las prestaciones asociadas al diagnóstico y a tratamiento. Esto sería similar en el caso del *VIH SIDA*, aunque en magnitud inferior. En *asma* la priorización tuvo impacto principalmente en el tratamiento, no habiendo una modificación importante de los diagnosticados. Finalmente, en *hipertensión* la variación fue menor, previsiblemente debido a la existencia con anterioridad de un programa de atención primaria.

Al desagregar por previsión de salud, en varios casos se observa que la gradiente de impacto es favorable a los grupos de menores ingresos, lo que contribuye a la equidad en el acceso, uno de los objetivos declarados en la reforma. Esto es muy evidente en *depresión* y *diabetes*. Sin embargo, en otros casos, el impacto habría sido regresivo, mejorando la situación de acceso principalmente en grupos de altos ingresos, más que a los de menores ingresos. Este sería el caso de *asma e hipertensión*.

En definitiva, sin ser totalmente concluyentes los antecedentes aquí revisados, toda la evidencia disponible muestra que la adopción de las garantías explícitas no habría tenido un impacto negativo en la actividad no priorizada. Los análisis realizados también confirman una vez más la complejidad de este tipo de estudios, y la imposibilidad de generalizar conclusiones, razón por la cual resulta recomendable profundizar en áreas específicas de interés y perfeccionar los enfoques metodológicos para realizar evaluaciones de impacto de los procesos de priorización.

Bibliografía

- Abalos, Martina (2013). “Evaluación del Diseño del Plan Nacer del Ministerio de Salud de la República Argentina”, *Tesis*, V Máster Iberoamericano de Evaluación de Políticas Públicas, Universidad Internacional de Andalucía, Palos de la Frontera. 2013.
- Anzorena, Claudia y Sabrina Yañez (2013). “¿Qué cuenta como ‘salud materna’? Notas sobre los programas y los servicios de salud pública para mujeres en situación de embarazo, parto-aborto y puerperio”, Ponencia para el panel “Sexualidad y Reproducción derechos humanos, calidad, acceso y financiación”, en el marco de la 2ª Consulta Regional “Los vínculos entre la Justicia Económica, Ecológica y de Género en América Latina”. DAWN. Montevideo, del 16 al 18 de Agosto de 2013.
- Bornari, Damián; Juan Balasini; y Andrés Cappa (2012). “Inversión social en primera infancia en Argentina”, en *Crecer Juntos para la Primera Infancia, Encuentro Regional de Políticas Integrales*. UNICEF. Noviembre, 2012.
- Cardona, Jaime (2013). “¿Cuánto costaría un plan de beneficios de salud integral?, Proyecciones a partir del análisis de la inclusión de medicamentos del no POS al POS”, *Notas Técnicas*, s/n, División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo. Bogotá. Julio, 2013.
- Garriga, Santiago (2012). “Impacto del Plan Nacer sobre la Mortalidad Infantil en Argentina”, Tesis de Maestría, Maestría en Economía, Universidad Nacional de La Plata. Argentina. Agosto, 2012.
- Giedion, Ursula; Ignez Tristao; y Ricardo Bitrán (2014). *Planes de beneficios de salud en América Latina: una comparación regional*. División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo. Enero, 2014.
- MINSAL (2012). Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud. Informe Final elaborado por Bitrán y Asociados para División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Chile.

Anexos

Anexo 1

Cobertura GES

CUADRO A.1
PROBLEMAS DE SALUD GES Y SU RESPECTIVO AÑO DE INGRESO A LAS GARANTÍAS GES

Año de Inicio 2005	Año de Inicio 2006	Año de Inicio 2007	Año de Inicio 2010	Año de Inicio 2013
1. Insuficiencia renal crónica terminal	26. Colectomía preventiva del cáncer vesícula en personas de 35 y 49 años	41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	57. Retinopatía de prematuro	70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	27. Cáncer gástrico	42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	58. Displasia broncopulmonar del prematuro	71. Cáncer de ovario epitelial
3. Cáncer cervicouterino	28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	43. Tumores primarios del SNC en personas de 15 años y más	59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados Paliativos	29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más	44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más	73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
5. Infarto agudo de miocardio (IAM)	30. Estrabismo en menores de 9 años	45. Leucemia en personas de 15 años y más	61. Asma bronquial en personas de 15 años y más	74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
6. Diabetes mellitus Tipo 1	31. Retinopatía diabética	46. Urgencias odontológicas ambulatorias	62. Enfermedad de Parkinson	75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
7. Diabetes mellitus Tipo 2	32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	47. Salud oral integral del adulto de 60 años	63. Artritis idiopática juvenil	76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más	33. Hemofilia	48. Politraumatizado grave	64. Prevención secundaria IRCT	77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
9. Disrafias Espinales	34. Depresión en personas de 15 años y más	49. Traumatismo craneoencefálico moderado o grave	65. Displasia luxante de caderas	78. Lupus eritematoso sistémico
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 Años	35. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna próstata en personas sintomáticas	50. Trauma ocular grave	66. Salud oral Integral de la embarazada	79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas	36. Órtesis (o ayuda técnicas) para personas de 65 años y más	51. Fibrosis quística	67. Esclerosis múltiple recurrente eminente	80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa	37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	52. Artritis reumatoidea	68. Hepatitis B	
13. Fisura labiopalatina	38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años	69. Hepatitis C	
14. Cáncer en menores de 15 Años	39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años	54. Analgesia del parto		
15. Esquizofrenia	40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	55. Gran quemado		
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más		56. Traumatismo encéfalo craneano		
17. Linfoma en personas de 15 años y más				
18. VIH / SIDA				
19. Infección respiratoria aguda infantil (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años				
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más				
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más				
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores a 15 años				
23. Salud oral integral para niños de 6 años				
24. Prevención de parto prematuro (*)				
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso.				

Anexo 2

Clasificación de los problemas de salud abarcados por las GES según variación de su producción

Este anexo presenta los 56 problemas de salud GES adoptados en los primeros tres años de la reforma, 2005-2007, clasificados en cuatro grupos de acuerdo a la variación de su producción en el período previo a la adopción de la reforma GES (2001-mediados de 2005) y en el período posterior (mediados del 2005-2009). También presenta la información equivalente para los problemas de salud No GES seleccionados para este estudio. La fuente de toda esta información es Ministerio de Salud de Chile (2012) “Impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial de salud.”

Puesto que la variación en la cantidad de producción puede haber sido o negativa en ambos períodos, los problemas de salud pueden clasificarse en los siguientes grupos:

CUADRO A.2
COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN DE PRESTACIONES TRAZADORAS GES, HOSPITALARIAS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA, EN PERÍODOS PRE-Y POST-GES

		Período post adopción GES (mediados 2005-2009)	
		Aumentó producción	Disminuyó producción
Período pre adopción GES (2001-mediados 2005)	Aumentó producción	Grupo 1	Grupo 2
	Disminuyó producción	Grupo 3	Grupo 4

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentan los 56 problemas de salud en sus grupos respectivos.

A. Problemas de salud GES

Grupo 1

Aumentó producción en período pre-GES y aumentó en período post-GES.

- PS N°33 Hemofilia - Factores VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, c/u.
- PS N°31 Retinopatía diabética - vitrectomía c/retinotomía (c/s inyección de gas o silicona).
- PS N°11 Cataratas - facoéresis extracapsular con implante de lente intraocular (incluye el valor de la prótesis) PS N°12 Prótesis total de caderas - endoprótesis total de cadera (incluye prótesis).
- PS N°45 Leucemia en personas de 15 años y más - quimioterapia leucemia crónica.
- PS N°4 Cuidados paliativos - tratamiento integral por cáncer avanzado y cuidados paliativos.
- PS N°25 Trastornos conducción - implantación marcapasos unicameral vvi.
- PS N°5 Infarto agudo del miocardio - creatinquinasa CK - MB miocárdica.
- PS N°10 Escoliosis - escoliosis, tratamiento quirúrgico, cualquier vía de abordaje, con instrumentación (incluye elementos de osteosíntesis).
- PS N°8 Cáncer de mamas - Reconstrucción mamaria.
- PS N°50 Trauma ocular grave - herida penetrante corneal o corneo-escleral o dehiscencia de sutura.
- PS N°28 Cáncer de próstata en personas de 15 años y mas - tumores malignos de próstata o vesículas seminales, tratamiento quirúrgico radical.

- PS N°40 Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido - hernioplastia diafragmática por vía torácica, sin prótesis.
- PS N°54 Analgesia del parto - anestesia peridural o epidural continua para partos.
- PS N°45 Leucemia en personas de 15 años y más - Base de egresos-Leucemia en personas de 15 años y más.
- PS N°27 Ca gástrico - Gastrectomía total o sub-total ampliada (incluye esplenectomía y pancreatoclectomía corporo-caudal y disección ganglionar).
- PS N°48 Politraumatizado grave - base de egresos-politraumatizado grave.
- PS N°40 Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido - Enfermedad de la membrana hialina. confirmación y tratamiento.
- PS N°49 Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico moderado o grave - laminectomía descompresiva.
- PS N°8 Cáncer de mamas – Biopsia.
- PS N°55 Gran quemado - - Hasta 10% superficie corporal receptora.
- PS N°1 Insuficiencia renal crónica – peritoneodiálisis.
- PS N°16 Cáncer testículo - Tumores malignos del testículo, orquidectomía ampliada no incluye vaciamiento lumbo-aórtico.
- PS N°51 Fibrosis quística - Severidad moderada (tratamiento mensual).
- PS N°35 Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticos - Adenoma prostático, tratamiento quirúrgico cualquier vía o técnica abierta.
- PS N°24 Prematurez - Base de egresos-Prematurez.
- PS N°37 Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y mas - Endarterectomía carotídea, subclavia, vertebral, femoral, o similar c/s injerto (proc. aut.).
- PS N°21 Hipertensión arterial 15 y mas años - Población bajo control.
- PS N°53 Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años - Consultas de salud mental- médico.
- PS N°7 Diabetes mellitus tipo 2 - Población bajo control.
- PS N°34 Depresión en personas de 15 años y más - Consulta de salud mental por otros profesionales.
- PS N°34 Depresión en personas de 15 años y más - Población bajo control.
- PS N°56 Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono – Audífonos.
- PS N°46 Urgencia odontológica ambulatoria - Obturación Vidrio Ionómero.
- PS N°41 Tratamiento médico artrosis cadera y rodilla leve a moderada en mayores de 55 años - Base de egresos-Artrosis.
- PS N°53 Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años - Base de egresos-consumo perjudicial de alcohol.
- PS N°22 EPILEPSIA no refractaria en niños desde 1 año y menores de 15 años - E.E.G. de 16 o más canales (incluye el cód. 11-01-006).

- PS N°21 Hipertensión arterial 15 y mas años - E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia cardíaca y/o alta resolución del ST y/o despolarización tardía); 20 a 24 horas de registro.
- PS N°23 Salud oral niño 6 años - Aplicación sellante.
- PS N°23 Salud oral niño 6 años - Examen de salud oral.
- PS N°29 Vicios de refracción personas de 65 años y mas - lentes ópticos.
- PS N°47 Salud oral integral del adulto de 60 años - Prótesis de restitución (fase clínica).

Grupo 2

Aumentó producción en período pre-GES y disminuyó en período post-GES.

- PS N°3 Cáncer cervicouterino -braquiterapia alta tasa.
- PS N°52 Artritis reumatoidea - Factor reumatoideo por técnica Scat, Waaler Rose, nefelométricas y/o turbidimétricas.
- PS N°40 Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido - hernioplastía diafragmática por vía torácica c/ prótesis.
- PS N°3 Cáncer cervicouterino - conización y/o amputación del cuello, diagnostica y/o terapéutica c/s biopsia.
- PS N°14 Cáncer infantil - Base de egresos-Cáncer infantil.
- PS N°44 Hernia núcleo pulposos lumbar - Hernia núcleo pulposos, estenorraquis, aracnoiditis, fibrosis perirradicular cervical, dorsal o lumbar, tratamiento quirúrgico.
- PS N°51 Fibrosis quística - Bases de egresos-Fibrosis quística.
- PS N°42 Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales – aneurismas.
- PS N°43 Tratamiento quirúrgico tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más - De base de cráneo.
- PS N°1 Insuficiencia renal crónica - Fístula arteriovenosa derivación externa.
- PS N°15 Esquizofrenia - Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) PS N°46 Urgencia odontológica ambulatoria - Consulta de urgencia - atención salud odontológica.

Grupo 3

Disminuyó producción en período pre-GES y aumentó en período post-GES.

- PS N°49 Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave - Hematoma o absceso extradural.
- PS N°45 Leucemia en personas de 15 años y más - adenograma, esplenograma, mielograma c/u.
- PS N°26 Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos - Colectomía por video laparoscopia.
- PS N°31 Retinopatía diabética - Retinopatía proliferativa, (diabética, hipertensiva, eales y otras) panfotocoagulación (trat.completo).
- PS N°6 Diabetes mellitus tipo I - Consulta endocrinólogo.
- PS N°1 Insuficiencia renal crónica - hemodiálisis con bicarbonato con insumos (tratamiento mensual) PS N°13 Paciente fisurado - cierre de paladar duro y/o cierre de comunicación oro-nasal.

- PS N°18 VIH/sida - linfocitos T totales (OKT3 y/o OKT11) con antisuero monoclonal o inmunofenotipificación de poblaciones y subpoblaciones celulares (antígenos o marcadores inmunocelulares).
- PS N°30 Estrabismo en menores de 9 años - estrabismo, tratamiento quirúrgico completo (uno o ambos ojos).
- PS N°9 Disrafias - Disrafias espinales: meningocele, mielomeningocele, diastematomielia, lipoma, lipomeningocele, médula anclada, etc.
- PS N°39 Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años - Provocación con ejercicio.
- PS N°17 Cáncer linfoma - linfoma maligno irradiación ganglionar total.
- PS N°16 Esquizofrenia - base de egresos-esquizofrenia.
- PS N°19 Ira menores de 5 años - atención kinesiológica integral ambulatoria - menores de 5 años.

Grupo 4

Disminuyó producción en período pre-GES y disminuyó en período post-GES.

- PS N°18 VIH/sida - Base de egresos-VIH/SIDA.
- PS N°32 Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático - Desprendimiento retinal, cirugía convencional (exoimplantes) PS N°26 Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos - colectomía c/s colangiografía operatoria.
- PS N°2 Cardiopatías congénitas - base de egresos-cardiopatías congénitas.
- PS N°38 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio - Base de egresos-Enfermedad pulmonar.
- PS N°20 Neumonía comunitaria adultos mayores - Atención kinesiológica integral ambulatoria - mayores de 65 años.

B. Problemas de salud No GES

Grupo 1

Aumentó producción en período pre-GES y aumentó en período post-GES.

- PS No GES Vicios de refracción - Cirugía fotorefractiva o fototerapéutica.
- PS No GES Infarto agudo miocardio - Angioplastia Intraluminal coronaria uno o múltiples vasos (incl. proc. rad; balón, rotablator, Stent o similar).
- PS No GES Sd. Manguito rotador - Ruptura manguito rotadores , trat qco c/s acromectomía.
- PS No GES Cardiopatías adultos - cec mayor.
- PS No GES Artrosis cadera - intervención quir. integral con prótesis de cadera total.
- PS No GES Escoliosis - intervención quirúrgica integral escoliosis.
- PS No GES Prolapso uterino - Prolapso ant y/o post c/s incontinencia vía extravaginal.
- PS No GES Artrosis rodilla - Endoprótesis total (cualquier técnica).
- PS No GES Litiasis renal - Litiasis renal trat. por onda de choque (litotripsia extracorpórea) PS No GES Ca tiroideo - Tiroidectomía total ampliada con disección radical.
- PS No GES Bruxismo - Plano alivio oclusal.
- PS No GES Ca tiroideo - Tiroidectomía bilateral subtotal PS No GES Bulas torácicas - Bulas, tratamiento quirúrgico PS No GES Prolapso uterino - Prolapso (PAD).

- PS No GES Meniscopatía – Menisectomía.
- PS No GES Sd Túnel carpiano - Síndrome del túnel del carpo o del tarso u otro, tratamiento quirúrgico.
- PS No GES Colelitiasis - colecistectomía por video laparoscopia.
- PS No GES Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo mayores de 9 años - estrabismo, tratamiento quirúrgico completo (uno o ambos ojos).
- PS No GES Várices - Safenectomía interna y/o externa, unilateral.
- PS No GES Embarazo tubario - Embarazo tubario, tratamiento quirúrgico.
- PS No GES Aborto retenido - - Aborto retenido, vaciamiento de (incluye la inducción en los casos que corresponda).
- PS No GES Fimosis – Circuncisión.
- PS No GES Desviación septal - Rinoplastía y/o septoplastía.
- PS No GES Hemorroides - Hemorroidectomía (incluye otras operaciones complementarias en canal anal) PS No GES Dislipidemia adultos - Población bajo control.
- PS No GES control fertilidad - Regulación fecundidad – Matrona.
- PS No GES TBC (Tuberculosis) - Bacilo de Koch (cada fármaco) antibiograma.

Grupo 2

Aumentó producción en período pre-GES y disminuyó en período post-GES.

- PS No GES Cardiopatías adultos - estudio hemodinámico.
- PS No GES Hallux valgus - hallux valgus, tratamiento completo.
- PS No GES Adenoiditis crónica - Adenoidectomía (proc. autónoma).
- PS No GES Ectropión – Ectropión.
- PS No GES Apendicitis aguda - Apendicectomía y/o dren. Absceso apendicular (proc. aut.).

Grupo 3

Disminuyó producción en período pre-GES y aumentó en período post-GES.

- PS No GES Amigdalitis crónica - Amigdalectomía/s adenectomía, uni o bilateral.
- PS No GES Miomas uterinos – Miomectomía.
- PS No GES Esterilización – Salpingoligadura.
- PS No GES Pie bot - Cambios de yeso (hasta 10) PS No GES PARTOS - Parto normal.
- PS No GES Hidrocefalia - Instalación de derivativas de LCR (no incluye valor de la válvula) PS No GES PARTOS - Parto distósico vaginal.
- PS No GES Hernias - Inguinal, crural, umbilical, de la línea blanca o similares, recidivada o no, simple o estrangulada s/resección intestinal c/u.
- PS No GES Epistaxis/ obstrucción nasal - Turbinectomía o electrocauterización de cornetes.
- PS No GES control fertilidad - Regulación fecundidad – Médico.
- PS No GES control climaterio - Control climaterio (con y sin EMPA) – Matrona.

Grupo 4**Disminuyó producción en período pre-GES y disminuyó en período post-GES.**

- PS No GES Varicocele - varicocele unilateral, tratamiento quirúrgico.
- PS No GES Quiste sinovial - quistes sinoviales de vainas flexoras, bursas PS No GES Criptorquidia - Descenso testículo inguinal c/s hernioplastía PS No GES Esterilidad tubaria - - Con microcirugía.
- PS No GES control climaterio - Control climaterio (con y sin EMPA) – Médico.

Anexo 3

Códigos asociados a problemas de salud analizados

CUADRO A.3
CÓDIGOS CIE ASOCIADOS A CADA PROBLEMA DE SALUD GES Y NO GES

Problemas GES	Códigos	Problemas no GES	Códigos
Cánceres GES		Cánceres No GES	
Cáncer cervicouterino	C53, D06, N87	Pulmón y bronquios >15	C34.0–C34.9, D38.1
Cáncer de mama	C50, D05, D48.6	Otros órganos respiratorios >15	C30.0–C31.9, C37.X–C39.9, D38.2–D38.9
Cáncer en <15 años	C00–C97, D00–D09, D37–D48		
Cáncer testicular	C62		
Cáncer gástrico	C16, D00.2		
Cáncer de próstata	C61, D07.5		
Cáncer de colon	C18, D01.0		
Cáncer de ovario	C56, D07.3		
Cáncer de vejiga	D09.0		
Cirugía caderas GES (por edad), 65 y más		Cirugía caderas No GES (por edad)	Menores de 65 años
Endoprótesis de cadera (ARTROSIS DE CADERA)	M16	Endoprótesis de cadera (ARTROSIS DE CADERA)	M16
Vesícula GES (por edad y sexo), ambos sexos 35 a 49 años		Vesícula No GES (por edad y sexo) menores de 35 y mayores de 49 años	
Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en sintomáticos	K80–K81, C23–C24	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en sintomáticos	K80–K81, C23–C24
Cataratas GES		Glaucoma	
Cataratas	E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3, H25, H26, H28.0–H28.2	Glaucoma	H40–H42

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4

Egresos hospitalarios asociados a problemas de salud GES y no GES

CUADRO A.4
EGRESOS HOSPITALARIOS POR CÁNCERES

Sistema	Tipo	PS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SNSS	GES	Cáncer GES	20.303	21.614	27.777	28.243	29.563	27.454	24.956	25.585	26.054	26.294	27.305
SNSS	No GES	Cáncer no GES	28.135	28.814	32.596	33.574	34.686	32.751	32.189	33.156	34.299	32.739	34.463
Extra sistema	GES	Cáncer GES	10.434	10.434	11.170	11.553	10.264	10.354	9.636	8.983	10.258	10.017	9.999
Extra sistema	No GES	Cáncer no GES	15.884	15.884	16.456	17.704	17.789	17.766	18.729	16.209	19.445	20.258	20.893

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de egresos hospitalarios, MINSAL.

CUADRO A.5
EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENDOPROTESIS DE CADERA

Sistema	Tipo	PS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SNSS	GES	Endoprótesis de cadera	636	696	840	1.174	1.175	1.404	1.625	1.559	1.524	1.472	1.532
SNSS	No GES	Endoprótesis de cadera	695	599	815	900	1.119	1.388	1.689	1.588	1.534	1.143	2.885
Extra sistema	GES	Endoprótesis de cadera	270	331	369	394	406	454	452	506	547	594	726
Extra sistema	No GES	Endoprótesis de cadera	330	388	497	520	579	639	756	790	780	895	981

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de egresos hospitalarios, MINSAL.

CUADRO A.6
EGRESOS HOSPITALARIOS POR COLECISTECTOMÍAS

Sistema	Tipo	PS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SNSS	GES	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en sintomáticos	10.453	10.288	10.619	10.571	10.149	11.092	12.808	12.924	12.487	11.932	13.159
SNSS	No GES	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en sintomáticos	26.916	27.434	28.086	28.331	26.938	27.131	27.846	29.202	29.379	26.701	29.599
Extra sistema	GES	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en sintomáticos	2.521	3.010	2.915	3.150	3.428	3.564	3.451	3.728	4.453	4.938	6.698
Extra sistema	No GES	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en sintomáticos	6.304	7.519	7.624	8.253	8.586	9.461	9.368	9.584	11.525	13.524	16.290

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de egresos hospitalarios, MINSAL.

CUADRO A.7
EGRESOS HOSPITALARIOS POR CATARATAS Y GLAUCOMA

Sistema	Tipo	PS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SNSS	GES	Cataratas	8.344	8.765	9.731	10.346	10.789	9.701	9.190	7.565	6.328	5.485	5.610
SNSS	No GES	Glaucoma	1.768	1.591	1.321	1.413	1.443	1.462	1.408	1.502	1.417	1.257	1.071
NPSNSS	GES	Cataratas	3.128	3.334	3.488	3.343	3.504	3.207	2.731	2.569	2.988	2.256	2.754
NPSNSS	No GES	Glaucoma	321	234	265	191	325	276	190	249	200	189	284

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de egresos hospitalarios, MINSAL.

Anexo 5

Acrónimos

APS: atención primaria de salud

AUGE: Plan de acceso universal con garantías explícitas

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIE: clasificación internacional de enfermedades y causas de muerte

EPS: encuesta de protección social

FONASA: Fondo Nacional de Salud

GES: garantías explícitas en salud

IRCT: insuficiencia renal crónica terminal

Isapres: Instituciones de Salud Previsional

MAI: modalidad de atención institucional

MINSAL: Ministerio de Salud

MLE: modalidad de libre elección

POS: plan obligatorio de salud

PPI: programa de prestaciones institucionales

PPV: programa de prestaciones valoradas

REM: resúmenes estadísticos mensuales

SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud

SUSESO: Superintendencia de Seguridad Social



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

Políticas Sociales

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

201. Procesos de priorización en salud y prestaciones no priorizadas ni explícitas La evolución de algunas prestaciones trazadoras en Chile, David Debrott, Ricardo Bitrán y Cristián Rebolledo (LC/L.3853), 2014.
200. Educación y desigualdad en América Latina, Daniela Trucco (LC/L.3846), 2014
199. La segregación escolar como un elemento clave en la reproducción de la desigualdad, Magdalena Rossetti (LC/L.3845), 2014.
198. El analfabetismo funcional en América Latina y el Caribe: panorama y principales desafíos de política, Rodrigo Martínez, Daniela Trucco, Amalia Palma (LC/L.3841), 2014.
197. Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia, Rodrigo Uprimmy y Juanita Durán (LC/L.3829), 2014.
196. A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional, Telma Maria Gonçalves Menicucci (LC/L.3828), 2014.
195. La segregación escolar público privada en América Latina, Leonardo Gasparini, Guillermo Cruces y otros (LC/L.3827), 2014.
194. El impacto distributivo del salario mínimo en la Argentina, el Brasil, Chile y el Uruguay, Roxana Maurizio (LC/L.3825), 2014.
193. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado, Heidi Ullmann, Carlos Maldonado, María Nieves Rico (LC/L.3819), 2014.
192. La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria, Rosario Aguirre, Fernanda Ferrari (LC/L.3805), 2014.
191. El espacio normativo de la autonomía como realización de la igualdad, Gustavo Pereira (LC/L.3792), 2014.
190. Adolescentes: derecho a la educación y al bienestar futuro, María Nieves Rico y Daniela Trucco (LC/L.3791), 2014.
189. De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina, Magdalena Sepúlveda (LC/L.3788), 2014.
188. Hacia un modelo de protección social universal en América Latina, Fernando Filgueira (LC/L.3787), 2014.
187. Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos. Una propuesta de seguimiento y análisis, Rodrigo Martínez y Amalia Palma (LC/L.3750), 2014.
186. Protección social para la infancia y la adolescencia en la Argentina: Retos críticos para un sistema integral, Fabián Repetto y Virginia Tedeschi (LC/L.3698), 2013.
185. Income inequality in Latin America: Data challenges and availability from a comparative perspective, Verónica Amarante (LC/L.3695), 2013.
184. Asignación Universal por Hijo para Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos, Laura Pautassi, Pilar Arcidiácono y Mora Straschnoy (LC/L.3628), 2013.
183. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso de la reforma previsional en Chile, Carlos F. Maldonado Valera y Andrea F. Palma Roco (LC/L.3665), 2013.
182. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso del Nuevo Régimen de Asignaciones Familiares del Uruguay, 2004-2009, Carlos F. Maldonado Valera y Andrea F. Palma Roco (LC/L.3671), 2013.
181. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso de la Ley General de Desarrollo Social de México, 2000-2008, Carlos Maldonado (LC/L.3669), 2013.
180. Protección social para la infancia y la adolescencia en Chile, Silke Staab, (LC/L.3661), 2013.
179. La construcción de pactos y consensos en materia de política social. Apuntes para un marco de análisis, Carlos F. Maldonado Valera y Andrea F. Palma Roco (LC/L.3660), 2013.
178. La política de los pactos sociales y la protección social: ¿Importa el discurso? Experiencias internacionales, Vivien A. Schmidt (LC/L.3649), 2014.
178. Does discourse matter in the politics of building social pacts on social protection?. International experiences”, Vivien A. Schmidt (LC/L.3649), 2013.

POLÍTICAS
SOCIALES

201

POLÍTICAS
SOCIALES

POLÍTICAS SOCIALES



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org