

Una mirada crítica en torno al plan AUGE.

Algunos aspectos generales y valóricos

Oscar Román A, Félix Muñoz C.

A critical appraisal to "AUGE" health plan in Chile

The health reform in Chile established a health plan called AUGE that guarantees an access to diagnosis and treatment of certain specific diseases within a time frame that must be respected. This article reviews and analyzes the general provisions of this plan and its management of values. Aspects that were implemented by the reform are discussed, especially those that refer to direct care of the population. The positive and negative aspects of the reform are balanced and are contrasted with eventual changes that should be made from an ethical point of view

(Key words: Health care reform; Health policy; Public health)

Departamento de Medicina, Campus Centro, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago de Chile.

En la actualidad es indiscutible que la salud, sea individual o colectiva, es un bien deseado y apreciado por su valor intrínseco y que facilita o instrumenta el progreso en capacidades y oportunidades.

El problema es establecer si la asistencia sanitaria es un derecho amparado en un principio de justicia y que por consiguiente deba ser garantizado a todos o, que por el contrario, la sociedad mediante su estructura de gobierno deba limitarse a prestar asistencia sanitaria a los que carecen de medios, en virtud del deber de beneficencia.

A pesar de los avances del conocimiento científico médico y de su profusa difusión, se observan a nivel mundial serias y variadas inequidades en materia de salud¹, entendiendo la inequidad como disparidades evitables, innecesarias e injustas². No obstante, es necesario precisar que los

servicios de salud aportan sólo 25% a 40% de las mejoras en materia de indicadores sanitarios³, dependiendo en lo restante de variados determinantes sociales, como el Producto Interno Bruto *per cápita*, la distribución de ingresos, la educación y cultura, las organizaciones sociales, las políticas gubernamentales, vivienda y transporte entre otras, siendo un hecho establecido que las desigualdades en salud constituyen un reflejo de inequidades sociales⁴.

En los últimos 50 años la salud ha dejado de ser una gestión privada de los individuos, para convertirse en un problema público, llegándose a utilizar la expresión "política sanitaria". Esta debe enfrentar el complejo problema de la diferencia de medios y recursos siempre escasos, dejando en evidencia la existencia de carencias, apelando al concepto de justicia distributiva. Cualquiera que sea la política sanitaria a emplear tendrá que hacer referencia a dos niveles distintos: el deontológico o de los principios o valores y el teleológico o de las consecuencias.

Correspondencia a: Dr. Oscar Román A. Huelén 154. Depto. 2. Fono: 2362010. E mail: oscarromanalemany@hotmail.com

Las éticas aplicadas nacieron, más que por imperativo filosófico, por imperativo de una realidad social que las necesitaba en sociedades moralmente pluralistas⁵. La ética aplicada al ejercicio de la medicina y de los fenómenos biológicos, o bioética, exige no sólo médicos virtuosos, versados en su profesión y técnicamente capacitados para beneficiar a sus pacientes, sino también una sociedad abierta ampliamente al consenso en medidas de bien común.

En Chile, a pesar de la mejoría de los indicadores de pobreza y del sostenido incremento de las expectativas de vida, se continúan apreciando variadas y significativas inequidades, particularmente entre comunas, en indicadores de esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y otras⁶⁻⁸. La situación descrita motivó al gobierno del Presidente Ricardo Lagos a desarrollar una Reforma de Salud. Su elaboración fue encargada a un Comité Interministerial, el cual se basó en principios tales como: a) derecho a la salud, que menciona teóricamente mecanismos de protección social, de acceso universal a una atención adecuada y oportuna, considerando las capacidades y recursos del país; b) equidad; c) solidaridad; d) eficiente uso de los recursos; y e) participación social en salud. El Comité mencionado dio origen, entre otros puntos, al plan conocido como "Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (AUGE)", que ha determinado un Plan de Salud Pública y un Plan de Salud de las Personas. Este último focaliza el tipo de beneficiario y garantiza para los pacientes procedimientos diagnósticos, tratamientos y seguimientos en un número limitado y progresivo de patologías específicas. Su puesta en marcha, aprobada como ley, ha sido comentada y criticada, generando objeciones conceptuales a su grupo de trabajo, a sus aspectos funcionales y a otros tópicos de tipo técnico médico. Sin duda, hizo falta una definición previa de la sociedad que deseamos y sus instituciones, y además un grupo de trabajo en el que debió haber estado representado en la "posición original" todo el espectro cromático de la sociedad nacional, y los más documentados^{9,10}. Surgen en consecuencia algunas dudas respecto a la racionalidad y justicia de dicha reforma, siendo de toda conveniencia aportar conceptos que permitan establecer una opinión nacional desprovista de pasión.

Bajo estos considerandos nos permitimos efectuar un análisis crítico, centrándonos en aspectos generales y valóricos de la actual reforma de salud, particularmente en el Plan de Salud de las

Personas y que tienen estrecha relación con la atención médica directa del paciente.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA REFORMA DE SALUD

La actual reforma de salud tuvo como sustrato fundamental mejorar las condiciones de atención a la población desde puntos de vista éticos y científicos y simultáneamente enfocarla a las patologías más prevalentes y más onerosas para el ciudadano común^{11,12}. Desde un punto de vista estrictamente médico-asistencial, los cambios llevados a la práctica se orientaron a mejorar las condiciones de atención médica respecto al acceso oportuno, calidad de la atención y garantía de financiamiento para las enfermedades más prevalentes y de carga económica más considerable para el paciente y el Estado. Se incluyeron afecciones de alta complejidad y gravedad, que han sido denominadas "catastróficas". El AUGE (atención garantizada en salud) nació en pos de solucionar, en la mayor medida posible, el problema de tales enfermedades^{12,13}.

Para poder asegurar una atención completa en lo técnico y solventada adecuadamente en lo financiero, se debió escoger sólo algunas afecciones y no el total de las patologías del país. Ello llevó a limitar la atención asegurada o garantizada a pocas patologías, inicialmente 5, luego 16 y posteriormente 56, que constituyen el total actual. Se determinó así una atención garantizada limitada a un grupo de afecciones del espectro total, lo que recuerda el concepto de "canasta de prestaciones", situación que restringe la atención médica estatal a algunas enfermedades y deja a otras libradas a condiciones de postergación mediante el sistema de listas de espera o de atención de inferior calidad o bien sujetas a las leyes del mercado, en razón de ser menos prevalentes y de impacto emocional y ético menor¹⁴. Hasta el presente el AUGE mantiene una entrega de servicios a 56 patologías, mediante protocolos que garantizan las medidas necesarias para un acceso a diagnóstico, tratamiento y financiamiento sustentado en los principios de la Medicina basada en la evidencia^{12,13}.

Esta limitación para algunas patologías de la ley AUGE ha despertado una controversia sobre el contexto ético de la llamada "canasta de prestaciones", que excluye a las enfermedades poco frecuentes o marginales en importancia pronóstica y con tratamientos caros en relación al beneficio obtenido.

Algunos países, como Dinamarca, rechazan este punto de vista y plantean un tratamiento óptimo para el 100% de las afecciones que cursan en un país¹⁵.

Excluir enfermedades es excluir enfermos, o personas en beneficio de otras, lo que implica olvidar la promoción positiva de la salud. Concentrar los recursos en algunos enfermos es efectuar una restricción por tipo de enfermedad y no por acciones médicas necesarias para todas, opción que es éticamente discutible y que genera inequidad¹⁶⁻¹⁸. La medicina sirve a necesidades humanas comunes y hay valores que ameritan una aceptación y respeto universal, como la autodeterminación de los pacientes y la justicia en su amplio sentido ético-filosófico. Si se promete un sistema de salud completamente igualitario basado en la solidaridad social, con acceso irrestricto al sistema, no se puede aceptar una atención integral sólo en algunas afecciones, situación que representaría un retroceso¹⁵.

Sin embargo, es preciso aclarar que el AUGE fue establecido como un sistema dinámico en el sentido que debe ir mejorando las condiciones de atención de las patologías ya incluidas y agregando progresivamente a otras. Esta imposición de la ley ha llevado a las autoridades de salud a plantear recientemente un aumento del número de patologías aceptadas en el AUGE.

CONSIDERACIONES VALÓRICAS SOBRE EL PLAN AUGE

Señalaremos un conjunto de observaciones que ilustran limitaciones de carácter valórico en el Plan AUGE:

1. En varias patologías incluidas en el plan existen segmentaciones por edad, sexo, gravedad del episodio, especialmente en urgencias (infarto del miocardio), enfermedades con pronóstico serio (Sida) y con significativa repercusión social, como dependencia alcohólica, consumo de drogas, salud dental en embarazadas y otras. Estas segmentaciones atentan contra la integridad de la atención de salud.
2. Existen afecciones que no están incluidas, como los accidentes y violencias, que sólo son consideradas en el rubro de atenciones de urgencia y por tanto se limitan a 2 a 4 días de atención, aunque constituyen la cuarta causa de muerte en el país.
3. La mayoría de las patologías incluidas en el AUGE, segmentadas o no, quedan supeditadas

a normas y protocolos de diagnóstico o tratamiento, que son a lo menos discutibles. Tales protocolos exhiben variaciones y aspectos controversiales según sean los expertos consultados y el momento en que se deben cumplir.

4. La atención integral de salud no debe definirse exclusivamente por el peligro de mortalidad, sino por las complicaciones e incapacidades de larga evolución que determinan muchas patologías, que se denominan crónicas o invalidantes. Además, por sus frecuentes reagudizaciones (enfermedades pulmonares crónicas obstructivas, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes, etc.), determinan un considerable aumento de la demanda de atención. Como el AUGE, en varias de ellas, establece un corte vertical en la atención garantizada, la fase aguda puede ser incluida, pero las etapas posteriores escapan de la atención comprometida por la Ley. Por ello, pueden quedar marginadas algunas de las variadas complicaciones que sufren las afecciones crónicas y que muchas veces requieren intervenciones quirúrgicas o tratamientos complejos. Además, en estas enfermedades crónicas, en su fase inicial asintomática, pero con reconocidos factores de riesgo, es preciso realizar prevención y promoción, acciones que el AUGE no considera. Por tanto, contradice la afirmación aceptada universalmente que un "Sistema de salud" es mucho más que un simple "Sistema de enfermedad"^{5,17,19,20}.
5. Un aspecto cuantitativo a considerar es la proporción de atenciones que incluye en relación al total de atenciones en un determinado lapso de tiempo. Se estima tal proporción en 48%. Las afecciones no AUGE, que constituyen 52% restante, aunque se mantienen en el sistema general de salud, pueden sufrir postergaciones en su atención, tanto en el acceso como en el tiempo necesario para realizar un diagnóstico e instituir la terapia adecuada y tampoco en cuanto a un adecuado sostén financiero. Al respecto es interesante considerar un estudio en la Sección de Nefrología del Hospital del Salvador, que en nefrópatas terminales sometidas a diálisis crónica, constató que la estructura y tecnología hospitalaria eran adecuadas, no así el recurso humano, tanto de médicos como de profesionales de colaboración²¹.
6. Desde un punto de vista socio-político, el AUGE restringe la demanda de atención a un grupo de afecciones, y por tanto, a un determi-



- nado número de pacientes, vulnerando así el derecho a la salud integral de toda la población, lo que forma parte del principio del bien común. Este hecho constituye un atentado ético a los principios de solidaridad y equidad, que informan a un Estado de derecho^{13,20}.
7. En relación al financiamiento, la atención garantizada en un sistema público que presenta importantes falencias y limitaciones, obliga a recurrir frecuentemente a la ayuda del sector privado. De esta forma se favorece, en forma encubierta, la capitalización del sistema privado, pues el Estado, por imperio de la ley, además de financiar gran parte de la atención del sector público, debe cubrir las atenciones garantizadas que exceden su oferta.
 8. Algunos autores piensan que el principio de autonomía de los pacientes para gastar su propio dinero a cambio de beneficios adicionales, tal como ocurre en el sector privado de las Isapre, estaría limitado por la rigidez de las garantías AUGE^{22,23}.
 9. Al estar garantizado el AUGE, o sea las 56 o más patologías en el futuro, los pacientes adquieren el derecho a recurrir a los Tribunales de Justicia cuando las garantías no se cumplen. Este incumplimiento involucra tanto a la administración como a la presunta mala práctica de los médicos encargados, lo que acrecentará la “judicialización de la Medicina”¹³.
 10. La idea inicial de la reforma de considerar afecciones de alta mortalidad y costo (catastróficas) se desdibuja al incluir otras patologías de menor letalidad pero más prevalentes. Ello puede ser adecuado siempre que se hubiera potenciado el rol de la prevención primaria. Al dar énfasis a la atención de patologías de mal pronóstico, realizando una prevención terciaria, se pretende sólo evitar la muerte y no prevenir la enfermedad.
 11. Lo paradójico de nuestra reforma es que en cierto modo pretendió contener costos, pero en el hecho se han necesitado mayores fondos para cubrir las garantías AUGE^{21,22}.
 12. Es importante señalar que, en su dimensión integral, la atención de salud se ha reducido por decisión de la autoridad y no por insuficiencia de recursos o de capacidad de gestión como sucedía antes^{20,22,23}.
 13. El fondo de compensación atenta contra la equidad, pues los contribuyentes de menores ingresos pagarán proporcionalmente más que los de ingresos altos, tanto sean partícipes de FONASA como de ISAPRES^{12,13}.
 14. Epidemiológicamente, el avance de la Medicina ha hecho variar el enfoque desde “enfermedades de personas” a enfermedades o “patologías colectivas poblacionales”, como ha sucedido con la patología geriátrica, la inmunodepresión, la resistencia física, las afecciones por estrés, vacunación, violencia intrafamiliar, drogadicción etc. Por tanto, existe un nuevo paradigma que acompañará al siglo XXI cuyo objetivo fundamental será mejorar y prolongar la “vida sana”. Ello implica disponer de una serie de otros recursos administrativos, de gestión y de recursos humanos, necesarios para modificar conductas de la población. Es necesario, por tanto, impulsar una nueva política de salud de tipo anticipativo del daño, de manera que no quede restringida al manejo de las enfermedades ya declaradas, lo que puede ser considerado como un fracaso^{8,9}. El AUGE no ha considerado este aspecto esencial para el futuro de la medicina, pues es el único que, al parecer, permitirá reducir la mortalidad de la población mundial y nacional^{1,13}.
 15. Otro aspecto que debe llamar la atención es que el AUGE, al garantizar el manejo de ciertas afecciones, ha inducido una sobredemanda por ellas, a veces excesiva, que sobrecarga al sistema de salud. La eficiencia en salud radica en una oferta de servicios técnicamente estructurados y bien realizados gracias a un recurso humano suficiente, de calidad y eficacia reconocidas^{14,22}.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los informes éticos y valóricos sobre la salud y la medicina, se acepta que toda sociedad civilizada debería garantizar a sus ciudadanos un nivel básico apropiado y debidamente consensuado de asistencia sanitaria, cualquiera sea el mecanismo de pago, sea éste por impuestos generales o por cotizaciones o cargas sobre salario, ambas formas presentes en Chile^{16,22}.

La reforma actual de salud y su protocolo AUGE han venido a solucionar en gran parte algunos problemas serios de atención en el sistema público y en todo el sistema nacional²⁴. No obstante, en la práctica se han reconocido algunas deficiencias en

su manejo y gestión, pero es preciso aceptar que el modelo tiene escasos 3 años de marcha efectiva y que es posible mejorar una serie de deficiencias clínicas y de gestión²¹. Pero todo ello no invalida las limitaciones éticas que hemos analizado. Algunas son muy fundamentales, como la segmentación de las enfermedades en su manejo integral, la protocolización en forma rígida y frecuentemente alejada de la medicina basada en la evidencia, la ausencia de manejo inteligente y experimentado por los clínicos especialistas involucrados en su manejo, y otras menores.

Se reconoce además que la piedra fundamental del protocolo AUGE radica en los médicos generales de la Atención Primaria (APS) y en los especialistas de la atención secundaria. El problema ético

principal radica en las variadas deficiencias y limitaciones de la APS, especialmente las referidas al recurso humano, tanto en cuanto al número de médicos generales del sistema municipalizado como de especialistas del sistema público^{25,26}.

La salud debe focalizarse en la persona, en el ser humano, esté ya enfermo o en posibilidad real de serlo. Busca que el individuo se mantenga sano en su integridad cuerpo-mente-cultura y valores éticos. El ser humano debe poder perseguir sus metas vitales y funcionar en el contexto social, cultural y laboral habitual, haciendo uso de sus "oportunidades"^{17,19}. Un sistema de salud éticamente estructurado, debe proporcionar tales oportunidades al ciudadano como un bien común y un derecho humano.

REFERENCIAS

- EZZATI M, LÓPEZ A, RODGERS A. Influencia de algunos factores de riesgo importantes en la carga de morbilidad mundial y regional. *Lancet* (Ed. en español) 2003; 1: 13-27.
- WHITHEAD M. *The concept and principles of Equity and Health*. OMS, Copenhagen 1990.
- DANIELS N, KENNEDY B, KAWACHI J. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus* 1999; 128: 215-52.
- AMARTYA SEN. Health in development. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77: 619-23.
- CORTINA A, GARCÍA-MARZA (Editores): *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Ed. Tecnos. Madrid, 2003.
- SANDOVAL H. El proceso de la reforma de la salud en Chile. En: *Equidad y protección civil*, C Hardy (Ed.), LOM Ed. 2004, Santiago Chile.
- SÁNCHEZ H, ALBALA C. Desigualdades en salud: mortalidad del adulto en comunas del Gran Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 453-60.
- DONOSO E. Desigualdades en mortalidad infantil entre comunas de la provincia de Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 461-6.
- RAWLS J. *Teoría de la Justicia*. 1997. Fondo de Cultura económica. México, D.F.
- RAWLS J. *La Justicia como Equidad. Una reformulación*. 2004, Paidós. Buenos Aires.
- Diario Oficial. Ley 19.937. Modifica el Dto. Ley 2762 de 1979 con la finalidad de establecer una concepción de la Autoridad sanitaria, modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana. Febrero 2004.
- Diario Oficial. Ley 19.996. Del régimen de garantías en salud. Septiembre 2004.
- ROMÁN O. *Reforma de la salud. Análisis Técnico y Político*. Ed. Anubis. 2003. Santiago. Chile.
- LÁZARO P, AZCONA B. Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 1996; 37: 185-98.
- DRANE JF. *Ethics*. Universal medica. 1988.
- KOTTOW M. *Introducción a la Bioética*. Ed. Mediterráneo 2005 Santiago. Chile.
- ROA RA. *Ética y bioética*. 1992 Ed. Universitaria Santiago. Chile.
- CORTINA A. *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. Ed. Tecnos, 1994, 4ª edición. Madrid,
- PESSINI L, DE PAULDE BARCHIFONTAINE C, LOLAS F. *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. 2007 Ed Andes. Santiago, Chile.
- GREEN A. *An introduction to health planning in developing countries*. Oxford Medical Publications. 1999,
- GONZÁLEZ F. Implementación del plan AUGE en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 545-51.
- IBERN P. Las funciones de financiación, compra y provisión de servicios en los sistemas nacionales de salud. *JANO* 1991; 41: 954-65.
- IPINZA M. Evolución del gasto público en salud y lo que el país debiera gastar. Chile 2007. *Cuad Med Soc* (Chile) 2007; 47: 88-98.
- Ministerio de Salud. Secretaría Técnica del Régimen de Garantías. Capacidad instalada del sector público de salud. Informe país. Febrero 2006.
- ROMÁN O, PINEDA S, SEÑORET M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1209-15.
- ROMÁN O, SEÑORET M. Estado actual de las especialidades médicas en Chile: realidad en el sistema público no municipalizado. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 99-106.