



*Al servicio
de las personas
y las naciones*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile
Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad

La Reforma AUGE 10 Años Después.*

Guillermo Paraje[†]
Antonio Infante[‡]

Documento de Trabajo
Marzo 2015

Palabras clave: salud, AUGE.

* Las opiniones expresadas en este texto son de exclusiva responsabilidad del o los autores y no comprometen al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los autores desean agradecer la valiosa colaboración de Vanessa Bascur. Este documento fue publicado como capítulo en: O. Larrañaga y D. Contreras (eds.): Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile, edición ampliada y actualizada, Uqbar, Santiago, 2015.

[†] Escuela de Negocios de la Universidad Adolfo Ibáñez.

[‡] Salud Pública de la Universidad Católica y Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

LA REFORMA AUGE DIEZ AÑOS DESPUÉS

Antonio Infante y Guillermo Paraje¹

1. Introducción

La Reforma de Salud en Chile implementada a partir de 2005 y conocida como Reforma AUGE, ha sido el mayor esfuerzo realizado por el país desde el retorno a la democracia con el fin de mejorar su sistema de salud. Entre sus principales objetivos, por cierto ambiciosos, se incluyeron: dar prioridad a una política sanitaria con énfasis preventivo y con intervenciones a nivel del conjunto de la población; disminuir la brecha de inequidad entre los sectores más vulnerables y los más acomodados, como también entre el sector rural y urbano; ofrecer una atención que garantice oportunidad, calidad y protección financiera para problemas de salud con alto impacto sanitario. Asimismo, la reforma buscó disminuir la brecha de oportunidad en la atención que existe entre los sub-sistemas público y privado de aseguramiento, los que coexisten desde fines de los años 70.

Este capítulo describe y analiza el proceso de la Reforma AUGE, tanto en lo relativo a su diseño como a su implementación. Para ello, se revisan los fundamentos epidemiológicos y políticos que inspiraron la reforma y los contenidos y herramientas metodológicas elegidas para cumplir con sus objetivos. Por otra parte, se detalla el proceso de discusión parlamentaria, incluyendo las alternativas consideradas durante su trámite en el Congreso y sus dificultades, particularmente en el área del financiamiento y de la compensación de riesgos entre los aseguradores. Respecto a la fase de implementación, se describen los pasos que siguieron los organismos encargados de esta tarea y las resistencias que encontraron. Adicionalmente, se hace referencia a experiencias internacionales de reforma que tienen algún grado de similitud en el proceso, en los objetivos o en la implementación.

Finalmente, se analizan con datos recientes provenientes de fuentes administrativas y encuestas de hogares, los impactos que la reforma ha tenido en acceso a la salud y en protección financiera, dos de los objetivos declarados de la misma. En la medida de lo posible, se comparan también resultados de salud de condiciones incluidas en el conjunto priorizado en la reforma. Se discute la percepción ciudadana de la reforma y se destacan ciertos problemas existentes y los desafíos a enfrentar.

El capítulo se ha ordenado de la siguiente manera:

La sección dos describe los antecedentes nacionales e internacionales de la Reforma AUGE. La sección tres describe y analiza los aspectos centrales de la reforma, su diseño, y algunas características y condicionantes en su implementación. La sección cuatro muestra

¹ Los autores desean agradecer la valiosa colaboración de Vanessa Bascur.

en qué se basó la “implementación escalonada” del régimen de garantías. La sección cinco explica los principales aspectos de su financiamiento, con una estimación de los grupos que soportarían el mayor peso. La sección seis presenta los resultados que han tenido los diferentes componentes de la reforma. Una última sección presenta conclusiones.

2. La Reforma de Salud de 2000

Generalmente, los sistemas de salud se encuentran en estado de reforma permanente. Las imperfecciones propias del mercado de salud (i.e. diferenciales de información entre proveedores y pacientes, externalidades, abusos en cobertura de seguros, etc.), así como también los grandes avances logrados en medicina y salud pública, hacen que el sistema de salud esté en constante renovación. No obstante, es posible detectar tres grandes reformas en el sistema de salud en Chile, en los últimos 30 años (Lenz, 2007).

a) Reformas Previas

La primera de estas reformas, introducida en 1979, modificó sustantivamente la estructura y financiamiento del sector salud al terminar con el Servicio Nacional de Salud, que fue creado en la década del 50 siguiendo el modelo del Servicio de Salud Nacional Británico). Adicionalmente, se fundaron 24 Servicios de Salud con personalidad jurídica y patrimonio propio (actualmente son 29) encargados de la administración territorial de los hospitales traspasados a la administración municipal y de la supervisión técnica a nivel de atención primaria. También redefinió las funciones del Ministerio de Salud, enfatizando su carácter normativo y de fiscalización, y transformó el antiguo Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Este nuevo organismo pasó a recibir todos los recursos de la seguridad social destinados a salud (inicialmente un 3% de los sueldos; un 7% en la actualidad) y el aporte fiscal.

Por otro lado, la reforma de 1979 creó las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), aseguradoras privadas que administran la cotización obligatoria y que captaron la demanda por aseguramiento de los sectores de mayores ingresos (y de menores riesgos sanitarios). Las Isapres, que podían competir con Fonasa en la captación del aporte de los trabajadores, comenzaron inmediatamente a ofrecer planes de salud en un mercado fuertemente desregulado, lo que les permitió vender planes de salud de alto costo (y, comparativamente, baja cobertura) y realizar una fuerte selección de riesgos (i.e. elección de los beneficiarios en función de su costo de atención esperado).

Se creó así, un sistema de aseguramiento/financiamiento “dual” donde coexistían el seguro público y un conjunto de Isapres: el primero concentraba a individuos de bajos recursos y/o de alto riesgo y el segundo a los sectores de mayores ingresos y menores riesgos. No es de extrañar que el sistema privado, que contaba con menor cantidad de

beneficiarios pero que en promedio poseía una mayor capacidad contributiva, tuviera un gasto por beneficiario muy superior al del sistema público. A comienzos de los 80, por ejemplo, las Isapres tenían un gasto por beneficiario más de tres veces superior al de Fonasa (Unger et al, 2008).

La segunda reforma se dio con la restauración de la democracia en 1990 y tuvo como tarea principal recuperar la infraestructura y el funcionamiento del sistema público de salud, víctima de 17 años de desfinanciamiento e intentos fallidos de privatización. En primer lugar, se comenzó a regular de manera más firme a los seguros privados, mediante la creación de la Superintendencia de Isapres. Además, se ensayaron e instalaron distintos mecanismos de pago e innovaciones asistenciales, principalmente en la atención primaria. Luego, en 1997, una ley cambió el carácter de Fonasa, dándole las atribuciones de un seguro público de salud con capacidad para comprar atenciones para sus asegurados. Con ello, se consolidó la separación de las funciones de aseguramiento y de prestación de servicios de salud.

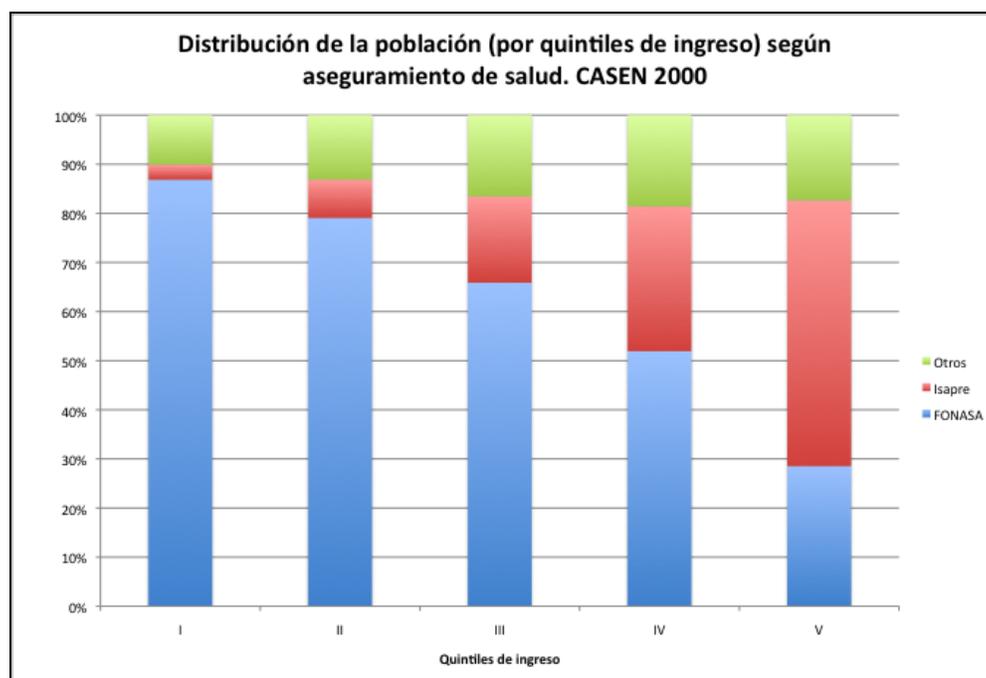
b) La Reforma AUGE

Finalmente, la tercera reforma (que es el objeto del análisis de este capítulo) comenzó el año 2000, a partir de un proceso de estudio y de una amplia discusión. Si bien tuvo diferentes aspectos, el más notable fue el otorgamiento de “garantías explícitas” para la atención oportuna y de calidad de un número importante de patologías de alto impacto social, en términos de carga de enfermedad y/o de percepción social. Adicionalmente, se otorgaron garantías de protección contra el gasto excesivo asociado a las mismas. Es importante destacar que la reforma no buscó eliminar la dualidad en el sistema creado en la década de 1970 sino atenuar sus efectos al garantizar una atención de salud de igual calidad a toda la población, independientemente del tipo de seguro que tuviera el beneficiario.

A principios del nuevo milenio, poco menos del 66% de la población tenía el aseguramiento de Fonasa, alrededor del 20% estaba en alguna Isapre y el resto tenía otro tipo de aseguramiento o no poseía ninguno. Sin embargo, esta distribución escondía un fuerte patrón socio-económico: los sectores de altos ingresos relativos estaban, en su mayoría, enrolados en el sector privado, mientras que los sectores con ingresos relativamente bajos tenían una participación virtualmente nula en el mismo. El

Gráfico 1, basado en la encuesta de Caracterización Socioeconómica de la población (Casen 2000), muestra esta situación.

Gráfico 1

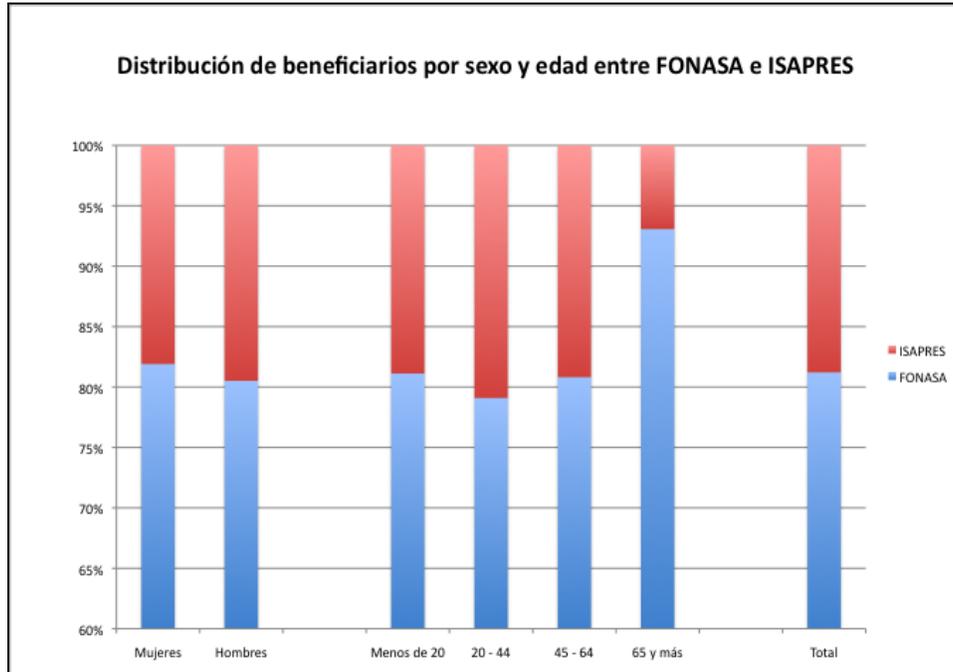


Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2000

Adicionalmente, la selección de riesgos operante en el sector privado producía una segmentación de la población según el costo esperado de la atención de salud de los individuos. El Gráfico 2 muestra la distribución de población entre el sector de seguros privado y el público, tomando dos variables que, de alguna manera, predicen el riesgo de salud: sexo y edad.² Del total de la población asegurada, tanto por Fonasa como por las Isapres (se excluye los regímenes especiales y los no asegurados), alrededor de un 82% se encontraba en Fonasa (última barra), pero si se toma a los adultos de 65 años y más (asociados a un riesgo esperado mayor) este porcentaje subía a más del 93%. El porcentaje de mujeres en Fonasa también es superior al del total poblacional, mostrando un sesgo de las Isapres en contra de este grupo poblacional.

² Las mujeres en edad fértil poseen mayores costos (riesgos) esperados que los hombres de su misma edad. A medida que aumenta la edad, crecen los costos esperados (luego de los 40 años crecen más rápido para hombres que para mujeres). La relación entre costos esperados y nivel de ingresos es menos clara pero en general se observa que, a mayor nivel de ingresos, menores son los costos esperados (por un mejor acceso a la información y a cuidados preventivos).

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2000

Tanto la segmentación por riesgos, como por ingresos existentes en el mercado de salud, eran factores responsables de la disparidad de gasto por beneficiario en ambos sistemas: el gasto en prestaciones de salud del beneficiario de Isapre era alrededor de un 50% superior al correspondiente de Fonasa, a pesar del fuerte incremento que éste tuvo entre 1990 y 2000 (Unger et al, 2008).

Esta disparidad en el financiamiento de las prestaciones se correlacionaba con resultados concretos de salud. Por ejemplo, el Cuadro 1, construido con datos del Ministerio de Salud expone las disparidades en Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por comunas, agrupadas por cuartiles de AVPP. El cuadro muestra que entre 1994 y 1998 un 40,6% de la población chilena vivía en comunas con AVPP sobre el promedio nacional. Las comunas pertenecientes a la mitad superior del indicador se sitúan mayoritariamente en las regiones del Bío-Bío, Araucanía y Los Lagos (González el al., 2000). Aunque este segmento de la población no puede relacionarse con un sistema de seguro determinado, es muy probable que ciertos factores sociales (como el nivel de ingreso, el tipo de trabajo, etc.) sean concomitantes a la elección del tipo de seguro de salud y el número de AVPP.

Cuadro 1

Cuartiles de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) y población en cada uno de ellos en los años 90. Chile 1994-1998				
Cuartiles	Límite Cuartiles AVPP x mil hab.		Población	
	Inferior	Superior	Nº	%
1º	1,50	85,00	4.307.093	28,3
2º	85,01	97,48	4.724.752	31,1
3º	97,49	108,87	4.216.501	27,7
4º	108,88	162,36	1.956.403	12,9
TOTAL	Promedio 93,1		15.204.749	100

Fuente: González y Cols. (2000)

En el mismo sentido, datos de la Iniciativa Chilena de Equidad, muestran cómo varían los riesgos de morir por determinados cánceres y por otras enfermedades, de acuerdo a los años de escolaridad de la población (Vega, 2001). Por ejemplo, en el caso del cáncer vesicular, el grupo de mujeres sin ninguna educación presentaba una tasa de mortalidad casi siete veces superior a la del grupo de mujeres con 13 o más años de educación; en el caso del cáncer del cuello uterino la diferencia es de 5 veces. Estas discrepancias se verifican también para hombres con diferencias de 6 veces para la diabetes, 5 veces para la cirrosis y 8 veces para muertes violentas, producto de homicidio.

Ante esta realidad, no sorprende que diferentes estudios de opinión señalaran a la atención de salud como uno de los problemas prioritarios para la población, con una preocupación importante por la desprotección percibida frente a enfermedades “catastróficas” (PNUD, 2008). Debido a esto, el tema de la reforma sanitaria fue uno de los principales ejes programáticos de la campaña presidencial de 1999. El candidato presidencial de la coalición gobernante, que finalmente triunfó en las elecciones, se comprometió a impulsar una reforma de salud cuyo eje principal era disminuir las brechas de equidad en la población chilena.

3. Los contenidos de la reforma

3.1. El diseño de la reforma

Inmediatamente después de asumir, el Presidente Ricardo Lagos tomó medidas tendientes a reformar al sistema de salud. En primer lugar, nombró en el Ministerio de Salud a una prestigiosa médica, la Dra. Michelle Bachelet, encargándole la búsqueda de una solución, en un plazo de 90 días, al problema de acceso a la atención de salud en los consultorios municipales, los que exhibían largas colas matinales. En segundo lugar, creó la Comisión Interministerial para la Reforma de Salud, integrada por los ministros del Trabajo, Hacienda, Salud y la Secretaría de la Presidencia y designó como secretario ejecutivo a otro prestigioso médico, el Dr. Hernán Sandoval. Al formar esta Comisión, independiente del Ministerio de Salud, el Presidente Lagos buscaba repetir la fórmula que había empleado en las reformas que él encabezó en los Ministerios de Educación y de Obras Públicas. La razón esgrimida fue que los cambios no se podían hacer “desde adentro” de los ministerios involucrados, ya que, rápidamente, eran capturados por la inercia burocrática y la “cultura” de esas reparticiones.

Esta estrategia fue, a la larga, acertada para el diseño y la implementación de la reforma. Sin embargo, la independencia de dicha Comisión del Ministerio de Salud desorientó a algunos actores, que veían a una ministra sin poderes reales sobre lo que se estaba discutiendo. Esto hizo que los grupos más ortodoxos del sector salud y todos los gremios se alinearan en torno a la ministra. Argumentaron que el problema de la salud se solucionaba, básicamente, con un mayor gasto fiscal en salud y no necesariamente con una reforma que, en ese momento, ya se estructuraba en torno a la idea de “ciudadanos como titulares de derechos en salud”.

Esta fisura inicial entre los trabajadores del sector se profundizó a medida que avanzaba el proyecto de reforma. Los distintos gremios, encabezados por el Colegio Médico, exigían participar directamente en el diseño, con la idea natural de avanzar sus agendas particulares antes de que la propuesta de reforma alcanzara el Congreso, mientras que el Poder Ejecutivo (cuya visión prevaleció) señalaba que el lugar natural para acercar propuestas era, precisamente, el Parlamento.

La discusión parlamentaria se extendió por dos años y cada uno de los actores involucrados pudo expresar sus puntos de vista sobre la reforma. El Colegio Médico, por ejemplo, designó un abogado para participar en forma permanente en las diferentes comisiones parlamentarias, con la misión de elaborar indicaciones en aquellos aspectos que, a su juicio, perjudicaban a sus representados.

Por su parte, los equipos técnicos interministeriales participaron activamente en la discusión, especialmente en lo referido al costo que tendría el otorgamiento de las garantías explícitas en salud (cifra que se aprobó luego de que el Ministerio de Hacienda hiciera su propio estudio), al rol de la Superintendencia de Salud (aceptándose finalmente

que la fiscalización a Fonasa y a las Isapres debía ser la misma, ya que los ciudadanos asegurados en cada entidad tenían los mismos derechos) y a la autonomía hospitalaria.

Para el modelo de atención de salud propuesto en la reforma, que se basaba en redes asistenciales con énfasis en la atención primaria, la autonomía hospitalaria era una contradicción, ya que reforzaba el protagonismo del hospital, en detrimento de la red. El punto de acuerdo se logró a partir de la definición de “hospitales autogestionados en red”: unidades hospitalarias sujetas a las decisiones de la red asistencial, pero con cierto grado de autonomía administrativa, por ejemplo, en el manejo de los recursos.

En todo el proceso de la discusión y, por supuesto, en el diseño final el Congreso – particularmente el Senado– jugó un rol importante escuchando opiniones, negociando y proponiendo soluciones técnicas y políticas, lo que contribuyó a que la reforma se aprobara por unanimidad. El Poder Ejecutivo tuvo que hacer concesiones para que el proceso avanzara, siendo las principales: retirar la iniciativa de creación de un fondo de compensación de riesgos entre Fonasa e Isapres y cambiar la combinación de impuestos que debía financiar la reforma. Ambos temas, serán tratados en profundidad hacia el final de la sección, en especial el primero, que tuvo el mayor rechazo de la oposición.

A pesar de la unanimidad en la promulgación de las leyes relacionadas a la reforma, el acalorado debate en torno a ella dejó como consecuencia inmediata un deterioro en la relación entre los gremios de la salud (fundamentalmente el Colegio Médico cuyas críticas se señalan al analizar las leyes de la reforma) y el Poder Ejecutivo. Los trabajadores de la salud consideraron la reforma como una imposición en la que sus puntos de vista no fueron incorporados, por lo que tomaron una fría y distante participación en la puesta en práctica de la reforma.

3.2. Aspectos fundamentales de la Reforma de 2000

A diferencia de las otras reformas descritas en la sección anterior, la Reforma de 2000 se centró en objetivos sanitarios, más que en temas de gestión. Para su elaboración se consideró un documento del Ministerio de Salud que formulaba metas para el bicentenario de 2010 que dejó los temas de estructura y de gestión sanitaria sujetos a las necesidades que surgían para alcanzar dichas metas (Ministerio de Salud, 2002).

En función de estos objetivos, las principales metas de la reforma fueron mejorar la equidad del sistema, reduciendo la brecha en los niveles de salud entre grupos socio-económicos; ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico de la población hacia enfermedades crónicas; responder a las necesidades expresadas por la población; y, finalmente, mejorar los indicadores sanitarios.

El diseño de la reforma recogió, sintetizó y adaptó las discusiones ocurridas en el campo de salud durante las dos décadas previas. En el diseño se utilizaron instrumentos técnicos

para definir problemas prioritarios de salud como estudios de carga de enfermedades (Murray, 1995; Concha, Aguilera y Salas, 1996), se incorporaron metodologías novedosas para evaluar el grado de equidad en salud del sistema y el impacto sobre la equidad de las reformas propuestas (Acheson, 1998) y se consideró el estudio de preferencias sociales sobre salud de la población, que fue ensayado en el estado de Oregón, Estados Unidos, y desarrollado en Chile por Fonasa (Ferrecio, 1996).

Además, la reforma consolidó la separación de funciones entre formulación de políticas, atención de salud y financiamiento.³ Asimismo, se adoptó un plan de garantías asistenciales obligatorias, esbozado inicialmente en una propuesta de Fonasa de 1997 (Plan Garantizado Básico de Salud, ver Larrañaga, 1996).

Estas innovaciones fueron formalizadas, a partir de la mencionada discusión parlamentaria, en distintas leyes. Las principales fueron:

A: Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión: separación de funciones, modelo de atención en redes asistenciales y regulación.

Durante el proceso de reforma se reconoció la debilidad del Ministerio de Salud como ente rector de las políticas sanitarias. Con el objetivo de restarle importancia a la coyuntura asistencial dentro de las funciones ministeriales y privilegiar la formulación de políticas públicas preventivas con impacto poblacional, se propuso crear la Ley de Autoridad Sanitaria que estableció la separación de las diferentes funciones asignadas.

Para ello, se crearon dos organismos. Por un lado, la Subsecretaría de Salud Pública con responsabilidad sobre la formulación de políticas, regulación y fiscalización de las mismas y, por otro lado, una Subsecretaría de Redes Asistenciales encargada de regular y coordinar el correcto funcionamiento de las redes asistenciales sanitarias públicas, concepto incorporado con la reforma.

Adicionalmente, se impulsó un fortalecimiento de la atención primaria y se estableció la autogestión de un conjunto de hospitales, con un nivel relativamente alto de autonomía en la administración de los recursos, pero que debían responder a los objetivos sanitarios definidos por la red asistencial del Servicio de Salud al que pertenecieran.

La reforma también consolidó la separación del área financiera del ministerio que se había logrado en 1997 con la reforma a la Ley de Fonasa, que le otorgó atribuciones de seguro público de salud. Para resguardar que tanto el seguro público como los seguros privados cumplieran los contratos con sus afiliados, se creó la Superintendencia de Salud sobre la base de la antigua Superintendencia de Isapres, pero con funciones adicionales. Su misión

³ Esta era la agenda del Banco Mundial desde la década de 1980.

era fiscalizar la calidad de la red de prestadores públicos y privados en establecimientos acreditados y con médicos debidamente certificados en sus especialidades.

B. Ley AUGE: búsqueda de equidad a través de garantías obligatorias exigibles para un conjunto priorizado de problemas de salud

Aunque la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión fue fundamental desde el punto de vista institucional y organizativo, la llamada Ley AUGE constituye el núcleo de la reforma. Esta ley seleccionó un subconjunto de problemas sanitarios, los más importantes en términos de carga epidemiológica y/o en términos de percepción ciudadana, y les otorgó garantías de oportunidad (tiempos de espera máximo), calidad (en términos de acreditación de establecimientos y certificación de médicos) y protección financiera (desembolso anual máximo por familia con estos problemas de salud).

Estas garantías son universales, es decir, se encuentran disponibles tanto para los beneficiarios del seguro público como del privado, de allí el nombre de AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas. Un punto importante es que no eliminó de la cobertura de los seguros a las patologías no garantizadas. En este sentido, tanto Fonasa como las Isapres deben seguir cumpliendo los contratos de aseguramiento originales para las patologías sin garantías.

El concepto de “universalidad” de estas garantías también es un punto destacable ya que beneficia tanto a los afiliados del seguro privado como del público. Para los primeros, elimina la incertidumbre económica/financiera por razones de salud al establecer tope máximos de desembolso por familia al año en este conjunto de problemas. Los segundos pueden acceder efectivamente a atenciones especializadas y complejas en plazos garantizados y con tecnologías que antes estaban difícilmente disponibles para ellos, con lo cual termina la selección a través de listas de espera. Aunque previo a la reforma estos usuarios no tenían limitaciones formales de acceso, tenían restricciones *de facto* para el tratamiento de problemas prevenibles y solucionables.

Según la Ley AUGE, en lo que respecta a la garantía de protección financiera,⁴ la contribución que deben realizar los beneficiarios del seguro de salud respectivo por prestación o grupo de prestaciones debe ser como máximo el 20% del valor de dicha(s) prestación(es), fijado por el arancel de referencia del AUGE. Para los usuarios de Fonasa afiliados a los Grupos A y B la contribución es nula (Fonasa subsidia la totalidad de las prestaciones) mientras que para los afiliados a los Grupos C y D dicha contribución es del 10% y 20%, respectivamente. Este mecanismo fija el monto del copago en términos absolutos ya que el arancel de referencia es fijo.

⁴ Las evaluaciones actuales del AUGE han señalado que esta garantía es la más valorada por la población, que ahora se siente protegida y que de hecho ha permitido reducir significativamente los copagos en los problemas cubiertos por el AUGE (Superintendencia de Salud. Encuesta AUGE, Enero 2008)

Adicionalmente a este tope de gastos por cada consulta o intervención, la ley establece un máximo de gastos anuales por evento en patologías AUGE a partir del cual la institución aseguradora (Fonasa o Isapre) cubre el costo de los tratamientos. Este tope depende del tipo de seguro que posea el afiliado y, de manera indirecta, de sus ingresos. Para los afiliados al Grupo C de Fonasa, éste equivale a 21 cotizaciones mensuales y para los del Grupo D, a 29 cotizaciones con un tope de UF 122 (unos US\$ 4.700 anuales). En el caso de que ocurran distintos eventos asociados a diferentes patologías AUGE, este tope es de 31 cotizaciones mensuales para los beneficiarios del Grupo C de Fonasa y de 43 cotizaciones mensuales para los de Fonasa Grupo D e Isapres, con un monto máximo de UF 181 (unos US\$ 7.000 anuales).

Este esquema de protección financiera para las familias se diseñó a partir de la experiencia del Seguro Catastrófico implementado en 1997, que consistía en brindar 100% de protección financiera a beneficiarios de Fonasa (modalidad institucional) para una serie de enfermedades de alto costo, previa definición de “canastas de productos” asociadas a dichas enfermedades. Este seguro no poseía tope ni deducible alguno.

3.3 La experiencia nacional e internacional de garantías explícitas

Las garantías explícitas fueron implementadas con el objetivo explícito de cerrar las brechas de equidad existentes en la población chilena, expresadas en diferenciales de mortalidad, morbilidad y acceso a atenciones, asegurando el acceso a atenciones complejas, especializadas y de alto costo a toda la población chilena, en tiempos establecidos por ley. Con ello, se buscó que el sistema de salud (sin diferenciar entre el tipo de aseguramiento ni la capacidad de pago de los beneficiarios) trabaje en función de las necesidades de las personas, al menos en los problemas seleccionados.⁵

En Chile se conocía la experiencia de hacer obligatoria y garantizar la educación básica desde 1920, garantías que se fueron ampliando hasta llegar a 13 años, incluyendo la educación media y preescolar. También el concepto de acceso garantizado a un conjunto básico de prestaciones lo había propuesto el Banco Mundial para los países menos desarrollados, al constatar el fracaso de sus políticas privatizadoras en el campo de salud. En Chile se había estudiado un Plan Básico Garantizado de Salud como parte de las propuestas de Fonasa para eliminar la distinción entre beneficiarios del seguro público y del seguro privado, promoviendo una cotización uniforme con subsidio público para los más necesitados, y con afiliación voluntaria, sin restricciones de acceso, a seguros público o privados que administrarían esos fondos y que acatarían las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud.

⁵ Los datos epidemiológicos señalaban que la mortalidad por enfermedades prevenibles aumentaba en los sectores más pobres probablemente por barreras de acceso.

El concepto de “garantías explícitas” evita la discusión sobre el racionamiento explícito en el aseguramiento, que tiene numerosos antecedentes y es bastante frecuente en procesos de reforma. La principal diferencia entre las garantías y el racionamiento explícito es que el último “garantiza” acceso, calidad y, a menudo, protección financiera para un número fijo de condiciones y excluye al resto de las patologías no sólo de la garantía, si no del aseguramiento. En cambio, el concepto de garantía adoptado en la reforma chilena no excluye del aseguramiento a patologías no garantizadas, si no que “libera” a los prestadores de salud de brindarlas en condiciones similares a las patologías “garantizadas”, en términos de oportunidad y calidad.

De hecho, la reforma chilena establece que la existencia de garantías para algunas patologías no debiera causar discriminación alguna en contra de tratamientos y condiciones no garantizadas ni tampoco producir una reducción en la cobertura de patologías/tratamientos asegurados. Sin embargo, puede haber racionamiento implícito. En este sentido, el caso más conocido es el del sistema de salud británico con un seguro público universal que le otorga derechos a todos los habitantes pero que, enfrentado a la falta de recursos para atender una demanda creciente, ha debido aplicar mecanismos de racionamiento implícitos, fundamentalmente a través de listas de espera.

En términos de experiencias internacionales similares, se cuentan las de algunos países nórdicos (e.g. Noruega, Suecia) que presentan tiempos de espera mínimos garantizados y esquemas de “garantías” de protección financiera. Así, por ejemplo, aunque el sistema de salud noruego no posee una lista de condiciones específicas sobre las que operan las garantías,⁶ establece como “derechos del paciente” el acceso a cuidados de salud de calidad y estipula tiempos mínimos de atención para pacientes que han sido aceptados para tratamientos complejos, por ejemplo, cirugías. Pasado ese tiempo, y si el paciente sigue sin ser tratado, el Estado paga su tratamiento en centros de salud idóneos privados o en el extranjero. Adicionalmente, existe una protección financiera que estipula un monto máximo anual de copagos (ambulatorios, ya que los tratamientos que requieren hospitalización son gratis en el punto de acceso), después del cual la atención es gratuita.⁷ En el caso de Suecia, existe una garantía de tratamiento y, al igual que en Noruega, pasado ese tiempo al paciente se le cubre dicho tratamiento en instituciones privadas o en el extranjero.⁸ A los casos urgentes se les da prioridad y existe, al igual que en Noruega, un límite para los gastos de bolsillo. Cuando éste se excede, la atención es gratuita (en el punto de acceso).

⁶ En cambio, posee un par de “criterios” bastante vagos que establecen que los pacientes tienen derecho a atención de salud, si existe un beneficio esperado de dicho cuidado, y si el costo de dicha atención es proporcional al beneficio esperado (Johnsen, 2006).

⁷ Hacia 2007, dicho límite estaba en torno a los US\$ 275.

⁸ La garantía diferencia entre acceso inicial al sistema de salud (sin demora), consulta con un médico general (dentro de siete días), consulta con un especialista (dentro de los 90 días) y una espera no mayor a los 90 días entre el diagnóstico y el tratamiento.

Fuera de estas “garantías”, que brindan mecanismos de priorización general, hay numerosos ejemplos de paquetes mínimos garantizados –basados en principios amplios– fuera de los cuales no se asegura ninguna condición (también llamados “racionamiento explícito”). El más famoso, no tanto por su efectividad si no por la controversia que suscitó, es el del estado de Oregón, que se comenta en la siguiente subsección.

La Ley AUGE recogió esos antecedentes nacionales e internacionales e hizo obligatorio y garantizó la atención de un conjunto de problemas de salud, sin modificar los sistemas de aseguramiento para lo cual el gobierno no contaba con mayoría parlamentaria. Pero, a diferencia de otras experiencias como la de Oregón, en que la garantía estaba en determinados procedimientos o prestaciones, el AUGE garantizó problemas de salud, abarcando la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación. Para los casos de enfermedades terminales se garantizaron los cuidados paliativos, con énfasis en el alivio del dolor. El hecho de dejar las garantías establecidas en una ley como derechos ciudadanos traslada su perfeccionamiento a las organizaciones sociales, más que a las autoridades administrativas de turno.

3.4 La priorización de problemas de salud

El paso siguiente a la decisión de otorgar “garantías explícitas” a la población fue seleccionar los problemas de salud garantizados. En esto también se tomaron en cuenta los ejercicios de priorización internacionales y sus resultados. Con fines estrictamente analíticos, estas experiencias podrían ser clasificadas en dos tipos. El primero de ellos define prácticas sanitarias y patologías cubiertas, mientras que el segundo se centra en la definición de principios más o menos generales a partir de los cuales se definen políticas sanitarias (Sabik y Lie, 2008).

El caso chileno se encuentra en un punto medio entre estos dos grupos. En Chile, el proceso de priorización comenzó con la consideración de algunos “principios” generales, como la prevalencia, la equidad y la vulnerabilidad. Pero el objetivo último de estos principios era una lista limitada de enfermedades/tratamientos, costo/efectivos y con suficiente capacidad de provisión, sobre todo por parte del sector público.

El proceso de selección de las patologías que serían incluidas en el AUGE siguió un “algoritmo” que asignó puntajes a diversas enfermedades, considerando por orden de importancia: la frecuencia (número de casos ajustados por calidad de la información), trascendencia (número de años de vida perdidos, existencia de inequidades socioeconómicas, etc.) y vulnerabilidad (existencia de intervenciones costo/efectivas). Adicionalmente, se consideró la capacidad de la oferta para cubrir una demanda creciente, el costo de las prestaciones a partir de protocolos desarrollados por un grupo de expertos, y la carga financiera en los hogares, a partir de la comparación del costo de tratar las enfermedades con el salario mínimo anual. Finalmente, se tomaron en cuenta las preferencias de la ciudadanía –la llamada “regla de rescate”– para considerar

enfermedades que, sin cumplir con los requisitos anteriores, tienen un impacto social alto, en términos objetivos o subjetivos (Vargas y Poblete, 2008).

Este proceso arrojó un listado de 56 problemas de salud en los que se garantizaría su diagnóstico y tratamiento, y que se implementaría en tres años. Estos 56 problemas daban cuenta de alrededor del 65% de la carga de enfermedades de la población chilena. Posteriormente, el número de problemas subió a 69 y actualmente llega a 80.

A pesar de lo aparentemente complejo del proceso de priorización, se ha demostrado que principalmente dos variables – la carga de enfermedades y las preferencias de la ciudadanía– explican mayormente la elección de enfermedades (relegando al costo/efectividad a un tercer lugar de poca significación) (Vargas y Poblete, 2008).

3.5 Guías clínicas basadas en evidencia

Luego de definir qué problemas de salud se debían garantizar y con el doble objetivo de brindar estándares mínimos de calidad y mecanismos de control de costos, se encargó a distintos grupos universitarios que establecieran cuáles eran las mejores formas de dar solución integral a los problemas de salud garantizados, desde la etapa de prevención hasta la de rehabilitación. Así, se elaboraron Guías Clínicas para todos ellos, en las que se establecieron los procedimientos de diagnóstico y tratamientos que se garantizarían. Los casos más complejos o caros, como los trasplantes, se dejaron fuera de las garantías y sujetos a un análisis clínico particular para su eventual financiamiento (por ejemplo, a través de seguros catastróficos).

Las Guías Clínicas basadas en evidencia buscaban, además, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y organizar todo el sistema de derivaciones de acuerdo a la complejidad al interior y entre redes asistenciales. Una característica de estas guías fue su validación por las sociedades científicas que agrupan a los especialistas en el área. La Guía Clínica definitiva fue elaborada por especialistas en evidencias y por clínicos de las respectivas sociedades científicas. La factibilidad de su implementación y, por lo tanto, la garantía de sus diversos componentes fue validada por el Ministerio de Salud.

3.6 Resistencias del Colegio Médico a la Ley AUGE

La Ley AUGE impactaba de lleno en la práctica clínica, definiendo prioridades para los seguros encargados de financiar las atenciones y definiendo también Guías Clínicas que proponían tratamientos más efectivos para solucionar un problema, exigiendo explicaciones a quiénes optaran por soluciones alternativas.

Como era de esperar, dado que había sido la tónica en diferentes reformas sanitarias de este tipo en el mundo, la oposición del Colegio Médico fue inmediata y radical. Se esgrimieron diferentes argumentos: desde la defensa de la privatización del sistema público y la oposición a “paquetes básicos” diseñados para pobres y que limitaban la

atención de salud a unos pocos problemas; hasta objeciones éticas a la libertad de ejercicio profesional por la imposición de Guías Clínicas y, finalmente, sincerar el daño que significaría para la profesión médica en términos de ingresos perdidos. Todas estas razones empujaron a huelgas del gremio médico que arrastraron en varias oportunidades al resto de los trabajadores de salud con los mencionados argumentos.

Esta resistencia a la reforma tuvo como consecuencia no sólo un debilitamiento importante en el prestigio social de este grupo, sino también un daño importante a la implementación de la reforma. Un cuerpo médico que no se sumó al esfuerzo de una reforma, afectó el estado de ánimo del sector, donde tienen un liderazgo indiscutido.

3.7 La compensación de riesgos

El punto más polémico durante las discusiones en el Parlamento fue la implementación de un Fondo de Compensación de riesgos entre Fonasa y las Isapres, con el objetivo de disminuir la segmentación entre los seguros de salud (Unger et al, 2008; Larrañaga, 1996).⁹ Con la operatoria de este Fondo, los beneficiarios con un riesgo esperado inferior al riesgo promedio poblacional, principalmente en Isapres, “transferirían” parte de sus aportes a los que tuvieran un riesgo esperado superior al del promedio – mayoritariamente en Fonasa– para cubrir sus gastos esperados en patologías AUGE. De esta manera, y en lo concerniente al aseguramiento de patologías AUGE, los seguros recibirían una prima ajustada por riesgo igual por beneficiario.¹⁰

La forma de alcanzar esto fue a partir del aporte de una prima universal fija en torno a los \$50.000 anuales (aproximadamente US\$ 100, en 2005),¹¹ independiente del riesgo individual. Así, todos los asegurados, independientemente del seguro, pagarían esta prima. Sin embargo, los seguros (Fonasa o Isapres) recibirían una transferencia del fondo en caso de que el promedio de sus beneficiarios tuviera un riesgo superior al promedio de beneficiarios del sistema, o efectuarían una transferencia al fondo en caso de que sus beneficiarios tuvieran un riesgo inferior al del promedio del sistema. En la práctica, el que se transfirieran recursos de un grupo a otro para cubrir patologías AUGE implicaría un movimiento de recursos para cubrir cualquier tipo de patologías, simplemente porque se reasigna el gasto de patologías AUGE a patologías no AUGE. Esto podría haber contribuido a la equidad entre el sistema público y privado en todas las patologías y no solamente en

⁹ Estudios sobre la elección individual entre seguro público y privado han demostrado que la probabilidad (ex-post) de elegir el seguro público sobre algún seguro privado aumenta fuertemente con la edad de la persona (Sapelli y Torche, 1998). Otro estudio muestra que familias con mujeres en edad reproductiva tienen una mayor probabilidad de estar en el seguro público (Sanhueza y Ruiz-Tagle, 2002).

¹⁰ Este tipo de fondos es común en varios países de Europa que los han implementado, con mayor o menor éxito, para evitar la selección de riesgos entre los seguros privados (Van de Ven et al, 2003).

¹¹ A esta prima universal fija (calculada básicamente como el costo de garantizar las patologías AUGE dividido por la población beneficiaria), se llegó luego de que la propuesta de hacer depender esta prima de los ingresos de los cotizantes (a fin de solidarizar no sólo riesgos, sino ingresos) tuviera una dura oposición en el Congreso.

patologías AUGE. El monto de recursos netos transferidos desde las Isapres hacia Fonasa, que este Fondo hubiera implicado, se estimó en unos \$ 18 mil millones anuales (Vargas et al, 2005)

Dada esta posibilidad, las Isapres manifestaron su férrea oposición al Fondo y lograron el apoyo de la bancada opositora –los parlamentarios de derecha– para bloquear esta reforma. Ante la perspectiva de que el núcleo de la reforma (las garantías explícitas) fracasara, el Gobierno retiró del Parlamento la creación de este Fondo e incluyó una propuesta alternativa sobre un Fondo de Compensación al interior de las Isapres (FCI), que fue finalmente aprobado. Este FCI tenía por objetivo “solidarizar” riesgos para las patologías AUGE al interior del sub-sistema privado. De esta manera, los individuos con un riesgo esperado para patologías AUGE, inferior al riesgo promedio de las Isapres, “transfieren” recursos a los que tienen un riesgo esperado superior a dicho promedio, pero dentro del sistema de Isapres. Es decir, el FCI opera al interior de un sub-sistema (el privado) para un sub-conjunto de riesgos (los asociados a las patologías AUGE).

4. La implementación gradual

Una vez conocidas las patologías a ser incluidas en el AUGE y los problemas que existirían de implementarse inmediatamente (por las resistencias institucionales ya mencionadas, además de restricciones en la oferta¹²), se decidió una puesta en marcha escalonada, en un plazo de tres años.

Una primera ventaja de la implementación gradual es que permitió que se desarrollaran un conjunto de procesos en las redes asistenciales que eran esenciales para el buen funcionamiento del AUGE (Infante, 2006). En cada red asistencial se crearon las siguientes estructuras:

- El subdirector médico, coordinador técnico de la red al interior de cada servicio de salud.
- La validación de las Guías Clínicas en cada red quedó bajo la responsabilidad de los respectivos especialistas clínicos (referentes técnicos). La implementación del AUGE exigía que cada Guía fuera conocida y aceptada por los médicos y por los equipos clínicos de cada red. En ello, trabajaron equipos técnicos que visitaron las redes asistenciales. Reconocer la validez de la Guía dependía de que el especialista local la aceptara como legítima, puesto que a veces requería adoptar modalidades de trabajo distintas a las vigentes. El éxito de la implementación en cada red dependió, en un gran número de casos, del entusiasmo con que el referente

¹² Algunos de estos problemas ya habían sido detectados dos años antes del inicio del AUGE con una “marcha blanca” de garantías de oportunidad en el sistema público.

técnico asumía la Guía y contribuía a su difusión y monitoreo, estableciendo un estrecho contacto con los médicos de atención primaria y otros equipos técnicos encargados de su operación.

- El Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), era el lugar donde se socializaban los problemas de implementación de la política, principalmente aquéllos que requerían una estrecha coordinación entre la atención primaria municipal y las especialidades.
- El coordinador AUGE y su equipo, habitualmente una enfermera y colaboradores diversos, se encargaban del monitoreo de todo el proceso, incluyendo el registro en el primer punto de contacto con el paciente; la digitación de los datos; la confirmación del caso como AUGE; el cumplimiento de las actividades diagnósticas y terapéuticas definidas en las Guías Clínicas y de los plazos definidos para cada una de ellas; y el cierre de cada caso ya fuera por alta, inasistencia u otras razones. La acuciosidad del trabajo de estos equipos fue esencial en el éxito de la implementación.
- El Directorio de Compras fue otra estructura necesaria para cumplir con las garantías AUGE. Lo constituyó Fonasa en cada red y, en ocasiones, en una coordinación de redes como en la Región Metropolitana. En esta instancia participaban el equipo regional de Fonasa y los subdirectores médicos de las diferentes redes, quienes examinaban las dificultades existentes para cumplir con determinadas garantías, las posibilidades de complementarse con los recursos disponibles en cada red y la definición de alternativas de compra de soluciones en redes públicas más alejadas o en el sector privado.

Una segunda ventaja de la implementación gradual fue poder determinar –con relativa anticipación a la entrada en vigencia de una determinada garantía– las restricciones de oferta existentes y permitir, a través de programaciones presupuestarias, que se hicieran las inversiones en equipos y recursos humanos necesarias para responder adecuadamente a ellas. Los procesos son:

- Una vez que se definió la garantía, se determinaron las especificaciones de recursos humanos, equipos e infraestructura requeridos por aquellos aspectos garantizados, según la Guía Clínica correspondiente para cada una de las patologías incluidas.
- Posteriormente, se estimó la demanda que tendría la red, usando estadísticas de atenciones y listas de espera. Dicha información se complementó con datos epidemiológicos, generalmente provistos por la propia Guía, para estimar una posible demanda no expresada o demanda potencial.

- A continuación, se hizo un catastro de los recursos disponibles y se optimizó su capacidad de funcionamiento.
- La diferencia entre la demanda potencial y la oferta optimizada definió la brecha y la inversión requerida para cubrirla, para lo cual se prepararon los proyectos y licitaciones correspondientes.
- En muchas ocasiones, y particularmente con los recursos de mayor costo, esta metodología permitió agregar demanda y hacer licitaciones nacionales e internacionales con reducciones muy importantes de precios.

La implementación gradual permitió fortalecer la red nacional, tanto de tratamientos (imagenología, laboratorios, anatomía patológica, procedimientos clínicos, etc.), como de equipamiento (endoscopios, broncoscopios, cistoscopios, máquinas de anestesia y equipamiento de pabellones quirúrgicos). Asimismo, permitió definir en qué lugar se concentraría el equipamiento más complejo, definiendo polos de desarrollo de complejidad en neurocirugía, cardiocirugía y radioterapia que darían servicios a varias redes asistenciales locales.

Para la tecnología más cara y de mayor obsolescencia, como la imagenología (scanner, equipos de radioterapia, angiógrafos), se recurrió a modalidades de compra con *leasing* que tenían al menos dos ventajas: daban la posibilidad de reemplazar el equipo por uno más moderno a los siete años y obligaban a un contrato con mantención incluida, lo que aseguraba la operación del equipo todos los días del año.

5. El financiamiento de la reforma

En todo proceso de reforma que implique un aumento en las prestaciones o una extensión de las garantías y que, en definitiva, redunde en un incremento en el uso del sistema, es crucial definir de dónde van a salir los recursos adicionales que se requieren. Estos pueden provenir de una ganancia de eficiencia en el sistema, produciendo más con los mismos recursos que antes, o se puede incrementar el aporte fiscal.¹³ Adicionalmente, es importante considerar las características de dicho financiamiento, ya que un diseño inapropiado puede atentar contra objetivos específicos de la reforma (por ejemplo, atentar contra la “solidaridad” en ingresos).¹⁴

¹³ Una tercera opción es una combinación de ganancias en eficiencia y aumento de recursos.

¹⁴ Un sistema de salud es “solidario” en ingresos, cuando los individuos de ingresos relativos altos subsidian el acceso a la salud de los individuos de ingreso relativo bajo.

La propuesta inicial del gobierno proponía financiar la reforma con ganancias de eficiencia y aportes privados, y hacía recaer el costo en dos grupos (Lenz, 2007): en primer lugar, en los prestadores públicos que debían aumentar su capacidad de prestación para atender en tiempo y forma los nuevos derechos exigibles y garantizados y, en segundo lugar, en los usuarios de bajo riesgo (al menos inferior al riesgo promedio) y con capacidad de pago. O sea, básicamente, la mayoría de los beneficiarios de las Isapres. Esto último pensaba alcanzarse a través de la operación del Fondo de Compensación entre Isapres y Fonasa, lo que no fue aprobado en el Congreso.¹⁵

En definitiva, se envió al Congreso un proyecto que proponía un aporte fiscal para financiar la reforma en el sector público (Fonasa) a partir del incremento de varios impuestos, tales como impuestos al tabaco, al alcohol, al petróleo diésel y a los juegos de azar. Asimismo, contemplaba un aumento en la tasa del IVA de un cuarto de punto porcentual. Finalmente, el Congreso aprobó la Ley de Financiamiento de la Reforma (Ley 19.888) con un aumento “transitorio” del IVA de un punto porcentual (ubicándolo en el 19%), a la vez que se decidió no aumentar los impuestos a los tabacos, alcohol y petróleo diésel.¹⁶

Desde el punto de vista económico, financiar la reforma con impuestos puede ser una oportunidad para aumentar la “solidaridad” en ingresos del sistema de salud. La manera más fácil de hacer esto es financiando gastos que van a afectar a la población de menor ingreso relativo con impuestos progresivos, es decir, recaudados entre la población de mayores ingresos relativos. La primera propuesta para financiar la reforma (aumento de impuestos específicos e IVA) no cumplía con esta premisa, salvo por el aumento en el impuesto al petróleo diésel que impacta sobre el precio de la gasolina y es mayoritariamente pagado por la clase media y alta. Sin embargo, tenía otra característica deseable: permitía relacionar el financiamiento con ciertos riesgos de salud asociados a elecciones individuales y estilos de vida que idealmente no debieran ser “solidarizados”. De esta manera, los riesgos asociados al tabaquismo y al alcoholismo son “penalizados”, no en desmedro de la cobertura de salud, si no a partir de su consumo. Algo similar puede pensarse del impuesto al petróleo diésel, con un efecto beneficioso sobre la contaminación ambiental y la incidencia de enfermedades respiratorias, algunas de las cuales son garantizadas a partir de la reforma.

El esquema de financiamiento aprobado (aumento de la tasa del IVA al 19%) se basaba en el aumento de un impuesto bastante regresivo pero relativamente fácil de ser recaudado. En términos políticos, ello es menos complicado como en otros casos (notablemente, el impuesto a la renta) donde los grupos sobre los que recae el nuevo impuesto, más pequeños pero mejor organizados, pueden oponerse más efectivamente. Además, existe literatura –que es frecuentemente citada en este tipo de debates– que asegura que no

¹⁵ La alternativa aprobada, el Fondo entre Isapres, no significó recursos adicionales para el sector público.

¹⁶ El aumento del IVA al 19% debía regir hasta el 1 de enero de 2007. Sin embargo, la nueva tasa se hizo permanente en 2006.

importa el efecto de los impuestos sobre la distribución del ingreso, si no el efecto combinado de impuestos y gasto que se financia con ellos (Engel et al, 1998). Más allá de lo correcto o no de este argumento, es interesante analizar este efecto combinado en el caso de esta reforma.

A este efecto se estima cuál es la contribución de cada decil del ingreso al financiamiento del AUGE. Durante el año 2011 la recaudación del IVA fue de unos \$ 9,5 billones, lo que implicaría que el 1% extra en la tasa del IVA sirvió para recaudar unos \$ 500 mil millones.¹⁷ Si se toma la contribución de cada decil en la recaudación del IVA en base a lo estimado por Jorrot (2010) y se lo aplica a la distribución del ingreso de la Encuesta Casen 2011 (deciles de ingreso monetario mensual), se obtiene que el decil de ingreso más bajo contribuyó con alrededor del 2,5% de la mayor recaudación del IVA, mientras que el decil más alto lo hizo con un 35%. (Ver Cuadro A-1 en Anexo)

Por el lado de los gastos que el AUGE demanda, la estimación que sigue a continuación descansa en una serie de supuestos y escenarios base. En primer lugar, para el análisis se considera el número de beneficiarios reportado por Fonasa para cada uno de sus grupos (A, B, C y D), a diciembre de 2011 (en base a Boletín Estadístico de Fonasa¹⁸). Se toma, sin embargo, la distribución por decil de ingreso monetario mensual per cápita (que se construye con la suma de los ingresos monetarios mensuales del hogar, dividido por el número de integrantes)¹⁹ y la distribución de beneficiarios por grupo y decil proveniente de la Casen 2011 y se aplica esta distribución al total reportado por Fonasa.²⁰ De esta manera, se obtiene la cantidad de beneficiarios de cada grupo de Fonasa por decil de ingreso.

En segundo lugar, se considera como costo promedio de provisión de patologías AUGE el estimado para Fonasa en 2013 (Ministerio de Salud, 2013). Este estudio considera escenarios alternativos de demanda y precios de prestaciones y estima el costo por beneficiario de Fonasa del AUGE en \$81.200. Este monto es un promedio para la población de Fonasa. No considera, entonces, que ciertas patologías podrían ser más prevalentes para determinados grupos de la población (por ejemplo, ingresos bajos). Se considera, además, que los beneficiarios de los grupos C y D realizan un copago del 10% y 20% de este monto, respectivamente.²¹ Implícitamente, se asume que ninguno de los beneficiarios de estos grupos traspasan el límite de protección financiera fijado por el

¹⁷ Este cálculo rápido no es preciso debido a que la recaudación marginal de un impuesto tiende a ser decreciente.

¹⁸ http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/asocfile/20140607230746/02_indicadores_pagina_web_20130731_1.xls. Último acceso en diciembre de 2014.

¹⁹ No se consideran escalas de equivalencia, ni economías de escala al interior del hogar.

²⁰ Existen grandes discrepancias entre el total de beneficiarios por grupo de Fonasa reportados por esta institución y el que se obtiene de la encuesta Casen. Ante esto, se optó por tomar el dato de Fonasa como válido.

²¹ Este porcentaje se obtiene al considerar el Decreto AUGE (2007) que establece que el copago de todos los tratamientos vinculados a patologías AUGE es, como máximo, un 20% del arancel AUGE, independiente del grupo al que el beneficiario esté adscrito.

AUGE y, por ende, no requieren recursos adicionales. Finalmente, se supone que ningún beneficiario de Fonasa opta por la modalidad de libre elección (MLE) para patologías AUGE.²² En el Cuadro A-2 del Anexo se muestra cuál es la participación de cada decil y cada grupo de Fonasa en el gasto fiscal por prestaciones AUGE, construido a partir de los supuestos enumerados anteriormente. Dicho Cuadro señala que el aporte fiscal para patologías AUGE en Fonasa es relativamente progresivo.

El Cuadro 2 muestra el efecto distributivo total del esquema de financiamiento-gasto en prestaciones AUGE. La cuarta columna, que es la diferencia entre la columna dos y tres, señala cuánto más recibe cada decil en gastos en prestaciones AUGE por encima de su contribución al financiamiento.²³ Entonces, el decil uno recibe alrededor del 10% del gasto en prestaciones AUGE y contribuye con alrededor el 2,5% de la recaudación extra del IVA para financiar dichas prestaciones. Como resultado, este decil recibe un “subsidio neto” por prestaciones AUGE de alrededor del 7,2% de lo que se gasta por este concepto, mientras que los deciles dos y tres reciben el 7% y 6,5%, respectivamente.

Cuadro 2
Efecto total en el financiamiento del AUGE, por decil de ingreso

<i>Deciles</i>	<i>Total FONASA</i>	<i>Contribución en recaudación total del IVA</i>	<i>Subsidio neto por AUGE</i>
1	9.7	2.5	7.2
2	10.3	3.4	6.9
3	10.7	4.1	6.5
4	10.8	5.0	5.9
5	11.1	6.1	5.0
6	11.1	7.1	4.0
7	11.2	8.9	2.3
8	10.1	11.5	-1.4
9	9.2	16.5	-7.3
10	5.8	34.9	-29.1
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>0.0</i>

Elaboración propia en base a Encuesta CASEN.

Como se aprecia en el Cuadro el “subsidio neto” es progresivo ya que disminuye a medida que aumenta el decil de ingreso y se vuelve negativo para el decil ocho, nueve y diez, por lo que estos grupos contribuyen con más recursos de los que reciben. Por ejemplo, el decil diez recibe un “subsidio neto” negativo de 29% del gasto total en prestaciones AUGE, mientras que el decil nueve tiene uno negativo igual al 7%.

²² La modalidad de libre elección permite a los asegurados en el sector público adquirir prestaciones de salud a través de proveedores privados con tarifas reguladas. El pago supone un cofinanciamiento por parte del paciente.

²³ Se supone aquí que el 1% extra que se recauda por el IVA alcanza para financiar las prestaciones AUGE.

Este efecto final progresivo del financiamiento-gasto en prestaciones AUGE oculta, sin embargo, algunos elementos que deberían ser revisados. En primer lugar, dentro de Fonasa solamente reciben recursos en prestaciones AUGE los que optan por la atención a través de proveedores públicos (consultorios de atención primaria, hospitales, etc.) y no los que lo hacen a través de proveedores privados en la modalidad de libre elección. Nuevamente, no parece haber ninguna lógica económica detrás de esto, o si la hay, es contraria a la de permitir la modalidad de libre elección de prestaciones no AUGE. Esta modalidad permite a los usuarios elegir entre prestadores, lo que traería ganancias directas para el consumidor, e indirectas, producto de una mayor competencia entre prestadores privados y la descongestión de los centros públicos de salud. Al impedir que en prestaciones AUGE los beneficiarios utilicen esta modalidad, se restringe el logro de ambos objetivos, especialmente el segundo, que puede tornarse muy relevante en un contexto de racionamiento implícito en las prestaciones (a favor de las AUGE y en contra de las no AUGE).

6. Impacto de la Reforma

En esta sección se presentan resultados sobre los efectos de la reforma en distintas dimensiones. Si bien la información con que se cuenta no es todo lo exhaustiva que se necesitaría para realizar una evaluación profunda, existen estudios realizados que permiten conocer cuál ha sido o habría sido el impacto de la reforma en distintas dimensiones.

6.1. Cobertura de prestaciones AUGE

Hasta diciembre de 2013, se registraron más de 20,1 millones de casos AUGE. De estos, el 95% se atendieron en el sistema público. Del total de problemas AUGE, 10 de ellos concentran el 75% de los casos. Los principales son: urgencias odontológicas ambulatorias (14,9% de los casos); infección respiratoria aguda (IRA) infantil (14%); hipertensión arterial (12,7%); cáncer cérvico-uterino (7,8%) y depresión en personas de 15 años y más (5,3%). El 95% de dichos casos corresponde a beneficiarios de Fonasa.

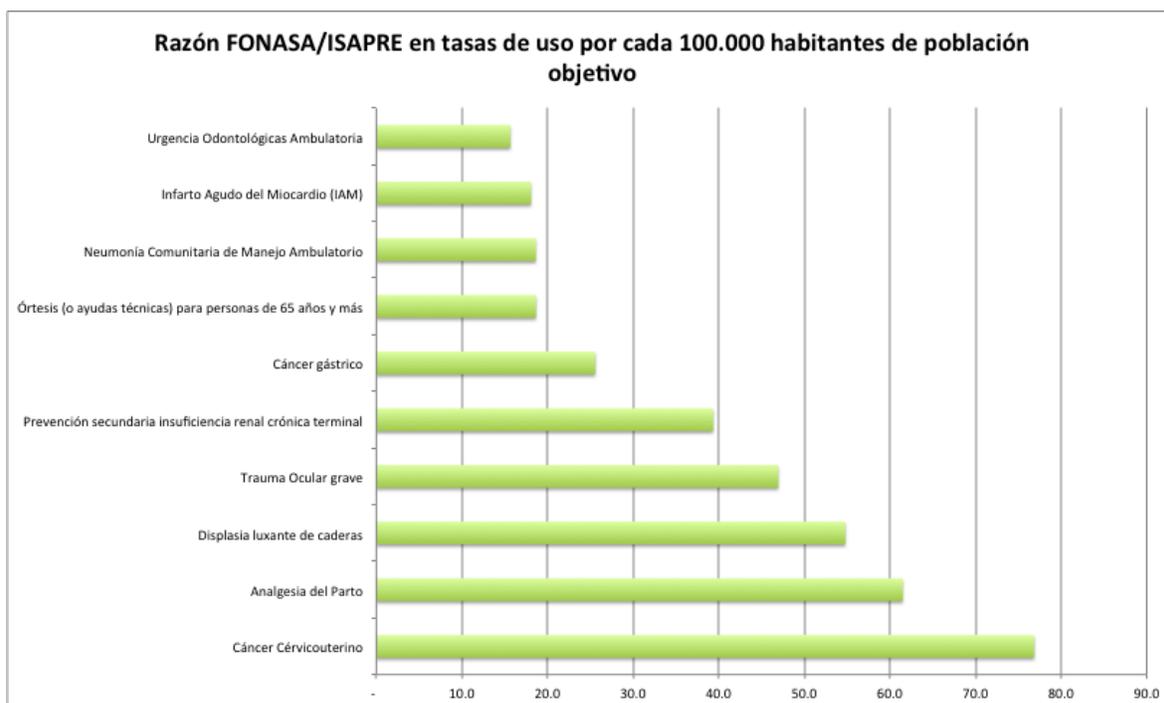
La tasa de utilización del AUGE por parte de beneficiarios de Isapres se encuentra virtualmente en el mismo porcentaje desde el inicio de la Reforma. La inclusión de nuevas patologías, ni los ajustes que se le fueron realizando alteraron este patrón. Esto ha llevado a que las Isapres, en su conjunto, hayan aumentado sus ganancias operativas por concepto de cobertura AUGE, debido a que con cada inclusión de nuevas patologías se les ha permitido incrementar la prima cobrada por este concepto. Dado que no aumenta la utilización de AUGE por parte de los usuarios el aumento de prima es, prácticamente, ganancia pura.

No obstante lo anterior, existen diferentes patrones de utilización entre seguros según tipo de prestación. Para los beneficiarios de Fonasa un 75% de los casos AUGE son ambulatorios, un 12% son hospitalarios y un 13% son mixtos. Para los beneficiarios de Isapres son un 70%, 10% y 20%, respectivamente. La razón de estas diferencias está en las prestaciones utilizadas en cada grupo. Para el caso de las principales prestaciones ambulatorias los usuarios de Fonasa tuvieron un uso más intensivo que los de Isapres en urgencias odontológicas ambulatorias e IRA infantil (dos condiciones agudas y, sobre todo la primera, potencialmente costosas fuera del sistema de seguro), mientras que lo contrario ocurre para la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2 (dos condiciones crónicas). En el caso de las prestaciones hospitalarias para los usuarios de Fonasa, respecto de Isapres, destacan el Infarto Agudo de Miocardio y la analgesia del parto, dos prestaciones normalmente cubiertas por las Isapres en sus planes de salud (y que no requieren principalmente de los prestadores de sus redes AUGE). Por el contrario, la ColesitECTomía preventiva en personas de 35-49 años, una prestación que puede ser fácilmente utilizada dentro de la red AUGE de las Isapres, tiene un mayor uso relativo en beneficiarios de Isapres.

En términos de uso por género, dentro de Fonasa el 60% de los casos fueron utilizados por mujeres, mientras que en Isapres fue del 53%. Antes que marcar un diferencial de acceso diferencial por sexo, estos números reflejan la selección de riesgos realizadas por las Isapres que las lleva a tener un porcentaje de población femenina por debajo de la correspondiente a nivel nacional.

El Gráfico 3 muestra la razón entre la tasa de uso de prestaciones entre usuarios Fonasa por cada 100.000 habitantes de la población objetivo (distinta para cada prestación) y su análogo entre usuarios de Isapres. Dicho gráfico reporta esta relación para el año 2013 y para las diez prestaciones con razón más alta. Las prestaciones que más utilizan relativamente los usuarios de Fonasa versus los de Isapres son tratamientos para los cuáles estos últimos tienen coberturas amplias en sus planes de salud y prefieren utilizarlos por sobre los prestadores de la red AUGE.

Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Salud.

6.2. Garantía de oportunidad

No se han realizado evaluaciones comprehensivas del impacto que ha tenido el AUGE sobre la resolución de patologías AUGE y no AUGE. Sin embargo, se han realizado estudios que han intentado cuantificar estos resultados para algunas patologías. Bitrán et al (2010) analizan los cambios en la cobertura, el acceso, la hospitalización y la mortalidad para algunas patologías cubiertas por el AUGE: hipertensión arterial, diabetes tipo 1 y 2, epilepsia, depresión e infarto agudo al miocardio. En términos de ahorro de costos para los pacientes el rango reportado va desde US\$ 49 anual para hipertensión a US\$ 1.255 para diabetes tipo 1. Además, encuentran que para ciertas enfermedades, tales como hipertensión, diabetes tipo 1 y 2, y depresión, la reforma está vinculada a un creciente acceso a servicios y aumento en la cobertura. En el 2008, la tasa de admisión hospitalaria por complicaciones en estas enfermedades bajó un 7% en el caso de diabetes tipo 1 y un 26% en el caso de depresiones, a la vez que la letalidad hospitalaria se redujo fuertemente, en un 11% para la hipertensión y un 98% para la epilepsia y la depresión, respecto de la situación pre-AUGE.

Escobar y Bitrán (2014) encuentra aumentos en términos de acceso y cobertura. También reportan que entre 2005 y 2009 el gasto real por beneficiario de Fonasa creció alrededor

de un 35%, tanto para prestaciones garantizadas como no garantizadas por el AUGE. Para el sistema total, el costo de prestar las primeras durante 2012 (80 problemas de salud) era de 1% del PIB de dicho año. Similares resultados son descritos en Bitrán (2013).

Valdivieso y Montero (2010) analizaron el acceso a las prestaciones AUGE y encontraron que dicho acceso mejoró para el 95% de los beneficiarios de Fonasa, especialmente entre los grupos de escasos recursos, así como en los menores de 15 años y mayores de 60. Los autores también detectan que las garantías de calidad incluidas en el AUGE no han sido cumplidas, en parte por la tardanza en concluir el protocolo para la acreditación. El 1º de julio de 2013 comenzó a regir la garantía de calidad (necesaria para atender a pacientes AUGE). No obstante lo anterior, relativamente pocos establecimientos lograron certificar dicha calidad por lo que se dispuso una prórroga de un año y medio para establecimientos públicos. Según Escobar y Bitrán (2014) de 18 establecimientos acreditados solo uno era público. La información de la Superintendencia de Salud a marzo de 2014 sobre la inscripción de establecimientos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPI) detectó que el 99% de los establecimientos privados y el 87% de los públicos, contaba con dicha inscripción.

6.3 Resultados en términos de equidad de salud

Resulta inmediato asociar el AUGE con mejoras en la equidad en el acceso y el uso de prestaciones de salud. Desde el momento que un 95% del uso del AUGE es realizado por beneficiarios de Fonasa que asegura a la población más pobre del país, podría pensarse que el efecto del AUGE sobre la equidad es inmediato y positivo. Sin embargo, la evidencia es escasa y contradictoria.

Por un lado, Valdivieso y Montero (2014) valoran (aunque sin detenerse en su estudio) la garantía de protección financiera como una herramienta para aumentar la equidad del sistema. Frenz et al (2013) destacan la fuerte disminución en la prevalencia de “necesidades no atendidas” (por problemas de salud, no necesariamente AUGE) entre las encuestas Casen 2009 y 2011 (medidos en mes previo a la encuesta). Las diferencias post-AUGE existentes en esos años no estuvieron ligadas a factores socio-económicos ni a la pertenencia de Fonasa o Isapre. Adicionalmente, verifican que el porcentaje de personas que debió pagar por su última consulta no cambió significativamente entre 2006 y 2011, tanto para consultas generales como de especialidad.

A partir de la utilización de las encuestas CASEN, Paraje y Vásquez (2012) constatan que el uso mayor en prestaciones médicas (sin diferenciar entre aquellas AUGE y no AUGE) no siempre ha estado asociado con mejoras en la equidad en su uso. De hecho, solo para consultas con especialistas mejoró la equidad vertical (mayor uso para quienes poseen mayores necesidades), mientras que para el resto de los servicios, los cambios estuvieron explicados por un mayor uso no relacionado directamente con necesidades. La equidad horizontal (igual uso para quienes poseen iguales necesidades) mejoró para visitas de

emergencia y días de hospitalización (ambas utilizadas mayormente por los segmentos con menor acceso temprano al sistema). Según los autores, los resultados indican la persistencia de barreras para el uso equitativo de los servicios de salud (por ejemplo, la insuficiencia de recursos humanos médicos, las barreras financieras, las limitaciones de capacidad, etc.) que se han mantenido después de la reforma.

Otro elemento que podría tener un impacto sobre la equidad, al menos al interior del sistema de Isapres es el Fondo de Compensación Interisapres (FCI). Sin embargo, lo limitado de este esquema no parece haber sido suficiente para introducir solidaridad de riesgos o de ingresos. Durante 2013, las transferencias del FCI a las Isapres con cartera más riesgosa representaron menos del 0,05% de sus ingresos operativos; así también ocurría en el 2008.²⁴ Estos resultados son similares a los que se obtienen para 2012 y a los que fueron reportados en una versión anterior de este capítulo para 2006, 2007 y 2008. El FCI no produciría, entonces, una “solidaridad” de riesgos de nivel relevante, ni siquiera al interior de las Isapres.

La razón de esto es doble. Por un lado, antes de la implementación del FCI (y del AUGE) las Isapres poseían estrategias similares de selección de riesgo (lo que es esperable en un mercado competitivo) por lo que sus carteras poseían un riesgo similar. En este caso, la implementación de un mecanismo diseñado para igualar riesgos entre carteras es superfluo. Más aún, el diseño mismo del FCI lo torna un mecanismo de baja utilidad ya que las variables utilizadas para solidarizar riesgos son las mismas que utilizan las Isapres para seleccionar y “descremar” individuos riesgosos. Se intenta, entonces, compensar a las Isapres por tener en su cartera, por ejemplo, a mujeres en edad fértil o mayores de 65 años en circunstancias que estas instituciones ya consideran estos factores a la hora de cobrarles un precio por asegurarlas. Sería más efectivo utilizar otras variables asociadas al riesgo que no se utilicen a la hora de fijar los precios de los planes de salud. La eliminación de las tablas de factores de riesgo como parte integrante del plan de salud (en virtud de la sentencia del Tribunal Constitucional en 2010), a la fecha no parece haber cambiado esta situación.

6.4. Garantía de protección financiera

Los copagos en patologías AUGE, que están cubiertos por la protección financiera, constituyen solo una parte de los gastos en salud en que incurren los agentes privados.

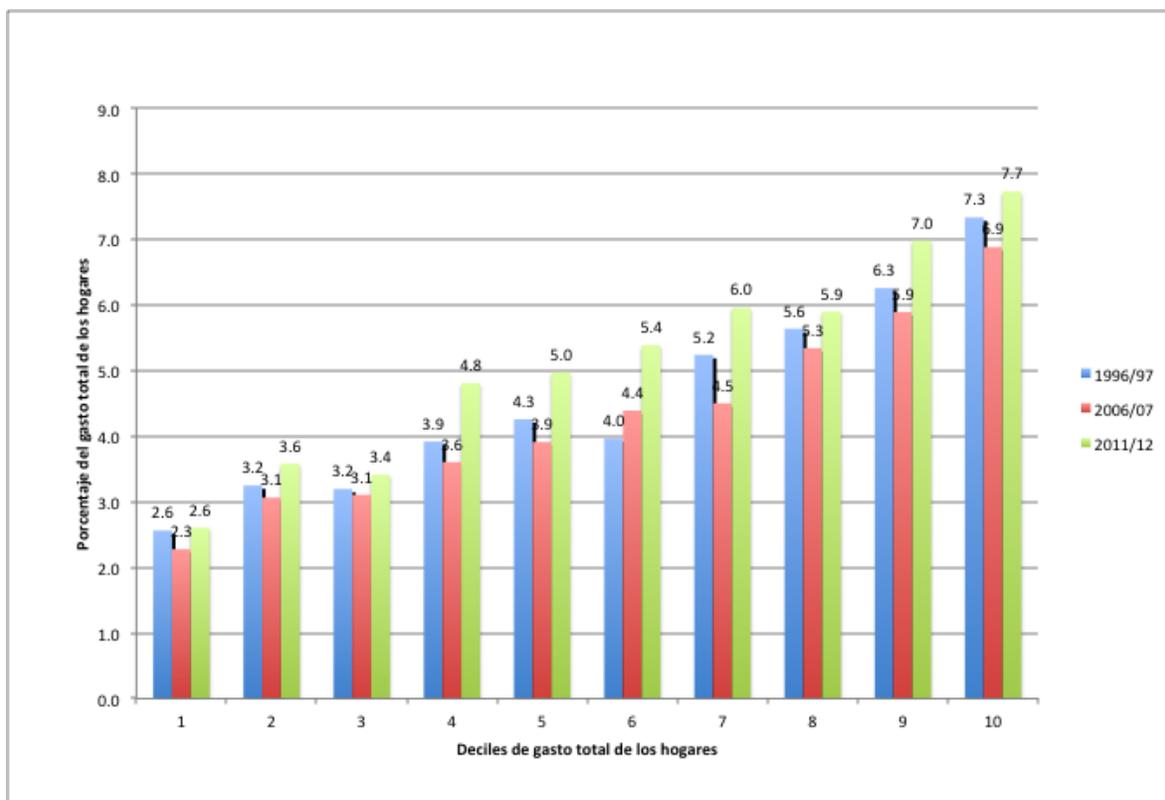
Las Encuestas de Presupuestos Familiares (EPF) de 1997, 2007 y 2012 contienen información acerca de la estructura de gastos de las familias, por deciles de gasto total de los hogares para el Gran Santiago.²⁵ El Gráfico 4 muestra gastos en salud –excluyendo

²⁴ Información tomada de los estados de resultados de las Isapres publicados por la Superintendencia de Salud.

²⁵ El reporte de los gastos normalmente tiene menos errores que el de los ingresos (debido a subreporte). Es por ello que se elige formar los deciles a partir de los gastos totales.

cotizaciones obligatorias– en servicios médicos, odontológicos, farmacológicos, hospitalarios, insumos y aseguramiento voluntario, como proporción del gasto total de los hogares para los citados años. Dicho gasto disminuyó entre 1997 y 2007 para la mayor parte de los deciles, pero aumentó entre 2007 y 2012, superando incluso el nivel que tenía en 1997 para todos los deciles, excepto el primero. Durante 2012 se conservó, y hasta se acentuó, el perfil progresivo de este gasto. Adicionalmente, se verifica que los incrementos porcentuales mayores entre 2007 y 2012 ocurrieron en los segmentos medios de la distribución (deciles cuatro a siete).²⁶

Gráfico 4
Gasto en salud como proporción del gasto total de los hogares (Gran Santiago)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Presupuestos Familiares 1996/97, 2006/07 y 2011/12.

Esta evidencia recogida por las Encuestas de Presupuestos Familiares señalaría que la garantía financiera brindada por el AUGE ha estado limitada a los primeros deciles que, no obstante, han aumentado sus gastos en salud en términos relativos. Lamentablemente, estas encuestas no permiten identificar el efecto directo del AUGE ya que recopilan todos

²⁶ El Gráfico A-1 del Anexo muestra que el gasto ambulatorio como proporción del gasto total de los hogares se redujo como proporción del gasto en salud de los hogares sólo para algunos deciles: para el primer decil se aprecia una reducción mínima, mientras que ésta es mayor para los deciles más altos (posiblemente por la existencia en estos grupos de seguros complementarios que reducen los copagos). Para los deciles medios (4-7) se observa un aumento de estos gastos entre 2007 y 2012.

los gastos en salud de manera indiscriminada. Es posible que la garantía de protección financiera haya cubierto efectivamente los casos para la cual estuvo definida y que, sin embargo, los hogares hayan tenido que incurrir en gastos para los cuales esta garantía no es efectiva. De todas maneras, la existencia de esta garantía no ha frenado el alza en los gastos de salud de los hogares.

[[Considerando solamente el último servicio médico utilizado en los tres meses cercanos a la fecha en que se levantó la encuesta CASEN, en el cuadro 3 se compara la cobertura financiera entre el año 2000 y 2013, medida como el porcentaje de personas que declara no haber pagado por el servicio, que otorga FONASA y las ISAPRES para diferentes servicios médicos. En él se observa que FONASA ha aumentado su cobertura financiera en consultas de urgencia y exámenes de laboratorio, sin presentar mayores mejoras para el resto de las prestaciones. Sin embargo, hay que destacar que para el 2000 FONASA cubría al 76% mientras que para el 2013 esta cobertura había aumentado al 85%, de los cuales el 21% utiliza el mecanismo de libre elección a través de la compra de bonos lo que puede contribuir a disipar la visualización del efecto que ha tenido la cobertura financiera del AUGE. Por su parte, las ISAPRES han mejorado esta cobertura, pero principalmente en consultas generales y consultas de urgencia. Tanto FONASA como las ISAPRES han reducido la cobertura financiera en hospitalización.]]]]

Cuadro 3
% que no tuvo que realizar pago por la atención de salud, 2000 vs 2013

Tipo de Atención	Asegurados Fonasa		Asegurados Isapre		Total dos sistemas	
	2000	2013	2000	2013	2000	2013
Consulta Prevención de salud	84,3	84,2	13,1	16,6	69,8	75,7
Consulta General	72,8	72,5	6,3	14,3	56,6	63,7
Consulta de Especialidad	55,1	51,2	6,6	8,7	39,0	40,0
Consulta de Urgencias	81,6	84,9	11,3	20,4	71,0	78,2
Atención dental	53,3	62,5	4,2	8,2	34,0	48,6
Exámenes de Laboratorio	66,9	71,8	9,0	13,8	51,5	61,2
Rayos X y Ecografías	55,5	55,4	11,1	10,7	42,0	45,5
Hospitalización	72,3	57,3	24,6	10,2	61,0	48,1
Consulta de Salud Mental	na	80,0	na	15,5	na	68,5

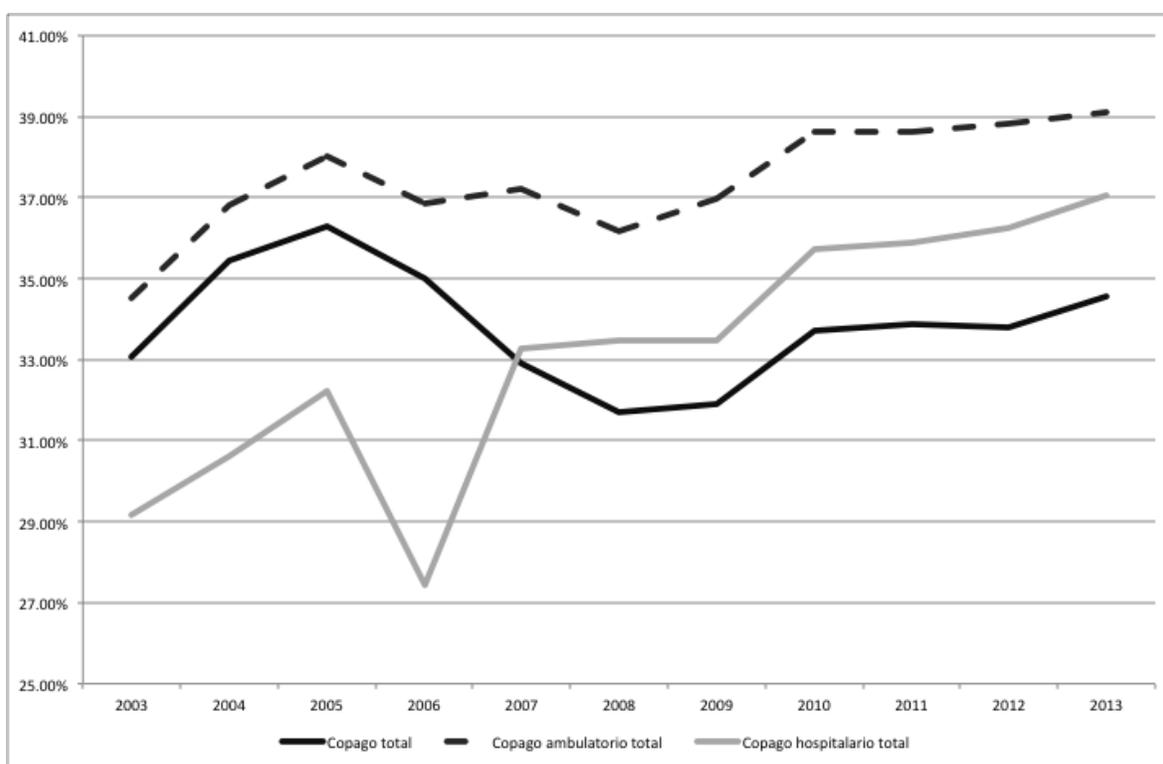
Fuente: elaborado en base a micro datos de encuestas Casen 2000 y 2013

Finalmente, se examina la evolución del copago para los beneficiarios de Isapres en diferentes grupos de prestaciones (Gráfico 5). El copago se estima como el porcentaje del

total facturado que no es bonificado por las Isapres. Ello no es equivalente al gasto de bolsillo debido a que hay seguros complementarios cuya cobertura ha aumentado en el tiempo y por los cuales no se dispone de información en la fuente usada (Superintendencia de Salud).

Para el total de prestaciones se observa una tendencia decreciente en el copago hasta el año 2008, que luego se revierte hasta alcanzar niveles iguales a los vigentes antes de la puesta en marcha del AUGE. Lo mismo sucede para las prestaciones ambulatorias y para las intervenciones quirúrgicas.

Gráfico 5
Copagos en Isapres como proporción del gasto facturado por beneficiario, por nivel de atención



Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Salud

Lo anterior no implica que la introducción del AUGE haya incrementado los copagos de beneficiarios de Isapres, sobre todo cuando ya se dijo que ellos no hacen uso intensivo del AUGE. Pero indica, al menos, que la introducción de un programa de las características del AUGE no ha servido para disminuir la presión creciente de los costos de salud en el sector privado. No lo ha hecho de manera efectiva porque el uso del AUGE es más bajo en este sector y porque el sector privado no ha introducido mecanismos de contención de costos efectivos.

Es posible que el aumento de los copagos se deba a la mayor frecuencia en el uso de prestaciones, o al incremento en sus precios, puesto que ambos hacen que se llegue más rápidamente a los topes de cobertura que tienen algunos planes. Sorprende que en este contexto no se hayan buscado más decididamente mecanismos de pago y control a los prestadores más efectivos por parte de los aseguradores privados.²⁷

La evidencia aquí mostrada sugiere que el AUGE no ha sido efectivo en proveer protección financiera a los hogares. El gasto en salud como porcentaje del gasto total de los hogares ha aumentado en el tiempo, superando los niveles pre-AUGE. Ello no obstante la caída en el gasto en copagos y medicamentos como porcentaje del gasto en salud, al menos en los sectores de ingresos más bajos.

La protección financiera puede no haber sido todo lo importante que se esperaba porque los grupos de ingresos más bajos de Fonasa ya contaban con protección financiera *de facto* (de hecho tenían gratuidad en las atenciones en modalidad institucional) y los beneficiarios de Isapres también poseían una protección por enfermedades catastróficas otorgada por estos seguros (la CAEC, aunque más limitada que la garantía AUGE). Son entonces los grupos medios los que podrían haberse visto más beneficiados con esta garantía. Sin embargo, fue en estos grupos donde precisamente más aumentó el gasto en salud como porcentaje del gasto total.

6.5. Listas de Espera

Inicialmente se remarcó que la definición de condiciones AUGE era compatible con mantener la cobertura de las condiciones no AUGE. Sin embargo, ello no fue así en la práctica. La priorización resultante del AUGE implicó que se retrasaran las soluciones para las prestaciones no AUGE. El racionamiento *de facto* de prestaciones se manifiesta con la aparición de listas de espera AUGE pero sobre todo, para condiciones no AUGE. Estas listas, que son consecuencia de un proceso desordenado e inorgánico de priorización en los centros de prestaciones, podrían haberse evitado incrementando el volumen de recursos (físicos y humanos) existentes en el sector salud, algo que sucedió aunque no al ritmo requerido.

²⁷ El Gráfico A-2 del Anexo muestra la misma situación, pero agregando exámenes de diagnósticos y desagregando por sexo. En él se aprecia claramente una de las consecuencias de los incentivos a la selección de riesgos existentes en el sistema de Isapres: los copagos de beneficiarios mujeres superan todos los años y para cada tipo de prestación al de los beneficiarios hombres. Esto indica una menor cobertura a la población femenina. Adicionalmente, muestra que una parte importante de la tendencia creciente en copagos de los últimos años se explica por los exámenes de diagnóstico. Nuevamente esto estaría dado por incrementos en el uso y en los precios de dichos exámenes, sin una necesaria justificación sanitaria o de costo-efectividad (dado el modo en el que las Isapres le pagan a los prestadores). En este caso, el ejemplo del AUGE tampoco parece haber tenido un impacto demasiado alto.

En términos de listas de espera para prestaciones incluidas en el AUGE, no ha sido clara la evolución de las mismas. Aun cuando a fines de noviembre de 2011 se anunció la eliminación de las listas de espera AUGE, dicho proceso estuvo más asociado a una recategorización de la información que a la solución de los casos pendientes.²⁸ A septiembre de 2014 hay una lista de espera muy acotado de 5.417 casos, de los cuales 202 son anteriores a enero del mismo año. La gran mayoría corresponde a condiciones garantizadas no urgentes, como operaciones de cataratas (13% del total) o salud oral integral de embarazadas (8%), aunque existe también atraso en prestaciones asociadas al tratamiento de condiciones más graves como cáncer cérvico-uterino (7%) o cáncer de mama (7%).²⁹

Predeciblemente, la lista de espera no AUGE es considerablemente mayor. En septiembre de 2014 existían 1,65 millones de prestaciones en lista de espera de nueva especialidad, de las cuales un 88% llevaba más de 120 días de espera. En el caso de intervenciones quirúrgicas electivas o programables, era de 226.340 prestaciones, de las cuales un 57% son mayores a un año. En el primer caso, las especialidades con mayor espera son: Oftalmología (12% de los casos), Traumatología (9%) y Otorrinolaringología (9%). En el caso de cirugías, las especialidades con mayor espera son: Gastroenterología (25% de los casos), Traumatología (16%) y Otorrinolaringología (12%).

La insuficiente cantidad de especialistas es a menudo citada como la principal causa de la longitud de estas listas. Indudablemente la baja cantidad de médicos en general es un factor, puesto que Chile tiene la menor cantidad de médicos por habitante del Cono Sur y una de las más bajas de Latinoamérica. Sin embargo, también hay que considerar el desorden existente en los sistemas de gestión, el funcionamiento ineficiente de algunos establecimientos y la incorrecta planificación sanitaria (por ejemplo, inclusión de condiciones AUGE en especialidades con escasez de especialistas).

Otro factor que no se puede descartar es la ambigüedad que ha existido en las diferentes administraciones respecto al uso intensivo de la complementariedad público privada o más recientemente, al fortalecimiento de la capacidad del sistema público para hacerlo.

6.6. La opinión de los usuarios

El diseño del AUGE exige monitorear periódicamente la opinión de la población respecto a sus necesidades y prioridades. El primero de los estudios de opinión se hizo en 1996 para el diseño del Plan Garantizado que pretendió impulsar Fonasa (Ferreo, 1996). Posteriormente, durante el año 2000, se hizo un nuevo estudio acompañado de una encuesta poblacional (Feedback Consultores, 2000). Ambos coincidieron en las prioridades

²⁸ Ver al respecto <http://ciperchile.cl/2011/12/02/los-ajustes-estadisticos-que-redujeron-drasticamente-la-lista-de-espera-auge/>

²⁹ Ministerio de Salud (2013).

y también en los temores de la población. La desprotección frente a las enfermedades graves y catastróficas era un tema generalizado, tanto por las dificultades de acceso, como por las repercusiones financieras que tenían esos problemas en las familias. De hecho, estos fueron algunos de los argumentos que sirvieron de fundamento para las garantías explícitas de oportunidad y protección financiera.

A partir de la implementación del AUGE, la Superintendencia de Salud comenzó a monitorear la percepción de las personas sobre el conocimiento y funcionamiento del AUGE, a través de la realización de encuestas anuales que preguntan aspectos generales sobre la percepción de protección de los usuarios y su satisfacción con el sistema de salud. Los resultados muestran un aumento en la percepción de desprotección de los usuarios del sistema de salud entre 2007 y 2013. En el caso del Fonasa ello se explica por los largos tiempos de espera para recibir atención, así como por la poca disponibilidad de médicos y especialistas; y la mala atención de funcionarios. Para los usuarios de Isapres, la desprotección se asocia al precio y la cobertura de sus planes.

Casi un cuarto de los individuos entrevistados no conoce el AUGE, siendo este porcentaje casi el doble entre usuarios de Fonasa que entre los de Isapres. De aquellos que utilizaron el AUGE, casi tres cuartos lo hicieron debido a que el médico tratante les informó que podían utilizarlo. La proporción de individuos que conoce en qué centros podría atenderse en caso de utilizar el AUGE ha caído en el tiempo, con excepción del segmento ABC1 de usuarios de Isapres.

Los usuarios evalúan al AUGE con una nota promedio de 5,6 en el 2013 (en una escala de 1 a 7). Entre los entrevistados (usuarios o no del AUGE) lo más valorado es la cobertura de enfermedades catastróficas, la cobertura gratuita de prestaciones y de medicamentos (mayoritariamente entre los usuarios de Fonasa). La valoración más baja corresponde a las listas de espera (notoriamente entre los usuarios de Fonasa), la falta de especialistas y el incumplimiento de los plazos.

7. A modo de conclusión: a diez años de la reforma AUGE

La Reforma del AUGE fue un proceso que remeció tanto al sector salud como a la ciudadanía que se vio envuelta en una discusión pública entre los médicos y funcionarios de salud, por una parte, y entre las autoridades de gobierno y algunas organizaciones ciudadanas, por la otra. Una larga discusión parlamentaria que acogió y ponderó las diferentes opiniones y una férrea voluntad política del Presidente Lagos, permitieron que la reforma saliera adelante. Sus contenidos fueron promulgados en cuatro leyes fundamentales que abarcaron la estructura del sistema, su financiamiento y derechos ciudadanos al acceso universal a las atenciones de salud, con tiempos de espera, calidad y protección financiera garantizadas.

Hay aspectos fundacionales de la reforma que le dan un sello distintivo y la distinguen de otros procesos de cambio en el sector.

La iniciativa se diseñó en función de objetivos sanitarios, dejando como segunda prioridad las medidas de gestión. Así, se introdujo un punto de vista diferente a lo que habían sido los intentos de reforma de la década previa, apoyados por agencias multilaterales, que se centraban primordialmente en medidas de gestión y mecanismos de pago. Al cambiarse esto, la discusión se enfocó en la solución de problemas sanitarios y se dejaron en un segundo plano –aunque de ninguna manera desaparecieron– aspectos más controvertidos, como la regulación de los mercados de salud y de aseguramiento, así como el área de recursos humanos.

Haber radicado la discusión de la reforma en el Congreso y, por lo tanto, en los contenidos de las leyes, permitió que todos los sectores involucrados expusieran sus puntos de vista. Por otra parte, permitió visualizar integralmente la complejidad del problema, surgiendo allí un elemento clave de la implementación: su gradualidad. Sin embargo, la vehemencia de la discusión y su polarización tuvo un efecto no deseado: el desapego de los sectores profesionales y médicos en relación a lo que acontecería con la implementación, transformándose, en muchos casos, en espectadores pasivos.

Por su parte, la ley de derechos y garantías de las personas con énfasis en la equidad, entregó a la ciudadanía una importante herramienta de negociación con las autoridades administrativas respecto a cómo deben evolucionar y profundizarse dichas garantías. El conocimiento paulatino de esos derechos, que se logra a lo largo del tiempo, profundizará este proceso y le otorgará a la ciudadanía un papel preponderante en la “construcción” del sistema de salud.

A más de diez años de la puesta en marcha de la reforma, hay importantes resultados positivos que consignar sobre el sistema de salud y los usuarios.

Es indudable que la implementación del AUGE significó un cambio importante no sólo en el sistema de salud, tanto público como privado, sino en la percepción de los ciudadanos sobre dicho sistema. Las ideas fundamentales de universalidad y de derecho al acceso a la salud en condiciones garantizadas fueron profundizándose con el correr del tiempo y con la introducción de nuevas condiciones garantizadas. La posibilidad de acceder en tiempo, forma y con protección financiera ha sido valorada por los usuarios del AUGE, en su inmensa mayoría pertenecientes al seguro público.

Ha habido aumentos importantes de cobertura en los problemas garantizados, aumento en el acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos, y algunas señales de diagnóstico precoz que pueden significar mejor pronóstico para algunos cánceres y enfermedades cardiovasculares.

También hay que destacar la introducción de mecanismos de pagos a prestadores basados en la resolución del problema. La protocolización de atenciones en las condiciones incluidas en el programa que ha sido señalada como una de las causas de los buenos resultados sanitarios en el tratamiento de algunas enfermedades, ha servido también para introducir en el sistema este mecanismo que permite un mejor control de costos y una mejor distribución del riesgo entre el asegurador y el prestador. Aunque esto existía desde antes en el sector público, el AUGE lo perfeccionó, aumentó su utilización y lo introdujo en el sector privado.

No obstante, hay importantes desafíos que resolver a futuro:

La salud sigue estando al tope de las preocupaciones ciudadanas. El enfoque de salud basada en derechos, instaurado por el AUGE, se ha visto debilitado por la existencia de importantes listas de espera en el sector público en prestaciones no AUGE. La priorización *de facto* que ha ocurrido en centros de atención pública, sobre todo hospitales, para cumplir con los plazos garantizados por la ley, ha implicado que un número importante de personas hayan visto postergadas su atención. Paradójicamente, un programa pensado para incrementar los derechos en salud de la población, podría haber efectivamente disminuido dichos derechos para un grupo de la misma.

El cumplimiento de las garantías por parte de los prestadores públicos ha tensionado el sistema a pesar de las inversiones realizadas. La notoria y crónica falta de recursos humanos en salud (Chile tiene una cantidad de médicos, generales y especialistas, por habitante que está por debajo del promedio mundial) debiera haber sido contemplada con mayor atención a la hora del establecimiento de un programa como el AUGE, que no fue proyectado como un “paquete mínimo de cobertura” sino como una priorización. La inexistencia de planificación detallada para la derivación de pacientes en espera no AUGE o la imposibilidad de hacerlo, han sido una constante desde su implementación. El problema de las listas de espera AUGE ha sido menor y ha tendido a disminuir debido a la sana decisión por parte del seguro público, contemplada explícitamente en la ley AUGE, de comprar prestaciones al sector privado para dar cumplimiento a las garantías.

Un tema que puede enfrentarse, terminada ya la obsesión por aumentar el número de garantías, es la simplificación del AUGE haciendo más claras y ampliando las garantías existentes, eliminando los límites de edad y sincerando las garantías de oportunidad las cuales hoy están relativizadas, al no asignar tiempos definidos de espera para que el especialista confirme una sospecha enviada desde la atención primaria.

En materia de la organización de la seguridad social, sigue presente en algunos actores el considerar a Fonasa como un fondo de financiamiento del sector salud, y no como un seguro público preocupado de garantizar la atención de sus asociados. Congruente con esta visión fue la reticencia a que la Superintendencia de Salud fiscalizara a Fonasa en el cumplimiento de garantías AUGE. Por otra parte, en la Comisión Asesora Presidencial para la Reforma de las Isapres (2014) hubo un consenso amplio de extender el Fondo de

Compensación Interisapres –que cubre solo las prestaciones AUGE– a todas las prestaciones, de forma de incentivar la afiliación abierta e incrementar la movilidad de los afiliados y la solidaridad de riesgo e ingresos al interior del sistema privado.

En materia de institucionalidad, la separación de funciones en el Ministerio de Salud entre el ámbito asistencial y de salud pública, más que una especialización fue un “divorcio”, una fragmentación adicional en el sistema, que hizo difícil la complementariedad entre ambas instancias. Asimismo, el esfuerzo desplegado para lograr la autogestión de los hospitales públicos, establecido en la ley para 2009 y actualmente postergada, implicó centrar la mirada en los hospitales postergando, en la práctica, la profundización del modelo de atención con énfasis en las redes asistenciales y la atención primaria, agregando un elemento adicional de fragmentación.

Finalmente, un tema pendiente que no admite postergaciones, es la necesaria incorporación de los trabajadores de la salud en la conducción estratégica del sector. Las fisuras generadas entre directivos y trabajadores durante el proceso de reforma y el estilo confrontacional de la relación en los años recientes, plantean legítimas dudas respecto a la gobernabilidad institucional. Esto tiene el riesgo cierto de causar desprestigio y desapego de la población usuaria, algo semejante a lo ya observado con la educación municipalizada.

Referencias Bibliográficas

Acheson, D. (1998), "Report of the independent inquiry into inequalities in health", London Stationery Office.

Bitrán , Ricardo; Escobar, Liliana; Gassibe, Patricia (2010): "After Chile's Health Reform: Increase In Coverage And Access, Decline In Hospitalization And Death Rates", Health Affairs; vol 29, nro 12, pp. 2161-2170.

Bossert, T. y Stephen M. Amrock (2008), "Innovative health reform in Chile 2000-2006: Presidential power, change teams and legislative negotiations", Harvard School of Public Health.

Cid, C. y A. Muñoz (2007), "Evaluación de la implementación de la reforma de salud en el sistema Isapres y su impacto en los beneficiarios". Disponible en <http://www.supersalud.cl/documentación/569/article-4203.html>.

Cid, C.; A. Muñoz y M. Pezoa (2008), "Evaluación de la reforma de salud en el sistema Isapres y su impacto en los beneficiarios: informe final 2008". Disponible en <http://www.supersalud.cl/documentacion/569/article-5408.html>.

Concha M, X. Aguilera y J. Salas (1996), "La carga de enfermedad en Chile", Ministerio de Salud.

Engel, E. et al (1998), "Taxes and income distribution: Some unpleasant redistributive arithmetic", NBER Working Paper 6828.

Escobar, Liliana; Bitrán, Ricardo (2014): "Chile: las Garantías Explícitas de Salud", en Ursula Gidion; Ricardo Bitrán; Iñez Tristao (editores); Planes de Beneficios en salud en América Latina, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC, EE.UU.

Feedback Consultores (2000), "Estudio de opinión de prioridades en salud", Comisión de la Reforma de Salud.

Ferreccio, C. e I. Agurto (1996), "Estudio de prioridades sociales en salud", Corporación GREDIS – Fonasa.

Frenz, Patricia; Delgado Becerra, Iris; Villanueva Pabón, Loreto; Kaufman , Jay S.; Muñoz Porras, Fernando; Navarrete Couble , María Soledad (2013): "Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN", Revista Médica de Chile, vol 141, pp 1095-1106.

González, C., X. Aguilera, A. Guerrero, V. Child y H Jiménez (2000), "Indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud", Boletín El Vigía, Minsal, enero-abril.

Infante, A. (2006), "El proceso de implementación del AUGE", Fonasa.

Johnsen, J. (2006), "Health care systems in transition. Norway", World Health Organization.

Jorrat, M. (2010), "Equidad fiscal en Chile: Un análisis de la incidencia distributiva de los impuestos y el gasto social", en *Equidad Fiscal en Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay*, Serie de Equidad Fiscal en América Latina, Banco Interamericano de Desarrollo.

Larrañaga, O. (1996), "Estudio técnico de la reforma de la seguridad social de salud", con participación del Depto. de Economía UCH, GREDIS y Bitrán y Asociados.

Lenz, R. (2007), "Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política", Cieplan, Serie Estudios Socio Económicos Nº 38.

Ministerio de Salud (2002), "Objetivos sanitarios para la década 2000-2010", *El Vigía*, vol. 5, nro. 15.

Ministerio de Salud (2007a), "Boletín Estadístico Fonasa". Disponible en https://fon.Fonasa.cl/prontus_Fonasa/site/artic/20080807/asocfile/boletinestadistico2006_2007.pdf

Ministerio de Salud (2007b), "Verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de Salud con garantías explícitas".

Ministerio de Salud de Chile (2013): "Estudio Verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantía explícitas 2012". Santiago de Chile, Chile (disponible en http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/EVC_web.pdf).

Ministerio de Salud (2014): "Listas de Espera No GES; Garantías incumplidas no reclamadas, retrasos GES", Informe enviado a Comisión Mixta Especial de Presupuesto del Congreso de Chile; mimeo.

Murray, C. (1995), "Cuantificación de la carga de enfermedad. La base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad", *Bol Oficina Sanit Panam*, 118:221-41.

Nazzari, C. et al (2008), "Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con supradesnivel ST, en hospitales chilenos", *Rev. méd. Chile*, vol. 136, Nº 10, p.1231-1239, ISSN 0034-9887.

Oberlander, J. et al (2001), "Rationing medical care: rethoric and reality in the Oregon Health Plan", *CMAJ*, vol. 164, no. 11.

Paraje, G. y F. Vásquez (2012), "Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile", *International Journal for Equity in Health* 11:81.

PNUD (1998), *Informe de Desarrollo Humano*, Cap 7.

Sabik, L. y R. Lie (2008), "Priority setting in health care: lessons from the experiences of eight countries", *International Journal for Equity in Health*, vol. 7, no. 4.

- Sanhueza, R. y J. Ruiz-Tagle (2002), "Choosing health insurance in a dual health care system: the Chilean case", *Journal of Applied Economics*, Vol. V, no. 1.
- Sapelli, C. y A. Torche (1998), "El Seguro previsional de salud: determinantes de la elección entre seguro público y privado, 1990–1994", *Cuadernos de Economía*, Año 35, no. 106.
- Sgombich, X. y P. Frenz (2008), "Proceso de priorización social para la definición de garantías explícitas en Salud", Ministerio de Salud.
- Superintendencia de Salud (2009), "Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud". Disponible en <http://www.supersalud.cl/documentacion/569/article-5353.html>
- Unger, J., P. De Paepe, G. Solimano y O. Arteaga (2008), "Chile neoliberal health reform: An assessment and a critique", *PLoS Medicine*, vol. 5, issue 4. Disponible en www.plosmedicine.org.
- Valdivieso, Vicente; Montero, Joaquín (2010): "El plan AUGE: 2005 al 2009", *Revista Médica de Chile*, vol 138., pp 1040-1046.
- Van de Ven, W. et al (2003), "Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries", *Health Policy*, vol. 65, no. 1.
- Vargas, V. et al (2005), "Una metodología para ajustar y compensar las diferencias de riesgo entre el sistema público y privado de salud en Chile", mimeo.
- Vargas, V. y S. Poblete (2008), "Health Prioritization: the case of Chile", *Health Affairs*, 27(3): 782-792
- Vega J. (2001), "Enfermo de pobre", *Revista Universitaria* Nº 73.

Anexo

Cuadro A-1
Contribución por decil de ingreso a la recaudación de IVA

<i>Decil</i>	<i>Participación en el ingreso (*)</i>	<i>Contribución en recaudación total del IVA</i>
1	1.90	2.5
2	3.32	3.4
3	4.30	4.2
4	5.12	5.0
5	6.49	6.1
6	6.94	7.1
7	8.34	8.9
8	10.94	11.5
9	14.97	16.5
10	37.68	34.9
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

(*) Estimada a partir de CASEN 2011

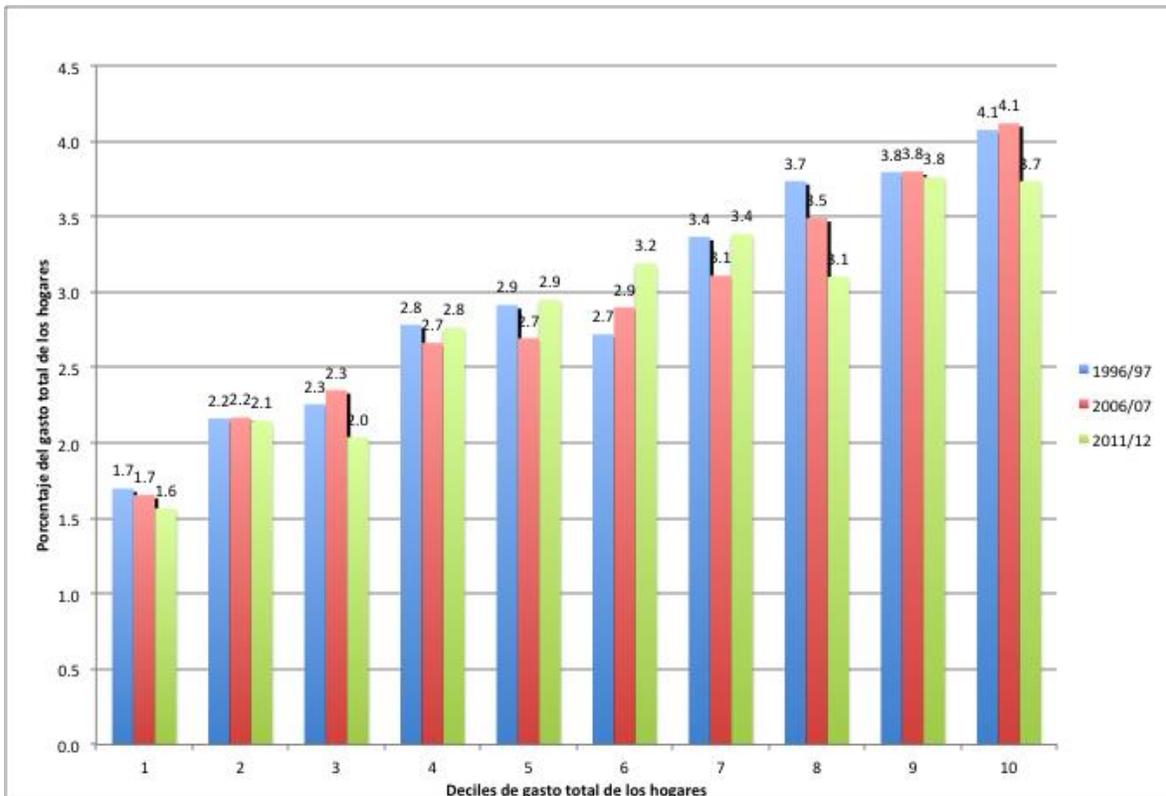
(**) Fuente: Jorrat (2010)

Cuadro A-2
Distribución porcentual de gasto fiscal en prestaciones AUGE

<i>Deciles</i>	<i>Porcentaje gastos en AUGE según Fondo</i>				<i>Total FONASA</i>
	<i>FONASA A</i>	<i>FONASA B</i>	<i>FONASA C</i>	<i>FONASA D</i>	
1	6,1	2,4	0,9	0,3	9,7
2	5,0	3,3	1,3	0,7	10,3
3	4,4	3,7	1,6	1,1	10,7
4	3,7	4,0	1,9	1,2	10,8
5	3,5	4,2	1,9	1,5	11,1
6	2,8	3,8	2,0	2,4	11,1
7	2,3	3,9	2,0	3,0	11,2
8	1,9	3,5	1,9	2,8	10,1
9	1,3	2,5	1,8	3,6	9,2
10	0,5	1,7	1,0	2,6	5,8
<i>Total</i>	<i>31,5</i>	<i>33,1</i>	<i>16,2</i>	<i>19,2</i>	<i>100,0</i>

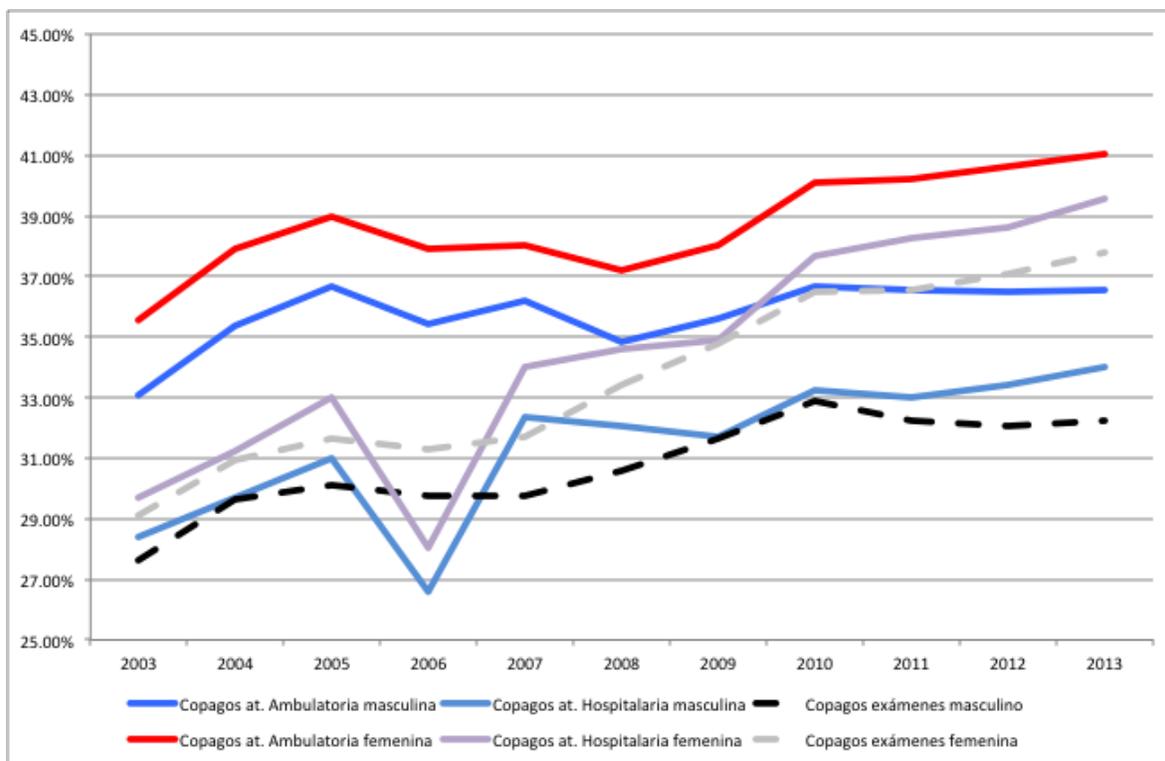
Elaboración propia en base a Encuesta CASEN 2011.

Gráfico A-1
Gasto ambulatorio (copagos médicos y medicamentos) como proporción del gasto total de los hogares (Gran Santiago)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas de Presupuestos Familiares 1996/97, 2006/07 y 2011/12.

Gráfico A-2
Copago en Isapres como proporción del gasto facturado por beneficiario, por nivel de atención y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Salud