



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**LEY AUGE, HERRAMIENTA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD:
VISIÓN DESDE LOS ACTORES INVOLUCRADOS**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

TATIANA ALEJANDRA PUEBLA NUÑEZ

**SANTIAGO DE CHILE
AÑO 2012**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**LEY AUGE, HERRAMIENTA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD:
VISIÓN DESDE LOS ACTORES INVOLUCRADOS**

TATIANA ALEJANDRA PUEBLA NUÑEZ

**PROFESOR GUIA:
CARLOS ANDRADE GUZMÁN**

**MIEMBROS DE LA COMISION:
MARIA ANGELICA PAVEZ GARCIA
MARCELA GUAJARDO OLEA**

**SANTIAGO DE CHILE
AÑO 2012**

Resumen

El Régimen de Garantías se sustenta en un Plan Universal de Salud que debe ser obligatoriamente provisto a todos los afiliados y beneficiarios del régimen de salud común, tanto del seguro público como de los seguros privados, siempre considerando la realidad de los recursos disponibles y la búsqueda de alternativas costo-efectivas requeridas para mejorar progresivamente el nivel de salud, que permitan alcanzar los objetivos sanitarios del país, y resguarde los principios de equidad y solidaridad. En 2005 entra en vigor la Ley del Régimen de Garantías Explícitas (GES) que establece, tal como su nombre indica, las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas al conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas en el Plan AUGE.

Para analizar el impacto que esta estrategia ha alcanzado a seis años de su puesta en marcha, se analiza en este trabajo entrevistas semiestructurada a un grupo de nueve actores que participaron tanto en el diseño como en la implementación de este plan.¹ Teniendo como base el corpus ya elaborado en el proceso de las entrevistas que tiene su enfoque en la exclusión, entendida en este caso por los entrevistados, como ya se explico anteriormente como garantía en acceso, oportunidad y protección financiera), así como también las externalidades De esta manera se pretende la identificación categorías emergentes de recogiendo la mayor cantidad de elementos desde los relatos de los involucrados. Existe una orientación a un análisis más profundo del discurso de cada actor relevante escogido, se pretende crear un esquema que comprenda el mapa de razonamiento que cada entrevistado elabora con respecto al impacto que ha provocado el Auge en la disminución de la exclusión en salud en Chile y por ende en la extensión de la Protección Social de Salud en Chile. Tomando como marco referencial, los procesos vividos en los avances en materia de salud, a consecuencia de la implementación de la Ley AUGE, buscando responder a la pregunta sobre cuál ha sido el aporte de este sistema de garantías explícitas, específicamente a nivel de acceso, oportunidad, y protección financiera, en la disminución de la exclusión social en salud. Por lo tanto el objetivo era conocer la percepción de los actores involucrados respecto al impacto, entendido como cualquier cambio positivo o negativo que haya provocado la Ley Auge en la disminución de la exclusión en salud y por ende en la extensión de la Protección de salud en el sistema chileno.

Es así que para los actores involucrados entrevistados el AUGE es considerado un eje estructurante para los subsistemas público y privado de salud, al intervenir en forma significativa en los resultados de la gestión clínica y sanitaria, al protocolizar las prestaciones en salud, con una calidad definida y estándar. Con ello, estiman que ha demostrado la capacidad de resolver barreras de acceso y mejorar la oportunidad y protección financiera a la población, convirtiéndose en una herramienta eficiente para combatir la exclusión y disminuir la inequidad en Chile. Se perciben, en general, como externalidades positivas el hecho que el AUGE se ha convertido en un referente hegemónico en lo administrativo, clínico, operacional y financiero, que al ser capaz de ordenar el sistema y combatir la exclusión, se ha constituido en un bien público que genera patrones de acción. Asimismo, ha incidido en el manejo de la fragmentación del sistema de salud, al reforzar una lógica de la complementariedad entre los subsistemas público y privado de salud. Sin embargo, destacan como externalidades negativas el impacto negativo en la resolución de las patologías no incorporadas en el Plan AUGE, las deficiencias en la información al usuario, y el inadecuado sistema de registro para la gestión óptima de las garantías.

¹ Cabe señalar que se trabaja sobre un corpus ya existente de entrevistas que fueron realizadas por el departamento de estudios de Fonasa en el contexto de una investigación mayor, cuyo objetivo era analizar la exclusión social en salud de Chile.

INDICE

Resumen	3
1. Antecedentes y Justificación.....	5
1.1. Objetivos del Estudio de Caso.....	6
1.2. Marco Metodológico	6
2. Marco conceptual	8
2.1. ¿Qué es la exclusión en salud?	10
3. Análisis del caso	19
3.1. Análisis del contexto	20
3.2. Oferta Sanitaria	24
3.3. Análisis de la Demanda Sanitaria	31
3.4. Análisis de los resultados Sanitarios	38
3.5. Externalidades positivas.....	39
3.6. Externalidades negativas.....	40
4. Conclusiones y recomendaciones.....	41
5. Referencias bibliográficas.....	44

1. Antecedentes y Justificación

El Sistema de Salud de Chile, ha implementado numerosas estrategias de extensión de la Protección Social en Salud, particularmente dirigidas hacia la población excluida del sistema privado de aseguramiento por razones de condición laboral, social o económica. Esto ha permitido alcanzar una cobertura de aseguramiento cercana al 95% de la población hacia el año 2009(Casen 2009.)

Esta situación de aseguramiento en salud no ha estado acompañada necesariamente de un acceso equitativo y de calidad a la atención de salud. Por ello, con el nuevo milenio, se da inicio a un proceso de reforma sanitaria que enfatiza en el concepto de la salud como bien social y derecho humano esencial, del cual todos y todas, colectivamente como sociedad, somos responsables (Congreso Nacional, 2002).

Un componente fundamental de la Reforma, es el Régimen de Garantías en Salud, en particular la Ley AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), que recoge en su articulado, el mandato gubernamental de avanzar gradualmente hacia el logro del derecho universal a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción de ninguna especie².

El Régimen de Garantías, se sustenta en un Plan Universal de Salud que debe ser obligatoriamente garantizado a todos los afiliados y beneficiarios del régimen de salud común, tanto del seguro público, como de los seguros privados, siempre considerando la realidad de los recursos disponibles y la búsqueda de alternativas costo-efectivas requeridas para mejorar progresivamente el nivel de salud, contribuyendo a alcanzar los objetivos sanitarios del país, y resguardando los principios de equidad y solidaridad.

En este contexto, y tomando en consideración la Ley AUGE, como componente del Régimen de Garantías, esta será entendida en este estudio de caso, como una estrategia implementada en el país orientada a disminuir la exclusión en salud, comprendiendo un conjunto de intervenciones públicas destinadas a contribuir a este objetivo, reduciendo las inequidades en el acceso a los servicios, bienes y oportunidades en salud, así como a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos adversos personales o colectivos. Esta definición acuñada por la OPS (OPS/OMS, 2006), incluye no solo estrategias para incluir a aquellos totalmente excluidos del sistema de salud, sino también las destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención para aquellos que, a pesar de estar cubiertos por algún mecanismo de protección, lo están en forma incompleta o inadecuada. En este sentido, se trata de un conjunto amplio de iniciativas que buscan robustecerse coherentemente, destinadas a incrementar la equidad en el acceso, la utilización de servicios y la participación en el financiamiento.

En esta línea, se entenderá que la explicitación de garantías de aseguramiento representa un estadio más avanzado de las estrategias de extensión de la Protección Social en Salud. Es decir, dentro del conjunto de iniciativas mencionadas, que para la OPS inician con diseños y vínculos entre diversos mecanismos de protección de salud ya existentes para aumentar la cobertura, disminuir la fragmentación y la segmentación, y finalmente, mejorar la equidad, esta supone dar un paso adicional dentro de un contexto de esquemas innovadores de protección basados en derechos garantizados.

² Esta nueva normativa nació en respuesta a la evidencia de inequidades derivadas de la coexistencia de los subsistemas público y privado de asistencia de la Enfermedad Común. Sin embargo no incorporó en la discusión a los beneficiarios del subsistema dependiente del Ministerio de Defensa

Es dentro de este contexto, que se sitúa el presente estudio de caso, tomando como marco referencial, los procesos vividos en los avances en materia de salud, a consecuencia de la implementación de la Ley AUGE, buscando responder a la pregunta sobre cuál ha sido el aporte de este sistema de garantías explícitas, específicamente a nivel de acceso, oportunidad, y protección financiera, en la disminución de la exclusión social en salud.

1.1. Objetivos del Estudio de Caso

Objetivo general:

Conocer la percepción de los actores involucrados respecto al impacto, entendido como cualquier cambio positivo o negativo que haya provocado la Ley Auge en la disminución de la exclusión en salud y por ende en la extensión de la Protección de salud en el sistema chileno

Objetivos específicos:

- Recoger la percepción de los actores, en lo relativo a los cambios producidos en salud en las dimensiones que emerjan en el discurso, a consecuencia de la instalación del Sistema de garantías explícitas comprendidas en la Ley AUGE.
- Dar cuenta de eventuales distancias/proximidades entre los elementos planteados en el diseño de la Ley AUGE y lo que es significado a la luz de su implementación, en los ámbitos de acceso, oportunidad y protección financiera, enfatizando en sus resultados en materia de disminución de la exclusión social.
- Elaborar propuestas para la política social de salud, a la luz del análisis realizado en relación al diseño y la implementación del Sistema de garantías AUGE, en las dimensiones señaladas.

1.2. Marco Metodológico

Cabe señalar que para este análisis se trabajó a partir de entrevistas ya realizadas por el subdepartamento de Estudios de Fonasa que las pretendía utilizar como información en el estudio sobre la Exclusión Social en Salud en Chile (2009). Estas entrevistas son parte de la metodología que se utilizó para poder evaluar el Auge como herramienta elaborada por nuestro país para la disminución de la exclusión en salud. El objetivo de estas entrevistas era conocer desde una perspectiva más subjetiva qué percepción tienen las personas que estuvieron involucradas en todo el proceso del Plan Auge. Cómo evalúan el Auge desde una visión más personal, dada por la experiencia acumulada como actores relevantes en la formulación, elaboración, operacionalización, implementación, monitoreo de este plan, así como también de los usuarios directos del mismo.

En ese marco, se intenta captar la percepción de todos los involucrados, asumiendo así la posición y rol correspondiente en momentos claves del proceso. Se torna interesante conocer desde la perspectiva normativa y operativa todo el contexto político, económico y social involucrado en el esbozo de la estrategia, así como también los pasos técnicos seguidos para definir las priorizaciones y toma de decisiones; y por otro lado conocer las percepciones de la población directamente afectada con la implementación de la estrategia.

Para esto se utilizó la técnica cualitativa de entrevista semi estructurada dado que es la forma más eficiente de recoger la información, porque se utiliza un esbozo previo de temas a tratar que es ajustado de alguna manera al contexto mencionado. Éste va dirigiendo la entrevista en los temas que al entrevistador interesa conocer, específicamente en este caso, interesa que los informantes claves toquen tópicos de contexto, exclusión (entendida como garantía en acceso, oportunidad y protección financiera), así como también las externalidades.

A partir de una estrategia de “recurrencia”, que consiste en revisión de documentaciones y publicaciones respecto al tema se diseñó la muestra de actores relevantes del sector salud, las personas que estuvieron o están involucradas desde lo público, privado, académico o sociedad civil en la planificación o ejecución del Plan Auge; así como también a las personas directamente afectadas con la implementación del mismo. Constituyendo así los siguientes grupos:

1. Informantes claves de nivel macro de la política: Planificadores de la estrategia a nivel normativo. Personas involucradas en los lineamientos generales de la reforma de salud. Conocedores de los objetivos y metas generales.
2. Informantes a nivel medio: Personas involucradas a nivel técnico en la priorización y toma de decisiones respecto a incorporar las prestaciones.
3. Informantes a nivel operativo: Personas involucradas en la ejecución e implementación de la estrategia.
4. Sociedad civil organizada: Personas claves que desde la sociedad civil estuvieron involucradas en la planificación normativa y en la priorización técnica.

A partir de ahí se seleccionó la muestra de “panel de expertos” a los cuales se les extrajo información con la técnica de entrevista estructurada. La información que se pretende obtener es la percepción que tiene cada subgrupo respecto al impacto en la exclusión del Plan Auge, a nivel estratégico, operacional y de utilización en el sistema de salud chileno. Por lo tanto el aporte de este estudio es hacer el análisis de esta información ya existente para poder visibilizar el discurso de los actores involucrados. En el proceso de análisis donde no existirán tópicos específicos a seguir, más bien generales refiriéndose a su percepción respecto a temas que ellos consideren relevantes en el diseño o implementación del Plan Auge, según rol que les haya tocado asumir en el mismo. Teniendo como base el corpus ya elaborado en el proceso de las entrevistas que tiene su enfoque en la exclusión, entendía en este caso por los entrevistados, como ya se explico anteriormente como garantía en acceso, oportunidad y protección financiera), así como también las externalidades De esta manera se pretende la identificación categorías emergentes de recogiendo la mayor cantidad de elementos desde los relatos de los involucrados. Existe una orientación a un análisis más profundo del discurso de cada actor relevante escogido, se pretende crear un esquema que comprenda el mapa de razonamiento que cada entrevistado elabora con respecto al impacto que ha provocado el Auge en la disminución de la exclusión en salud en Chile y por ende en la extensión de la Protección Social de Salud en Chile.

2. Marco conceptual

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define como exclusión en salud la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud (OPS/OMS, 2003). Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la privación de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan.

Para comprender el concepto de exclusión social en salud, es necesario tener en cuenta algunas definiciones previas, en particular el concepto de exclusión social que surge como consecuencia de la falta de posibilidades para acceder a la estructura de oportunidades que la sociedad otorga para que se satisfagan las necesidades de las personas, no solo en salud, sino que en el resto de ámbitos del bienestar.

En términos conceptuales, la exclusión social se asocia con las nociones sobre pobreza material e inequidad. No obstante, supera dichos conceptos, toda vez que la exclusión se relaciona con un proceso que se compone de dimensiones sociales, económicas, demográficas y culturales (OPS/OMS, 2003).

Por pobreza se entiende la carencia de recursos materiales suficientes para atender las necesidades básicas de una población determinada, lo que le impide vivir de una forma digna. La noción de pobreza alude a "factores materiales cuantificables, a aquellos parámetros que en una sociedad pueden ser considerados en un momento determinado como el mínimo vital necesario para poder vivir adecuadamente. El pobre es el que carece de estos medios y, por lo tanto, lo es en un sentido contextual, en función del propio desarrollo global y de los estándares de la sociedad en la que vive. (Jiménez. M 2008, 176).

Por su parte, cuando se habla de inequidad, se hace referencia a diferencias que se consideran injustas y evitables, lo cual entra en un campo de valoración ética ya que cada sociedad y cada grupo social construyen históricamente su concepto de lo inaceptable, lo injusto y lo evitable. Por ejemplo, en América Latina se considera el comportamiento de la mortalidad infantil como indicador de inequidad en salud: es injusto que los niños se mueran de causas evitables, como diarreas o neumonías. Para otras sociedades, como las escandinavas, dado que han reducido sustancialmente la mortalidad infantil, este problema hace tiempo que no está, ni siquiera en el horizonte de la discusión (López Arellano, 2007).

Por tanto, la pobreza desde un enfoque material, se refiere a situaciones de carencia y a población que queda fuera de los circuitos de desarrollo socioeconómico y del disfrute de bienes y satisfactores, y la inequidad hace referencia a situaciones en donde se comparan grupos que de manera desigual se relacionan y se apropian de los recursos y satisfactores.

Por su parte, la exclusión social, hace referencia a procesos de ruptura de la cohesión social y de las redes de solidaridad. En este sentido, se plantea que la exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite más a la integración y a la inserción, mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía que se asocia más con la insuficiencia de recursos (OPS/OMS, 2003). Ello, no obstante, reconociendo que ambos fenómenos se relacionan en muchos casos entre sí, así como también han sido estudiados de manera complementaria desde ambas disciplinas.

En este contexto, se puede plantear que la pobreza no siempre es un buen indicador de exclusión. Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas

necesidades básicas y, al revés, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural. Existe evidencia que demuestra que países con distinto ingreso per cápita poseen el mismo nivel de logros en expectativa de vida y acceso a servicios sociales (Sen, 1999).

En sus inicios, el concepto de exclusión social se utilizó en Europa a principios de los años ochenta, primero en Francia, Italia y los países nórdicos, para hacer referencia a los nuevos problemas sociales y económicos asociados a la globalización, como el empleo precario y el subempleo, la inserción económica, política y cultural de los inmigrantes o la desintegración social producto de diferencias étnicas (Gacitúa y Davis, 2000).

Es así como el surgimiento de nuevas formas de pobreza y marginalización en Europa a fines de los años setenta y la controversia generada en torno a la caracterización de la “nueva pobreza”, asociada con las rápidas transformaciones económicas, contribuyó a consolidar la noción de que la nueva situación socio-económica era de naturaleza estructural y multidimensional y que los nuevos problemas no solo tenían relación con la falta de recursos materiales y las conductas antisociales de los individuos, sino que con otros fenómenos de carácter macro social, tales como el cambio en las condiciones del empleo; la disminución del acceso al mercado laboral e incremento del desempleo de largo plazo; el debilitamiento de los lazos familiares y de la familia como unidad social y económica; el crecimiento de las redes informales de apoyo; el aumento y estabilización de los movimientos migratorios hacia los países de Europa Occidental; y una significativa disminución de la participación social en los procesos de toma de decisión. Específicamente, se definía exclusión social como los mecanismos a través de los cuales personas y grupos son despojados de la participación y titularidad de los derechos sociales, o como un proceso que excluye a una parte de la población del disfrute de las oportunidades económicas y sociales (Comisión Europea, 1997).

A pesar de las diferencias de enfoque en la utilización del término por parte de diversos grupos en Francia, Gran Bretaña y Suecia, entre otros, en la Unión Europea existe consenso en torno a la idea de que la exclusión social, constituye una amenaza a la cohesión social y, en general, se la entiende como un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo, por un lado; y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del Estado de Bienestar de las economías europeas, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro (Spicker, 1997).

En América Latina, el concepto de exclusión ha sido utilizado con algunas variaciones en diferentes contextos para explicar los fenómenos de marginalidad y pobreza que se observan en el continente. Sin embargo, una de las limitaciones encontradas por distintos autores ha sido que no existe un marco teórico, como tampoco los instrumentos metodológicos apropiados al contexto latinoamericano. Más bien lo que se encuentra es una serie de explicaciones aisladas de cada una de las dimensiones o factores que intervienen en la generación de la marginalidad, la desigualdad y de la pobreza (Gacitúa y Davis, 2000).

En este sentido, y para efectos de este estudio, se tomarán los aportes conceptuales del Banco Mundial-FLACSO (2000), para entender el fenómeno de la exclusión social como un concepto multidimensional que tiene, al menos, cuatro características:

1. Existen grupos que son excluidos del acceso a los bienes básicos y a los servicios que determinan el capital humano. Hay individuos que no tienen el mismo acceso a la educación, a la salud y a otros servicios, incluso si no se consideran las diferencias económicas de ingresos.

2. Existe un acceso desigual a los mercados del trabajo y a los mecanismos de protección social de las instituciones tanto formales como informales. Aún para las personas con similares niveles de capital humano y calificación, parece haber un elemento de discriminación que se debe considerar como parte de la exclusión social, más allá de consideraciones puramente económicas.

3. Los individuos se enfrentan también a la exclusión de los mecanismos participativos, mecanismos que por medio de la participación de diversos grupos sociales afectan el diseño, la implementación y la evaluación de programas y proyectos del sector público.

4. Existen grupos con desigual acceso, en la práctica, a la protección y al pleno ejercicio de los derechos políticos y las libertades civiles, incluyendo la negación de los derechos humanos básicos.

2.1. ¿Qué es la exclusión en salud?

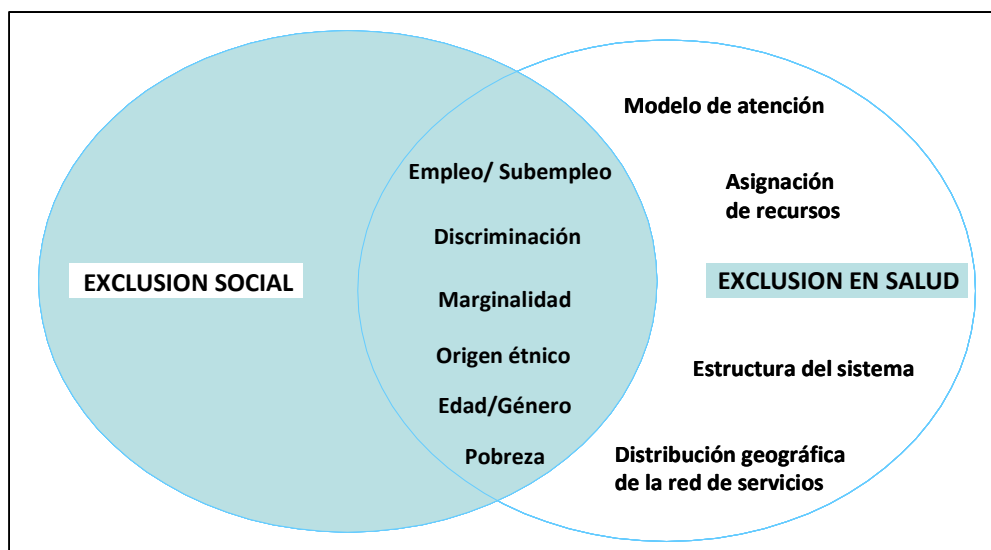
Ya revisados los conceptos anteriores, es posible avanzar hacia la comprensión del concepto de exclusión social en salud.

Se observa que, a diferencia de la exclusión social, la exclusión en salud no cuenta con una definición específica. Se podría argumentar que la exclusión en salud es solo una expresión de la exclusión social. De hecho, gran parte de la literatura en el tema presenta casos de exclusión en salud como un ejemplo -entre otros- de exclusión social (OPS/OMS, 2003). Más aún, en sus definiciones de política, algunos gobiernos incorporan la componente de salud dentro de su definición de exclusión social. Por ejemplo, el gobierno inglés ha definido exclusión social como “lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre en la estructura familiar” (Texto de creación de la Unidad de Exclusión Social por el Primer Ministro inglés, en la página Web de Exclusión Social del Gobierno Británico).

Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social, que es central a la idea de exclusión social, y que parecen depender de variables más propias del sector salud, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de información, que es un elemento determinante de la relación entre los agentes en salud -pacientes, prestadores, aseguradores-, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de complejos mecanismos de interrelación entre dichos agentes (Gacitúa y Davis, 2000).

Teniendo en cuenta estas diferencias, la relación entre exclusión social y exclusión en salud se podría concebir como aparece en el cuadro a continuación:

Figura 1: Relación entre exclusión social y exclusión en salud



Fuente: OPS/OMS, 2006.

De este modo, se concibe la exclusión en salud como un proceso distinguible, que no es posible explicar solo a través de la pobreza, la inequidad o la exclusión social y que se manifiesta con diversos grados de intensidad, tales como la exclusión absoluta de los servicios más básicos; la exclusión determinada por la existencia de listas de espera; el acceso parcial o de menor calidad a un tratamiento o a una tecnología o la autoexclusión dada por mal trato o por enfrentarse a la provisión del servicio en un idioma que no se entiende o dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las creencias del usuario.

La inequidad es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. A raíz de lo anterior, se puede establecer que la inequidad genera exclusión en salud (OPS/OMS, 2003).

Sin embargo, la exclusión en salud puede deberse a causas que no se relacionan con la inequidad, tales como las barreras de ingreso de los trabajadores informales a los regímenes tradicionales de seguridad social dadas por su situación laboral o las barreras idiomáticas que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios de salud.

Por su parte, la estructura de los sistemas de protección de salud parece ser un elemento determinante de exclusión. Los sistemas de protección social de salud que aún predominan en el mundo³ se construyeron bajo la lógica de que el bienestar de los miembros de la sociedad y en especial el de aquellos más vulnerables, depende de sus derechos sociales como miembros de las colectividades a las cuales pertenecen (Figueroa, 2000).

En América Latina y el Caribe el ejercicio de estos derechos, se encuentra limitado por características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres, debido a que los diferentes activos culturales son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida.

³ Los seguros sociales para los trabajadores concebida por Bismarck y el sistema de provisión de servicios sociales de carácter universal modelado por Beveridge.

Los activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social y esto conduce a fenómenos de discriminación.

Esta valoración desigual de los activos culturales implica la existencia de grupos con distinta posición social en la sociedad, en que algunos grupos quedan excluidos de los beneficios que pueden gozar otros de “mayor valoración social” (Bessis, Sophie. UNESCO. París, 1995.) En los sistemas de protección de salud, esto se refleja en la existencia del fenómeno de la segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membrecía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social.

De acuerdo con lo anterior, las principales causas de exclusión en salud, se pueden clasificar como sigue:

Cuadro 1: Causas de la exclusión en salud

CAUSA	ÁMBITO	CATEGORÍA
Déficit de infraestructura adecuada	a. Provisión de bienes/servicios de salud b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud b. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud	a. Provisión de bienes/servicios de salud b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico b. Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación del suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud	a. Geográficas b. Económicas c. Culturales/étnicas (autoexclusión) d. Determinadas por la condición de empleo.	a. Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles b. Incapacidad de financiar las atenciones de salud c. La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias d. Subempleo, empleo informal, desempleo.
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en autoexclusión)	a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud.	a. Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados b. Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas.

Fuente: OPS/OMS, 2006.

Las reformas económicas implementadas durante las décadas de los ochenta y noventa, en la mayoría de los países del mundo, no solo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este período aumentó la pobreza, empeoró la distribución del ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres. Como lo plantea Sophie Bessis, “la aparición de sociedades duales, en las que la extrema riqueza convive con la pobreza más abyecta parece ser en todo el mundo una de las consecuencias más espectaculares de las mutaciones de los años ochenta” (Bessis, 1995).

La exclusión en salud se convierte en un problema importante porque constituye la negación del derecho a la salud. Su análisis se vuelve de gran relevancia al revisar la situación de vulnerabilidad y desprotección en salud que enfrentan miles de personas tanto en Chile como en el mundo. De acuerdo a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 120 millones de personas en América Latina y el Caribe (ALC) no tienen acceso a los servicios de salud, lo que corresponde a cerca del 25% de la población total de la región, principalmente debido a la inaccesibilidad geográfica y económica. Además, cerca de 82 millones de niños en ALC no reciben las vacunas necesarias y más de 160 millones de personas no poseen acceso al agua potable. Asimismo, la baja protección social en salud que existe en la región, al observar que más de 200 millones de personas no cuentan con cobertura del seguro social (Sotelo, 2006).

Por tanto, es necesario referirse y estudiar la exclusión en salud, ya que, tal como establece Amartya Sen, “la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Tomando como punto de partida esta ubicuidad de la salud como consideración social, empiezo por advertir que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. El alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. Pero hay en esta relación otra característica a la que también debemos prestar atención. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana” (Sen, 2002).

El Sistema de Salud de Chile, ha implementado numerosas estrategias de extensión de la Protección Social en Salud, particularmente dirigidas hacia la población excluida del sistema público de aseguramiento por razones de condición laboral, social o económica. Esto ha permitido alcanzar una cobertura de aseguramiento cercana al 95% de la población hacia el año 2009 (MIDEPLAN, 2009).

El Régimen de Garantías se sustenta en un Plan Universal de Salud que debe ser obligatoriamente provisto a todos los afiliados y beneficiarios del régimen de salud común, tanto del seguro público como de los seguros privados, siempre considerando la realidad de los recursos disponibles y la búsqueda de alternativas costo-efectivas requeridas para mejorar progresivamente el nivel de salud, que permitan alcanzar los objetivos sanitarios del país, y resguarde los principios de equidad y solidaridad.

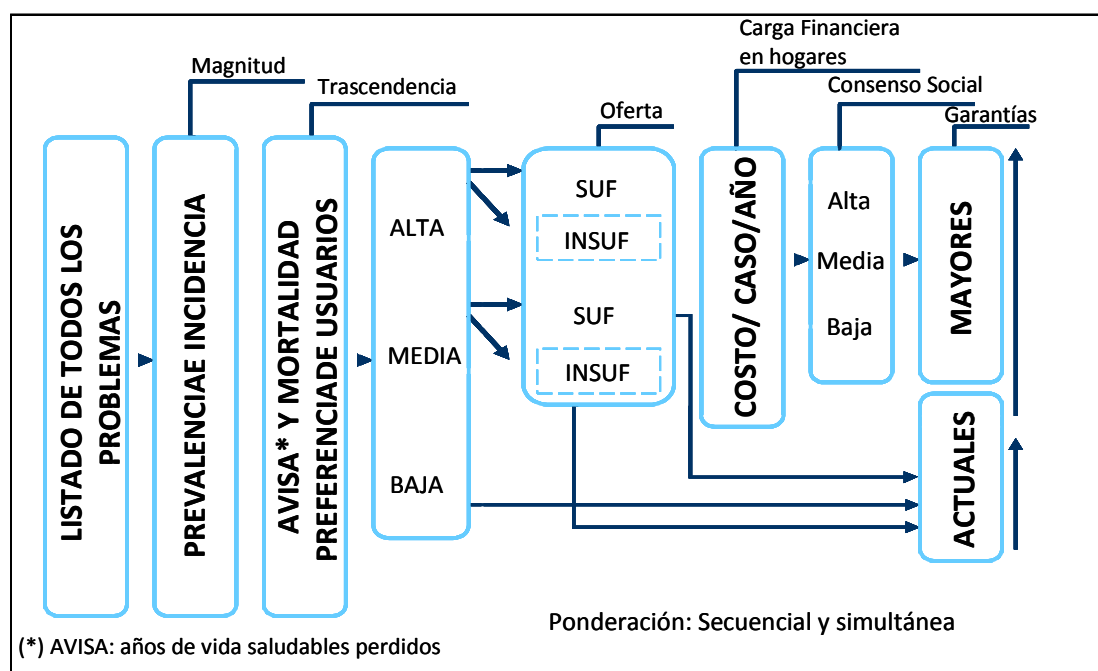
En el 2005 entra en vigor la Ley del Régimen de Garantías Explícitas (GES)⁴ que establece, las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas al conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas en el Plan AUGE.

Con el fin de entregar un parámetro técnico para ajustar el AUGE dentro del marco de los recursos disponibles, se elaboró un algoritmo de priorización (figura 2), que permitió construir

⁴ Ley 19.966. del Régimen General de Garantías.

una escala de puntaje de prioridad sanitaria, considerando criterios de magnitud (número de casos, ajustados por la calidad del dato), trascendencia (AVISA, mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios) y vulnerabilidad (existencia de intervención efectiva). Esto, complementado con el análisis de la capacidad de oferta de las redes asistenciales y la carga financiera a los hogares. Esto, complementado con el análisis de la capacidad de oferta de las redes asistenciales y la carga financiera a los hogares. Producto de este proceso de priorización y análisis de factibilidad por parte de la Autoridad Sanitaria y económica, se establecieron los 56 primeros problemas de salud.

Figura 2: Algoritmo de priorización



Fuente: MINSAL, 2004.

Producto de este proceso de priorización y análisis de factibilidad por parte de la Autoridad Sanitaria y económica, se establecieron los 56 problemas de salud:

Cuadro 2: 56 Problemas de Salud Plan AUGE

CATEGORÍA	PROBLEMA DE SALUD	GRUPO ETARIO
ACCIDENTES GRAVES	Gran quemado	Todas las edades
	Politraumatizado grave	
	Atención de urgencia de TEC (Traumatismo Cráneo Encefálico) moderado o grave	
ENFERMEDADES CRÓNICAS	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	Todas las edades
	Fibrosis quística	
	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA	
	Diabetes Mellitus I	
	Diabetes Mellitus II	
	Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica	
	Hemofilia	
	Hipertensión Arterial primaria o esencial	15 años y más
	Artritis Reumatoide	55 años y más
Artrosis de cadera y/o rodilla		

CATEGORÍA	PROBLEMA DE SALUD	GRUPO ETARIO
	Epilepsia no refractaria	1 a 15 años
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR	Infarto agudo al miocardio	Todas las edades
	Hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma cerebral	
	Trastornos de la conducción que requieren de marcapasos	15 años y más
	Accidente cerebrovascular isquémico	
Cardiopatía congénita operable	Menor de 15 años	
SALUD ORAL	Urgencia odontológica ambulatoria	Todas las edades
	Salud oral integral en niños	A los 6 años
	Salud oral integral del adulto	A los 60 años
TRATAMIENTO DE CÁNCERES	Cáncer Cervicouterino	Todas las edades
	Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	
	Cáncer de Mama	15 años y más
	Cáncer de Testículo	
	Cáncer de Próstata	
	Linfoma	
	Leucemia	Menor de 15 años
	Cánceres infantiles	
Cáncer Gástrico	Menores de 40 años con confirmación diagnóstica y mayores de 40 años con sospecha diagnóstica	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	Hernia del núcleo pulposo	Todas las edades
	Hiperplasia benigna de próstata	
	Disrafias espinales	Recién nacido
	Fisura labiopalatina	
	Tumores primarios del Sistema Nervioso Central	15 años y más
	Escoliosis	25 años y más
	Colecistectomía preventiva de Cáncer de Vesícula	Desde 35 hasta 49 años
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	Infección respiratoria aguda baja de manejo ambulatorio	Menor de 5 años
	Asma bronquial moderada o severa	Menor de 15 años
BENEFICIOS ESPECÍFICOS PARA EL ADULTO MAYOR	Endoprótesis total de cadera	65 años y más
	Vicios de refracción	
	Órtesis o ayudas técnicas	
	Hipoacusia bilateral	
	Neumonía adquirida en la comunidad	
ENFERMEDADES DE LA VISIÓN	Retinopatía diabética	Todas las edades

CATEGORÍA	PROBLEMA DE SALUD	GRUPO ETARIO
	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	Menor de 9 años
	Cataratas	
	Estrabismo	
PARTO/PREMATUREZ Y ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO	Analgesia del parto	Todas las edades
	Prematurez: - Prevención del parto prematuro - Retinopatía del prematuro - Displasia broncopulmonar - Hipoacusia neurosensorial	Menos de 1.500 grs. al nacer o menos de 32 semanas de gestación
	Dificultad respiratoria del recién nacido	
	SALUD MENTAL	Esquizofrenia
Depresión		15 años y más
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas		Menor de 20 años

Se requirió de la preparación del sistema de salud para la puesta en marcha de las Garantías Explícitas. Eso se tradujo para el sector público no sólo en su fortalecimiento, sino en un tensionamiento de sus procesos. Debieron definirse los requerimientos de la Red Pública para dar cuenta de las GES, los soportes financieros involucrados, la capacitación y formación de los recursos humanos. A su vez, se implementaron procesos de pilotaje con talleres para la instalación de procesos a través de orientaciones y adecuaciones guiadas en los Servicios de Salud del país.

Además, durante los años 2003 y 2004 se realizaron procesos de piloto para adecuar las estrategias de implementación y cierre gradual de brechas de oferta.

Es así como desde la perspectiva de los recursos humanos, entre 2004 y 2008 se contrataron 51.661 horas médicas adicionales, donde un 70% fue destinado a las regiones.

El Cuadro siguiente muestra el incremento de algunos equipamientos específicos entre 2004 y 2007:

Cuadro 3: Incremento de Equipamiento para puesta en marcha de Plan AUGE

EQUIPO	2004	2005	2006	2007	TOTAL
TAC	1	7	9	5	22
Angiógrafo	4	3	2	4	13
RNM		3	1	2	6
Mamógrafo		9	28	1	38
Arco C	5	2	7	9	23
Ecotomógrafo		16	12	10	38

Fuente: Ministerio de Salud.

Como se ha mencionado, la exclusión en salud es la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud. Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y/o grupos de la sociedad disfrutan.

Desde una perspectiva de derechos, la exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo.

El fenómeno de la exclusión en salud, por tanto, tiene lugar en la interfase que se produce entre las necesidades de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades. En este contexto se puede decir que el principal objetivo de los sistemas de salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.

En resumen, Es un instrumento de regulación sanitaria que considera Acceso Universal para 56 prestaciones integrales y Garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades (AUGE). Las garantías constituirán derechos exigibles por las personas. De estas 56 prestaciones –que según el cronograma estipulado en el proyecto de ley deberían estar implementándose el 2007– ya se ha iniciado su aplicación con carácter de piloto de tres enfermedades primero (2004), doce después (2005), hasta alcanzar las cincuenta y seis.

Este Acceso Universal con Garantías Explícitas es la herramienta con la que las autoridades del sector salud pretenden cumplir los cuatro objetivos sanitarios que el Ministerio de Salud se planteó para el 2010. Estos objetivos son:

- Responder a los problemas de salud actuales, que son muy diferentes a los de hace cincuenta años.
- Hacer que la atención en salud sea más igualitaria
- Responder a las necesidades planteadas por la población y que pueden no estar dentro de las prioridades sectoriales.
- Mejorar respecto de los indicadores de salud actuales.

Más específicamente, según los textos legales, el Plan Auge busca, Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al (Ley Auge 19.966):

A. Acceso: la obligación del Fonasa e Isapres de asegurar las prestaciones de salud garantizadas a sus beneficiarios en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

B. Oportunidad: es el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. No se entenderán por incumplimiento los casos de fuerza mayor, fortuitos o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

C. Calidad: es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.

D. Protección financiera: es la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen. No obstante, el Fonasa deberá cubrir el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B (con menos recursos) y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a las personas pertenecientes a los grupos C y D (capacidad de pago media).

Es en este ámbito en definitiva que se pretende analizar el AUGE en función de su capacidad para eliminar la exclusión en salud, entendiendo "extensión de la protección social en salud" como el conjunto de intervenciones públicas destinadas a eliminar la exclusión en salud y reducir las inequidades en el acceso a los servicios, bienes y oportunidades en salud, así como a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos adversos personales o colectivos. Esta definición, incluye no solo estrategias para incluir a aquellos totalmente excluidos del sistema de salud, sino también las destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención de salud para aquellos que, a pesar de estar cubiertos por algún mecanismo de protección, lo están en forma incompleta. Por lo tanto, se trata de un conjunto amplio de iniciativas coherentes y sinérgicas destinadas incrementar la equidad en el acceso, la utilización de servicios y la participación en el financiamiento. A través del discurso de los actores involucrados tanto en el diseño como en la implementación del Plan Auge se pretende visibilizar tanto el contexto como la operacionalización de esta herramienta que se implantó en el país como estrategia para disminuir la exclusión de salud en Chile.

3. Análisis del caso

Este análisis se construye a partir de entrevistas realizadas a actores relevantes del sector salud que fueron seleccionados según el criterio de (repetición) en tanto revisión bibliográfica de prensa escrita tanto a nivel de papel como de Internet. El tema principal abordando en las entrevistas es el Plan Auge como estrategia de disminución de la exclusión de salud en Chile, entendida esta como el impacto en el acceso, oportunidad y protección financiera (ejes principales del Plan Auge).

Como se señala anteriormente, este análisis está focalizado en los temas emergentes que se fueron dando en la entrevista obedeciendo a lo que los entrevistados consideraban era importante señalar respecto al Auge; de esta manera se pudo hacer un ordenamiento conceptual según similitudes entre discursos y llegar a los siguientes conceptos a analizar, con sus respectivos esquemas de mapas de razonamiento de los conceptos referidos que son la forma como los entrevistados visibilizan el impacto, entendido como cualquier cambio positivo o negativo que haya provocado el Plan Auge en la disminución de la exclusión en salud y por ende en la extensión de la Protección de salud en el sistema chileno :

1. Análisis del Contexto

- a) Desde la perspectiva de la estrategia
- b) Desde la perspectiva de la meso gestión
- c) Desde la perspectiva de la sociedad civil organizada

2. Oferta Sanitaria

- a) Desde la perspectiva de la estructura
- b) Desde la perspectiva de la gestión
- c) Desde la perspectiva de la relación público-privada
- d) Desde la perspectiva de la calidad

- 3. Análisis de la demanda Sanitaria**
 - a) Desde la perspectiva del acceso
 - b) Desde la perspectiva de la oportunidad
 - c) Desde la perspectiva de los derechos y garantías
- 4. Análisis de los Resultados Sanitarios**
 5. Externalidad Negativa
 6. Externalidad Positiva

Los entrevistados (9) representan la mirada desde la macrogestión (o de nivel estratégico) , la mesogestión (nivel técnico) y la microgestión (o nivel operacional), además de la sociedad civil y los usuarios. A continuación se presentan los resultados del análisis de sus respuestas a la entrevista aplicada:

3.1. Análisis del contexto

a) Desde la perspectiva de la estrategia

Este análisis que se realiza a partir de las percepciones de los entrevistados del nivel estratégico, tiene por finalidad visualizar el contexto general que da origen al AUGE, en el marco de la Reforma de Salud.

El primer aspecto a considerar, es el liderazgo que tuvo el Presidente Ricardo Lagos en la orientación y conducción de las negociaciones para lograr acuerdos con las fuerzas político-sociales, en el parlamento y con los gremios de la salud.

La propuesta presentada por el gobierno, puso el acento en la transformación de derechos constitucionales generales en derechos garantizados crecientes. Desde esta perspectiva, las personas pueden hacer uso del derecho a la salud. Por otra parte, los gremios y algunos parlamentarios consideraron que la presentación del gobierno ofrecía un plan de salud mínimo, el que contemplaba sólo los problemas de salud involucrados en el Plan AUGE, dejando excluidas otras necesidades de salud de la población. La controversia se resolvió, según la percepción de los entrevistados, a nivel parlamentario y con el apoyo de los gremios de la salud, dando forma a un conjunto de leyes, a partir de las cuales surgió el AUGE.

“En el sentido de transformar un derecho genérico a la salud en derecho explícito, eso creo yo que fue que llevó a el Presidente Lagos y concretamente a la actual Presidenta, en tanto Ministra de Salud, en buscar una reforma que aterrizara en algunos elementos prácticos del derecho”.

“En el contexto de la Reforma de Salud, se ofrece como compromiso país...”

A la fecha de la Reforma de Salud, existía una recuperación inicial tanto de la infraestructura como de la oferta tecnológica, lo cual permitió algunos cambios en el modelo de atención. Sin embargo, el modelo de atención vigente no contemplaba la eficacia del cambio epidemiológico y las nuevas necesidades de salud de la población en Chile. La constatación de esta realidad, impulsó la creación de mecanismos e instrumentos costo-efectivos que permitieran modificar la oferta para responder a los nuevos problemas de salud e impactar en la estructura de exclusión social existente. De igual forma, por parte del seguro público, se inició una reforma financiera

que tuvo por propósito garantizar la eficiencia de las medidas que daban soporte al AUGE.

El desarrollo de esta reforma y del AUGE en particular, fue factible gracias al respaldo que entregó el Ministerio de Hacienda, a través de la disposición de los recursos adicionales necesarios para implementar el Plan.

“Si Hacienda no hubiera estado disponible, esto hubiera sido imposible”.

En este contexto, se diseñan los objetivos AUGE, que apuntan a impactar en los indicadores sanitarios con la finalidad de resolver los nuevos problemas priorizados en el Plan. Se busca asegurar que ese efecto no discrimine por condición socioeconómica, lo que apunta a un objetivo de equidad, y por tanto de antiexclusión. Asimismo, se impulsa al empoderamiento de los usuarios en el uso de sus derechos de salud, considerando el marco en que el costo – beneficio de los recursos adicionales asignados por Hacienda fuera favorable, y ello permitiera incrementar el Plan. Se estima que la noción de bien común también es parte de los objetivos del AUGE, en el sentido de ofrecer a la población un instrumento validado por la experiencia sanitaria y por la valoración y satisfacción de los usuarios.

“El AUGE impuso un instrumento que ha revalorizado la salud pública, a juicio de la gente..., porque la valoración social del sistema público pre- AUGE y post- AUGE, es mejor ahora que antes”.

b) Desde la perspectiva de de la meso gestión

Los actores relevantes del nivel meso estiman que cuando se decide implementar la Reforma, el Sistema de Salud público tenía problemas en las áreas estructurales, funcionales y de gestión. Caracterizan al sistema diciendo que existían restricciones legales, falta de voluntad política para realizar cambios sustanciales, y un conjunto de creencias en el contexto de una cultura médica dominante que obstaculizaban el cambio.

Los entrevistados señalan que uno de los consensos en los albores de la Reforma fue el tema de protección social, el cual va posicionando la idea de afectar la exclusión en salud. Se trata entonces de universalizar el derecho, y romper un conjunto de barreras de acceso al sistema. La protección social opera como un marco que fija el alcance en salud del MINSAL y del seguro público.

Para los entrevistados, la explicitación de garantías es el eje central del AUGE, ya que permite el empoderamiento ciudadano, en el sentido de hacer valer y demandar sus derechos en salud. Por lo tanto, uno de los objetivos que debe alcanzar el AUGE es disminuir la exclusión y lograr incrementar derechos universales en Salud.

c) Desde la perspectiva de la sociedad civil organizada

Los entrevistados en este nivel, Sociedad Civil Organizada, concuerdan en que en la Constitución Política del Estado de Chile existen un conjunto de derechos asociados a salud que en los hechos no se otorgan y no son tangibles para los ciudadanos.

Desde esta mirada, los entrevistados consideran que al momento de la implementación del Plan

AUGE, Chile en el plano sanitario estaba “maduro” para iniciar un cambio; ello se atribuye a que la mayoría de los ciudadanos tenía alguna forma de acceso y a que el sistema de salud mostraba avances suficientes en los índices de morbilidad y cobertura general. Sin embargo, paralelamente, el sistema presentaba una gestión que no lograba impactar en el perfil epidemiológico. De acuerdo a su percepción, el sistema más bien se regulaba por listas de espera, y “colas” en el sector público.

Esta situación explica la necesidad percibida de contar urgentemente con un nuevo instrumento que permitiera dar respuesta a las necesidades de la demanda y que ordenara la oferta en función de ciertos criterios establecidos con rigurosidad. Es así que sobre esa base se impulsa y priorizan 56 patologías o problemas de salud que constituyen la columna vertebral del AUGE.

En la actualidad, es importante para los representantes de sociedad civil organizada, resaltar las precauciones que se deben tener desde la perspectiva del contexto económico. En este sentido, se señala que para poder participar en un proyecto como el AUGE, los países necesitan tener como base un determinado nivel de sofisticación en su desarrollo económico.

De alguna manera el apoyo brindado por Hacienda al ejercicio de pre factibilidad (piloto) hecho por el MINSAL, fue primordial para el surgimiento e implementación del AUGE y para relevar la confianza en el sistema público de salud chileno. Cabe mencionar que la misma reflexión financiera realizaron las instituciones de salud privadas (Isapres), las que debieron incorporar e implementar en las primas (financiadas o cofinanciadas) las Garantías Explícita en Salud (GES) como parte de la oferta.

“El AUGE sí cumplió un rol muy bueno al decir “pongámonos” de acuerdo, con el sector privado, con los médicos.... como sociedad del sistema público, de ordenar... Cumplió un rol de priorizar”.

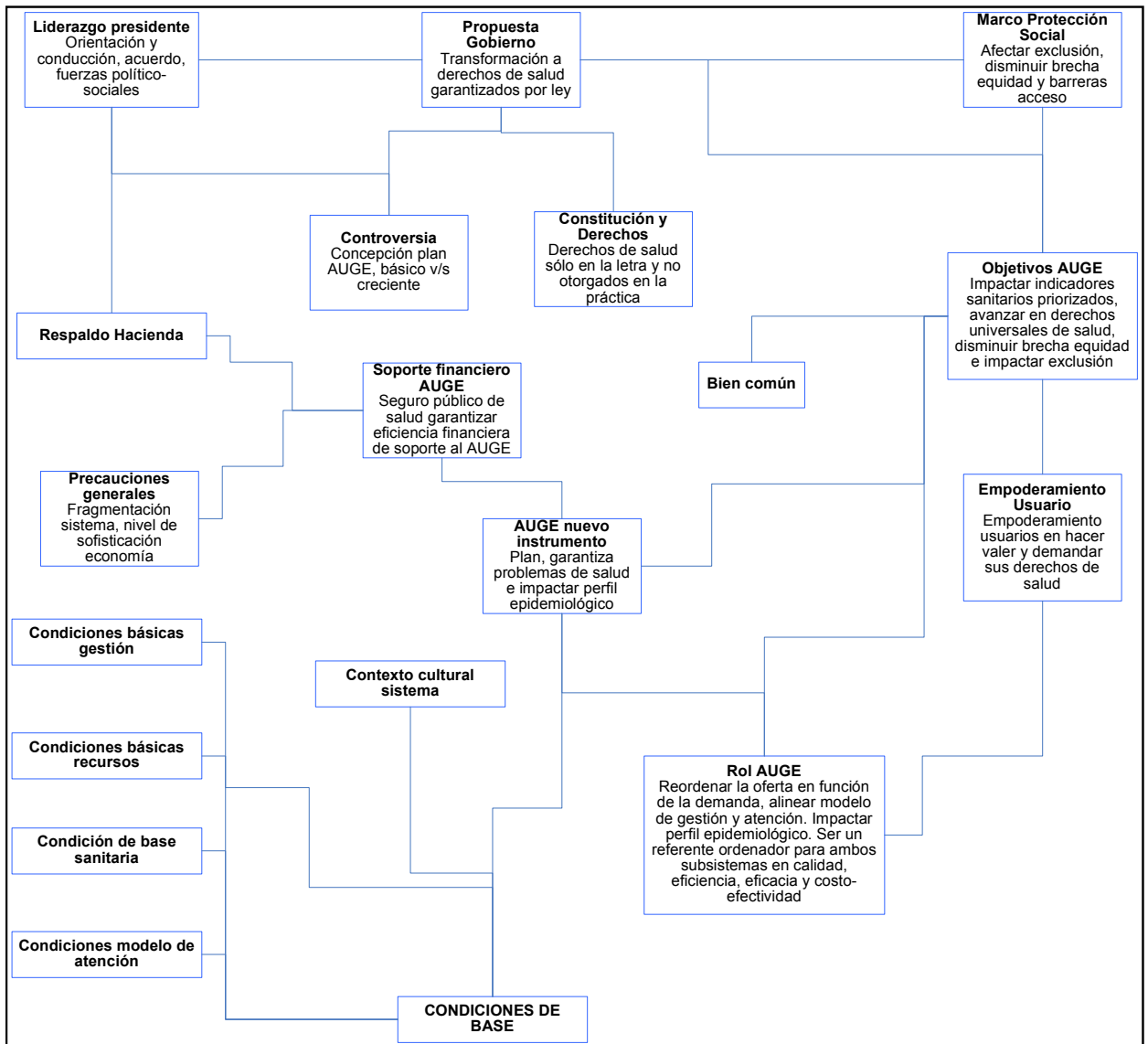
Desde este punto de vista, el AUGE se constituye en un elemento ordenador para ambos subsistemas al elaborar normas, protocolización y estándares consensuados entre el mundo académico, científico y las autoridades de salud. En este sentido, la instalación del AUGE logra transformarse en una creencia de carácter hegemónico que opera como punto referencial para la eficiencia, eficacia y costo efectividad.

“Entonces eso ha ordenado mucho... nosotros usamos la excusa del AUGE, primero porque creemos en él y lo damos por ley, lo segundo, para los no AUGE dice mire aquí hay prestaciones ordenadas, no venga usted, clínica acá del barrio alto a decir que esto tiene que ser en diez días, seis enfermeras, cuatro quirófanos”.

Uno de los aspectos que preocupa a los entrevistados dice relación con la fragmentación del sistema (relación público-privado), puesto que ello eleva el costo promedio a los servicios. Más bien se inclinan por generar redes que busquen una adecuada economía en los dos ámbitos, permitan bajar los costos en salud y cubran más enfermedades.

Una representación global del contexto general se expone sintéticamente en el diagrama siguiente. En él se puede apreciar el tipo de relaciones entre los conceptos, ya descritos el contexto general, que dan origen al AUGE.

Figura 1: Diagrama del análisis de contexto general



3.2. Oferta Sanitaria

a) Desde la perspectiva de la estructura

De acuerdo a la percepción de los entrevistados, el sistema público de salud necesitaba urgentemente generar una nueva estructura, funciones y procesos que diera respuesta al desafío que implicaba el nuevo perfil epidemiológico. Según los actores, existían múltiples duplicidades estructurales y funcionales, lo cual creaba confusión en la gestión administrativa, clínica y sanitaria. Esto llevó a las autoridades, en el marco de las leyes de la reforma, a redefinir gran parte de la estructura y a diferenciar y separar funciones en concordancia con el modelo de atención sustentado por el sistema público de salud chileno.

“Estábamos mal, estábamos con las funciones confundidas, insuficientemente aplicadas, un rol rector que no se estaba cumpliendo, una organización de servicios que era una mezcla entre servicios y supervisión de condiciones estándares”.

“Había un montón de cosas que las estábamos haciendo mal desde el punto de vista de la organización de la oferta, desde el punto de vista de no escuchar la demanda, del estar trabajando no en función del perfil epidemiológico de la demanda efectiva”.

Los entrevistados concuerdan al decir que se realizó un gran esfuerzo en preparar al sector público de salud para desarrollar e implementar el AUGE. En definitiva, se pretendió crear un sistema que fuera capaz de reordenar una oferta restringida para satisfacer la demanda de los beneficiarios asociados al seguro público de salud. Esto significó ajustar y alinear el modelo de atención con una mirada puesta en la demanda. Desde este contexto, surge la necesidad de diseñar un modelo para la gestión de garantías otorgadas por el AUGE.

“Hubo tremendos cambios. FONASA, ... desde las sucursales que generalmente estaban acostumbradas a vender bonos, ahora tienen que tener un conocimiento, porque la gente empezó a cambiar sus ideales, empezó a cambiar su mirada de fondo”.

Los actores de los distintos niveles concuerdan en que no siempre el ajuste de dotaciones en salud ha sido óptimo, específicamente cuando con las mismas personas y restricciones de movilidad se buscan equilibrios respecto a la desconcentración y/o descentralización en nuevas estructuras y funciones. Se refieren específicamente, a modificaciones de la estructura y diferenciación de funciones introducidas en el marco de la reforma en el sistema de salud chileno.

Desde una mirada retrospectiva, los actores manifiestan que pese a que en salud se contaba financieramente con un marco presupuestario estrecho, se había avanzado en equipar tecnológicamente al sector público, lo que permitía dar una respuesta robusta con sus propios recursos a gran parte de la demanda asociada a los nuevos 56 problemas de salud que significó el AUGE.

“Se ha puesto tecnología..., electrocardiogramas así que se hacen por telemedicina, osea, hoy día, Chile está, se achicó, digamos, gracias a esa tecnología y eso en un 20% te puede salvar una persona de la muerte”.

b) Desde la perspectiva de la gestión

Todos los actores reconocen que el AUGE tiene un carácter ordenador del sistema. Esta especificidad se debe a que está basado en la aplicación de estándares asociados a protocolos y guías clínicas que tienen tiempos y recursos acotados y son usados como referentes para la gestión.

Para el seguro público es fundamental no solo contar con la acreditación administrativa y clínica de los prestadores, sino que, además, se sitúen desde la demanda para definir su cartera de servicios y usen toda su capacidad de gestión para entregar una respuesta oportuna. Esto muestra que es prioritario ajustar el modelo de gestión de garantías, donde los prestadores del sistema público debieran enfocarse desde la demanda por patologías. Los cambios que conlleva esta mirada, deben complementarse con una capacitación que impulse un cambio cultural en la manera de hacer las cosas.

“Éste es uno de los grandes problemas que hemos tenido y que nuestra realidad, serían siempre en el Ministerio, o sea, si el Ministerio se para desde la oferta siempre. Nosotros tratamos de pararnos desde el lado de la demanda, pero potenciando ciertos puntos. Es decir, yo me paro en la demanda y te exijo, exijo que esa demanda sea resuelta en el sector público”.

Para los actores del nivel estratégico, meso y operacional, una gestión que privilegie la compra de servicios a privados por sobre la compra a servicios públicos de salud, corre el riesgo de fracturar el sistema y desfinanciar el sector público de salud.

La mayoría de los entrevistados concuerda en que uno de los temas que más dificultades ha generado a la gestión es no contar con un sistema informático eficiente. Si no se registra adecuadamente, o no hay un sistema único, no se tiene información con respecto a quién otorgar las prestaciones, lo que origina una barrera informática para la gestión clínica y administrativa. La no integralidad del sistema informático ha generado permanentemente una controversia entre las entidades públicas, lo que ha redundado en una falta de coordinación en el cumplimiento de las garantías.

Al evaluar las condiciones en que se realiza la gestión, los entrevistados informan de un conjunto de situaciones que la dificultan. Específicamente se refieren a las variaciones o aumento que se producen en los costos de las canastas asociadas a algunas patologías AUGE, al afirmar que los Servicios de Salud y hospitales deben suplir con presupuesto histórico las acciones no AUGE, lo cual se traduce en listas de espera y desplazamiento de la oportunidad de la prestación. Consecuentemente, el costo de producir algunas prestaciones AUGE en ciertos puntos de la red de prestadores públicos es más alto que la oferta realizada por las redes privadas para las mismas prestaciones. En esta situación, la compra a privados para una entidad pública pasa a ser una mejor opción para cumplir con las garantías. Otro camino observado en las entidades públicas, ha sido subdiagnosticar y dejar de otorgar dichas prestaciones.

Además, señalan la situación generalizada que dificulta la gestión de muchos gestores de red y directores de hospitales públicos dice relación con la denominada “compra interna”, donde los directores de hospital realizan esta compra aún cuando no se cumple con la producción interna, y se realiza con los mismos médicos usando la infraestructura pública.

“Hay servicios y en ciertos tipos de servicios clínicos, en que los propios clínicos frenan la producción para que les compren a ellos”.

Esta observación es relevante debido a que es una de las distorsiones con las que cualquier

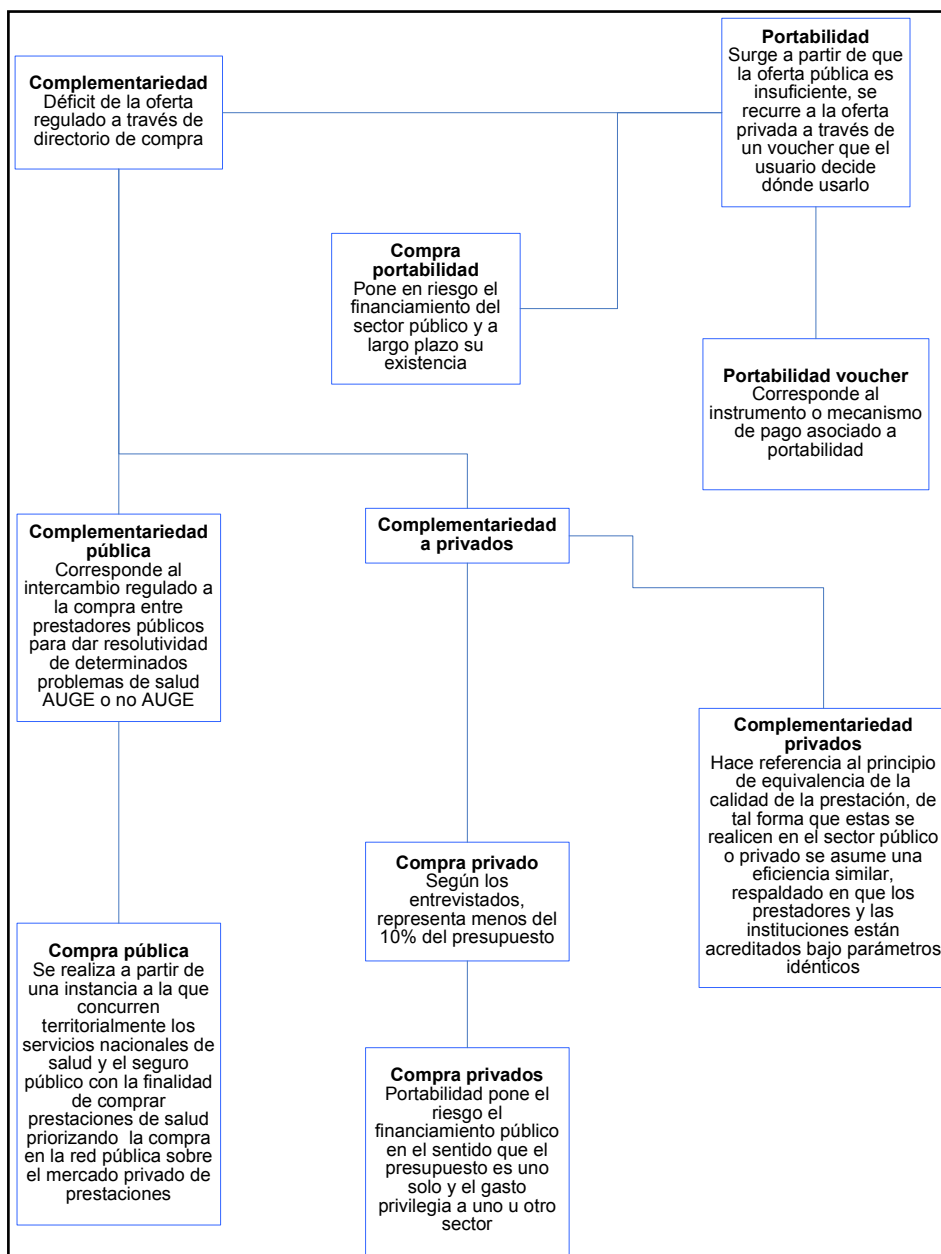
gestor de hospital podría encontrarse al implementarse un plan como el AUGE; esto porque es un programa que tensiona el sistema al máximo, ya que la situación de no cumplimiento de una garantía explícita por ley, puede dar origen a una demandada judicial. Los actores del nivel estratégico y meso estiman que la situación descrita en el párrafo anterior abre un tema ético a resolver.

c) Desde la perspectiva de la relación público-privada

La complementariedad para el nivel “Sociedad Civil “Organizada”, se asocia a la portabilidad como mecanismo de pago y forma de dar una respuesta rápida y eficiente para resolver los problemas de salud de los usuarios. Se considera como un mecanismo de empoderamiento para que el usuario haga uso su derecho a la salud, elija el tipo de salud que requiere y, en una segunda línea de pensamiento, se vincule a una forma de regular la calidad en el mercado.

El diagrama siguiente muestra la dinámica de la complementariedad, la cual se refiere a situaciones de carácter colaborativo en los binomios público-privado, público-público o privado-privado. Ambos subsistemas de salud han generado redes de prestadores y han reordenado su propia oferta para satisfacer la demanda del sector. La complementariedad se produce cuando en un punto de la red la oferta no es suficiente para suplir la demanda.

Figura 2: Diagrama de la complementariedad público-privada



La modalidad operacional diseñada para suplir este déficit en el sistema público de salud, se realiza a partir de la instancia “Directorios de Compra”, a la que concurren territorialmente los Servicios de Salud y el Seguro Público, con la finalidad de comprar prestaciones de salud. En esta instancia se prioriza la oferta de la red de prestadores públicos sobre las entidades oferentes en el mercado privado. La ocurrencia de este hecho motiva una compra pública regulada en otros puntos de la red asistencial; si ello no es posible, se recurre entonces a la compra privada.

Para los entrevistados de la sociedad civil organizada, la complementariedad incluye la compra entre las redes de prestadores privados y públicos, lo que hace referencia al principio de equivalencia de la calidad de las prestaciones. De esta forma, las prestaciones efectuadas en el sector público o privado se asumen como equivalentes por cuanto los prestadores y las instituciones de salud están acreditadas bajo idénticos parámetros. Así, lo que interesa en última instancia es el resultado en la productividad e impacto sanitario.

Para los entrevistados de los niveles estratégicos, meso y operacional del sector público, la portabilidad no es una opción aceptable, ya que pone en riesgo el funcionamiento del sistema público y atenta contra su propia existencia. Esto se debe a que el presupuesto es uno solo y el gasto privilegia uno u otro sistema, lo cual podría conducir al sector público a un nivel de ineficiencia que, finalmente, no justificara su existencia.

“La otra dificultad que encuentro yo, que no sé si llamarla dificultad o no es que nosotros tenemos una gran deuda todavía con la ciudadanía. No le hemos entregado totalmente los elementos para que hagan uso de sus derechos. O sea, todavía ahí no manejamos que no vamos a afectar al sector público, que cuidado, no vamos a provocar desequilibrio en el sector, presupuestario”.

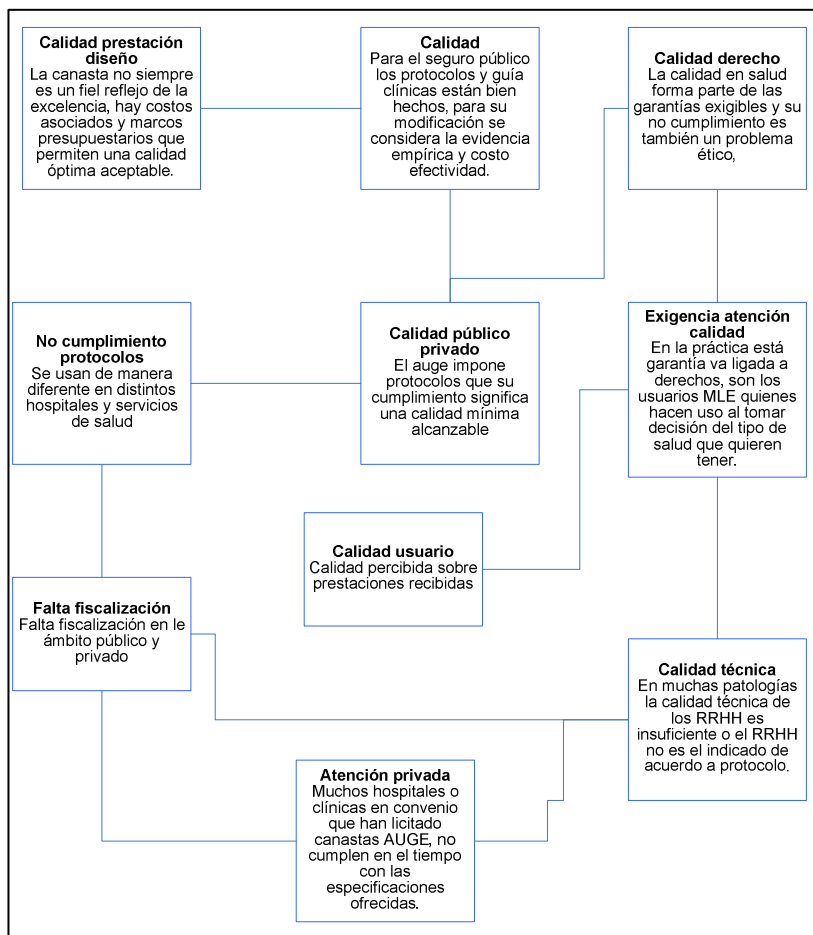
“Yo no estoy de acuerdo en el voucher, como yo respondo a una visión de un AUGE que es de derechos y de derechos crecientes, no como un mínimo, sino como una aspiración máxima que va creciendo,..., a mí me parece que la garantía de estas prestaciones deben ir de la mano de un fortalecimiento del sector público que asegure el acceso efectivo y no que minimice las posibilidades reales”.

d) Desde la perspectiva de la calidad

La percepción de los actores claves en los distintos niveles permite considerar que diseño de protocolos y las canastas asociadas representan un nivel de calidad aceptable para la resolución de los problemas AUGE.

El diagrama que se presenta a continuación intenta mostrar la relación dinámica entre los conceptos asociados a calidad en el marco de la gestión de las garantías explícitas de salud.

Figura 3: Diagrama de la calidad



Para el nivel de la sociedad civil organizada, el acento diferencial en calidad está puesto en la atención, en los recursos involucrados y en la capacidad de gestión del sistema. Ello nos lleva a considerar que la calidad tiene una cara que está asociada a la forma de atención, al contenido técnico y a los recursos involucrados para hacer posible la atención otorgada.

Al considerar la percepción del conjunto de los actores relevantes, se puede observar que estos advierten la presencia de varias situaciones contradictorias relacionadas con la calidad en sus distintas expresiones. El elemento común percibido a la base de estas contradicciones, se atribuye a una falta de fiscalización de la entidad pertinente en los ámbitos público y privado. En lo particular, señalan que a pesar que el AUGE impulsa, exige el uso de protocolos y canastas asociadas como un estándar para garantizar la prestación otorgada.

Existen servicios de salud en la red pública y clínicas privadas que entregan prestaciones diferentes; en algunos casos éstas incluyen elementos distintos en sus canastas y/o los profesionales no son los especialistas requeridos en protocolo.

Esta falta de fiscalización se hace extensible a situaciones donde se licitan canastas AUGE a clínicas privadas, las cuales a juicio de los actores de la sociedad civil se incumplen.

La percepción del nivel sociedad civil organizada, muestra que la calidad profesional en la atención de algunas patologías, tanto en clínicas privadas como en hospitales, no es la más adecuada; la valoración que en este caso hacen se refiere directamente a la capacidad técnica de los recursos humanos involucrados en patologías específicas.

“Incluso los médicos que hay en las clínicas no son ni siquiera nefrólogos...los doctores son de medicina general. Yo siempre digo a lo mejor, doctor, usted es muy buen pediatra, pero en diálisis no entienden”.

De igual forma, se ve una contradicción en relación al uso de los derechos para exigir calidad en el sector público, en cuanto a las respuestas de oportunidad, atención y trato. Al respecto existe una percepción muy marcada por parte del nivel sociedad civil organizada que cuando se paga se obtiene una mejor atención, unida a prestaciones de mayor calidad.

De acuerdo a la percepción de los actores relevantes del nivel meso y operacional, un buen indicador para medir cuando la calidad es aceptable, es considerar los protocolos AUGE y sus canastas asociadas, entendiendo que la calidad de ellas se genera a partir de los recursos disponibles en el sistema de salud público. Desde esta perspectiva, el seguro público tiene una convicción fundada que los protocolos y guías clínicas están seriamente realizadas; en consecuencia, sirven de base y referente para el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad y calidad tanto en el sistema público como en el privado. En este sentido, los actores del nivel estratégico, meso y sociedad civil organizada estiman que cualquier cambio que se desee realizar debe contar con la suficiente evidencia empírica y demostrar su costo - efectividad.

“La persona va a tener su tratamiento, en este caso, infarto agudo, de acuerdo a guía, que es trombolisis con estreptoquinasa, el tenecteplase lo usamos en este servicio por un tiempo, es una estreptoquinasa mejorada, pero no está mencionada en la guía”.

3.3. Análisis de la Demanda Sanitaria

a) Desde la perspectiva del acceso

Los entrevistados refieren que uno de los principales problemas de acceso son las barreras geográficas, económicas, étnicas, y de información. Consideran también, las barreras del propio sistema, las cuales dificultan las posibilidades de acceso y se pueden asociar a exclusión. Ejemplo de ello, es no tener acceso a todos los pacientes, ya que el sistema está diseñado para que lleguen a los establecimientos de salud, y no al revés, dejando de lado poblaciones significativas, como los migrantes.

Los entrevistados estiman que las barreras de acceso geográfico tienen al menos tres caras: la ruralidad y dificultades físicas del acceso por problemas geográficos; las distancias y las condiciones de movilización; y por último, las condiciones climáticas en general.

Las barreras mencionadas muestran algunas especificidades. Por ejemplo, con respecto a la ruralidad, éstas están cubiertas por las redes asistenciales públicas a nivel nacional. Las distancias y condiciones de movilización dependen más de las condiciones socioeconómicas y culturales que de la existencia básica de otros sectores y servicios públicos, como la locomoción colectiva. Esta barrera si bien es soslayable, es probable que afecte las garantías de acceso y oportunidad al no cumplir con la calidad adecuada para producir el impacto sanitario en forma óptima (ej. IAM). La barrera que guarda relación con las condiciones climáticas interfiere a nivel estacional, se constituye en una importante barrera que impide a los usuarios hacer uso de las redes asistenciales disponibles para la comunidad, tanto en infraestructura, como a nivel profesional y técnica.

“Yo no puedo negar que efectivamente las personas que viven en los sectores rurales, donde a veces no hay locomoción, tienen que moverse en base al favor de algún vehículo particular que exista en algunos sectores, obviamente, que ellos no van a llegar dentro de las horas que uno esperaría para poder acceder a una trombolisis en las condiciones que va a tener el resultado y el impacto sanitario que es el que se espera”.

“Claro, que no pueden salir en una semana de ahí y no puedes garantizar absolutamente ninguna garantía de oportunidad o de lo que sea, porque no puedes salir de ahí.”

Existe coincidencia en los actores relevantes de los niveles Estratégico, Meso y Operacional, al considerar que los indicadores sanitarios chilenos son mejores que el promedio de la región; sin embargo, advierten que estos ocultan desigualdades - según el origen y los estratos socioeconómicos- que marcan inequidades que afectan a los grupos más vulnerables.

“Hay barreras, siguen habiendo barreras culturales, socioeconómicas, de desigualdad que son brutales. No solamente la píldora. El tema del acceso, por ejemplo, que es un tema relevante desde el punto de vista de la exclusión social”.

Por otra parte, al considerar los distintos desarrollos regionales en salud, así como las capacidades técnicas, de infraestructura, y de tecnología a nivel local, los entrevistados perciben una inequidad de acceso en el país. En ese sentido, se hace una distinción al significar como protección financiera de acceso real a aquella que involucra la oportunidad y calidad de las prestaciones.

Desde la mirada operacional se refieren situaciones que desde el sistema generan barreras de

acceso, al tener que priorizar de acuerdo a los límites que impone el presupuesto o al tener en cuenta el peso que impone el servicio de la deuda con los proveedores.

“Ellos mandan, pero obviamente que está acotado el déficit de treinta y seis con el Hospital privado.....por lo tanto, ellos saben que tienen que escoger pacientes y ahí, entremedio, se les van a ir quedando algunos, no por mala voluntad ni porque no lo quieran diagnosticar, sino que porque van a priorizar y van a tener que elegir”.

En relación a la autoexclusión, los entrevistados asocian ésta principalmente a aspectos discriminatorios relacionados con el trato, estigmatización -étnica, cultural, migratoria- y factores socioeconómicos. En este sentido, se observa coincidencia en la apreciación de parte de los niveles Meso y Operacional respecto al problema de migraciones, las cuales son consideradas poblaciones vulnerables que quedan al margen de los beneficios del sistema público y, por tanto, aumentan su riesgo de enfermar. A su vez, agregan que estas poblaciones excluidas se organizan para satisfacer sus necesidades de salud en torno a otros parámetros y paradigmas, sin desechar la medicina occidental. En este sentido el concepto de exclusión puede variar, ya que otro tipo de “medicina” o forma de organización cumple la función de satisfacer las necesidades de salud de estos grupos.

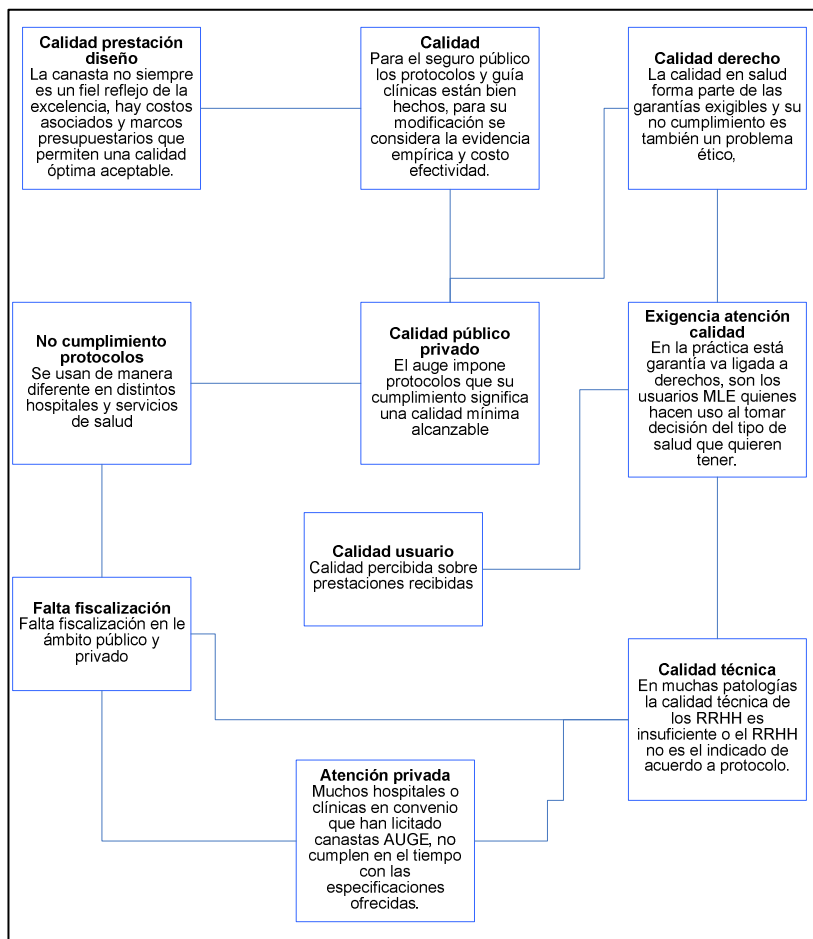
“Nosotros tenemos acá a una gran cantidad de población peruana, muchos de ellos indocumentados y, por lo tanto, sin ninguna información de ningún tipo y, aquéllos que están documentados, que incluso muchos de ellos tienen rut y están incluso inscritos en los consultorios, tampoco tienen información ..., obviamente que ésa es una exclusión evidente”.

“En el modelo el componente intercultural históricamente fue leído sólo como pueblo originario. hoy día tiene incorporado...los pueblos inmigrantes, no están en el modelo, hay un elemento que está quedando afuera y todo esto lo trabajamos en función del modelo de salud occidental pero en el sistema de salud, la promoción de la salud y el auto cuidado en los sectores periféricos de las grandes ciudades ya tienen toda una organización, toda una cultura, una red de prestadores voluntarios ad honorem, contra trueque etc. que están ahí digamos y utilizando hasta medicación occidental y también medicación autóctona”.

b) Desde la perspectiva de la oportunidad

Si bien la garantía de oportunidad AUGE tensiona y ordena el sistema público de salud, los entrevistados perciben que donde se necesita un mayor ajuste estructural y de gestión para un mejor cumplimiento, es en ámbito de la gestión de las listas de espera. Al respecto, el nivel estratégico y meso considera que las listas de espera no están asociadas al AUGE, en cambio, en el nivel Operacional de las redes públicas, se tiene una experiencia que indica que éstas inciden fuertemente en el cumplimiento de las garantías. Básicamente, se refieren a las limitaciones que impone el presupuesto en la asignación de recursos y a las dificultades que implica en éste y otros ámbitos la transformación (autogestionados) y acreditación de hospitales.

Figura 4: Diagrama de la oportunidad de la atención



Los distintos niveles reseñan la presencia de un “manejo”, no de una gestión de las listas de espera, aludiendo a que no se diagnostica en forma adecuada y, en algunos casos, se da la presencia de subdiagnósticos, lo cual retrasa la garantía de oportunidad. En el caso del AUGE, la mayoría de las garantías se aplican a partir del diagnóstico. En lo no AUGE, los entrevistados estiman que no existe transparencia de las listas de espera, lo que hace que no se puedan medir y gestionar correctamente. De acuerdo a las consideraciones de los entrevistados, las listas de espera son casi un “misterio”.

“El problema más serio aquí,...es que no hay un sistema que gestione las listas de espera, nadie sabe qué son las listas de espera,...o sea, en estos tres meses, en total de noventa días, ¿qué es lo que pasó? Finalmente aquéllos que están esperando más de dos meses y empezaron a buscar a la gente que esperaba más de dos meses y empezaron a dejar de hacerlo para las personas que esperaban menos de seis meses para hacer lo que les obligaba. entonces hubo una sustitución”.

Para los entrevistados del nivel meso y operacional el manejo del presupuesto, la capacidad de pago de los servicios de salud, el endeudamiento de los hospitales y los convenios con privados externos e internos, son los factores más relevantes asociados a la capacidad de cumplimiento de la garantía de oportunidad en el sistema de salud público. Esto se acentúa en la percepción que tienen los actores relevantes del nivel operacional.

Los niveles estratégico, meso y operacional estiman que en el sistema público existen “complejos” intereses profesionales contrapuestos a los objetivos y metas institucionales que aumentan artificialmente las brechas de resolutivez y disminuyen las posibilidades de cumplir las garantías de oportunidad. Por diferentes razones, los entrevistados perciben que el sector público no está suficientemente maduro, y que su capacidad de oferta es insuficiente para satisfacer la demanda y cumplir con las garantías de oportunidad. En este sentido, se afirma en el nivel sociedad civil organizada que “al sistema público le quedo chico el AUGE” lo cual conlleva a la compra de prestaciones en el sistema privado, con las correspondientes transferencias de recursos. Respecto a este punto, los actores relevantes del nivel estratégico y meso estiman que la transferencia de recursos públicos a privados es considerada baja -menos de un 10% del total del gasto- y que prácticamente esta focalizada en una sola prestación.

“El sector público todavía no está lo suficientemente preparado ni internalizado sus problemas, su concepto del auge como para que responda con los tiempos y con la agilidad a la gente”.

“Nosotros no hemos tenido que recurrir tanto al sector privado como pareciera ser. nosotros recurrimos poco al sector privado. nosotros tenemos un gasto del sector privado mucho menor al diez por ciento del presupuesto, mucho menor, mucho menor. y casi todo está dado, noventa y seis por ciento de lo que nosotros compramos al sector privado es hemodiálisis”.

En algunas ocasiones los pacientes con determinadas patologías, (por ejemplo. insuficiencia renal crónica, VIH o hepatitis B y C), necesitan instrumental que queda inmovilizado y no pueden compartir, lo que dificulta en estos pacientes el cumplimiento de la garantía de oportunidad.

La falta de información específica con respecto al AUGE, dificulta a los pacientes el uso de sus garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, especialmente porque la cobertura de cada patología en muchos problemas de salud, es parcial o condicionada. En este sentido, el AUGE es percibido por los entrevistados como poco transparente para los usuarios y proveedores. En términos concretos, se piensa que existe hacia los usuarios una asimetría de información que dificulta la exigibilidad del cumplimiento oportuno de la garantía. Todos los actores comparten la apreciación de que el sistema informático SIGES, a la fecha, no funciona

óptimamente perdiendo confiabilidad para quienes planifican, lo que no permite la focalización y detección de donde intervenir para reorientar los recursos, en el cumplimiento de las garantías de oportunidad.

“A ellos hay que darles, pero como en las canastas del AUGE, por alguna razón que yo nunca he entendido, no se publica esa información.....hasta los proveedores tienen problemas de repente de entender la canasta; y yo creo que es por falta de transparencia en la información”.

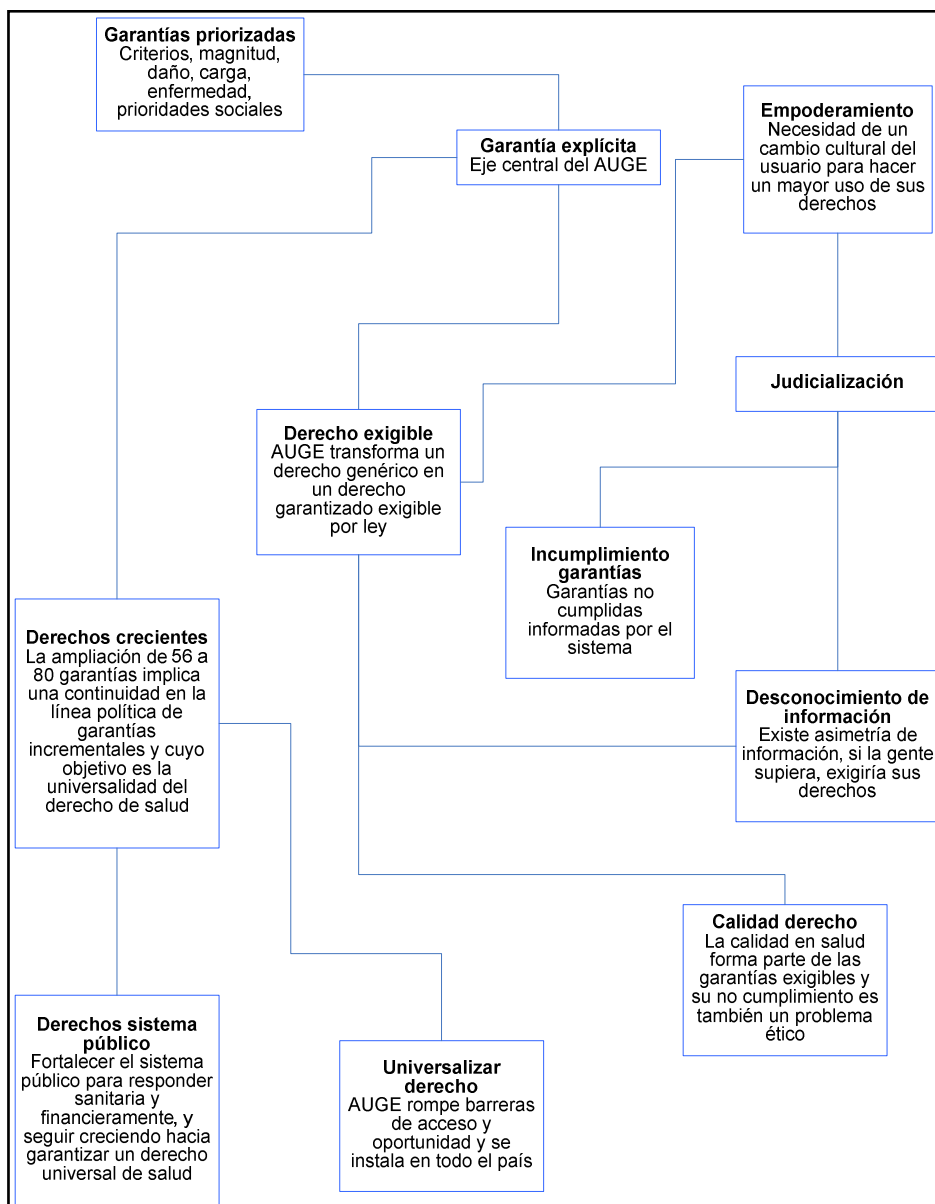
“Los datos son, para mi gusto, incompletos. no tenemos el mejor sistema de información todavía. yo entiendo que el SIGES ha mejorado pero el diagnóstico en su momento que yo tuve era, digamos, mi recomendación habría sido tirarlo a la calle”.

c) Desde la perspectiva de los derechos y garantías

El Plan de Garantías Explícitas en Salud, representa el espíritu del AUGE en relación a derechos crecientes y a una salud universal en Chile. En este contexto, el ejecutivo promulga oficialmente la ley que explicita las garantías en salud. El Seguro Público y el MINSAL han generado los respectivos soportes para su difusión y monitoreo.

En el siguiente esquema se pueden apreciar las percepciones de los integrantes de la muestra, asociadas a derechos y garantías explícitas en salud:

Figura 5: Diagrama de los derechos y garantías



Para el seguro público uno de los temas centrales es promocionar, difundir y hacer explícito los derechos efectivos de los ciudadanos. Ello implica incentivar desde el Estado a los usuarios para que aprendan sus derechos y hagan uso de ellos, exigiendo aquello que está garantizado por ley. Este hecho ha producido un cambio cultural importante en la relación usuario–prestador, en el sistema público de salud chileno. Cabe mencionar que existe una contradicción percibida por los actores relevantes de los niveles estratégico, meso y operacional entre el “esfuerzo” que el gobierno hace para que los ciudadanos hagan pleno uso de sus derechos en salud y la percepción de insuficiente información y conocimiento por parte de los usuarios del sistema público y privado.

“El nivel de información de los usuarios con respecto a sus garantías, eso está todavía muy en pañales. Asimismo, el sistema de control que tenemos con respecto al cumplimiento de las garantías”.

Sin embargo, los entrevistados advierten que el pleno uso de los derechos por parte de los usuarios presionaría aún más la red pública de proveedores respecto a su capacidad de respuesta, debiendo derivar más al sector privado, el cual también tiene un techo. Esta falta de información produce un retraso en las posibilidades de exigir tales derechos, ya que todavía es el sistema AUGE quién informa de los incumplimientos de las garantías a los usuarios, en vez de que los usuarios exijan que se cumplan las garantías de acceso, oportunidad y calidad. La velocidad de desarrollo en esta materia se asocia a la judicialización de la medicina, situación no prevista en el diseño del plan. Esto se traduce en que a altas tasas de incumplimiento de garantías explícitas, existe una mayor probabilidad de aumento en el número de juicios por incumplimiento por parte de los ciudadanos al MINSAL, lo que repercutiría en la disminución de los recursos para las prestaciones y los planes de salud.

“Debilidad es que no se previó la judicialización que se está observando ahora con respecto al rol de los jueces en materia de planes de salud”.

“La barrera que existe es el desconocimiento del auge por los usuarios, ésas son las barreras. aunque la gente, tú me dices, pueden haber barreras geográficas, pero el auge está hecho para romper esas barreras...si la gente supiera, exigiría su derecho”.

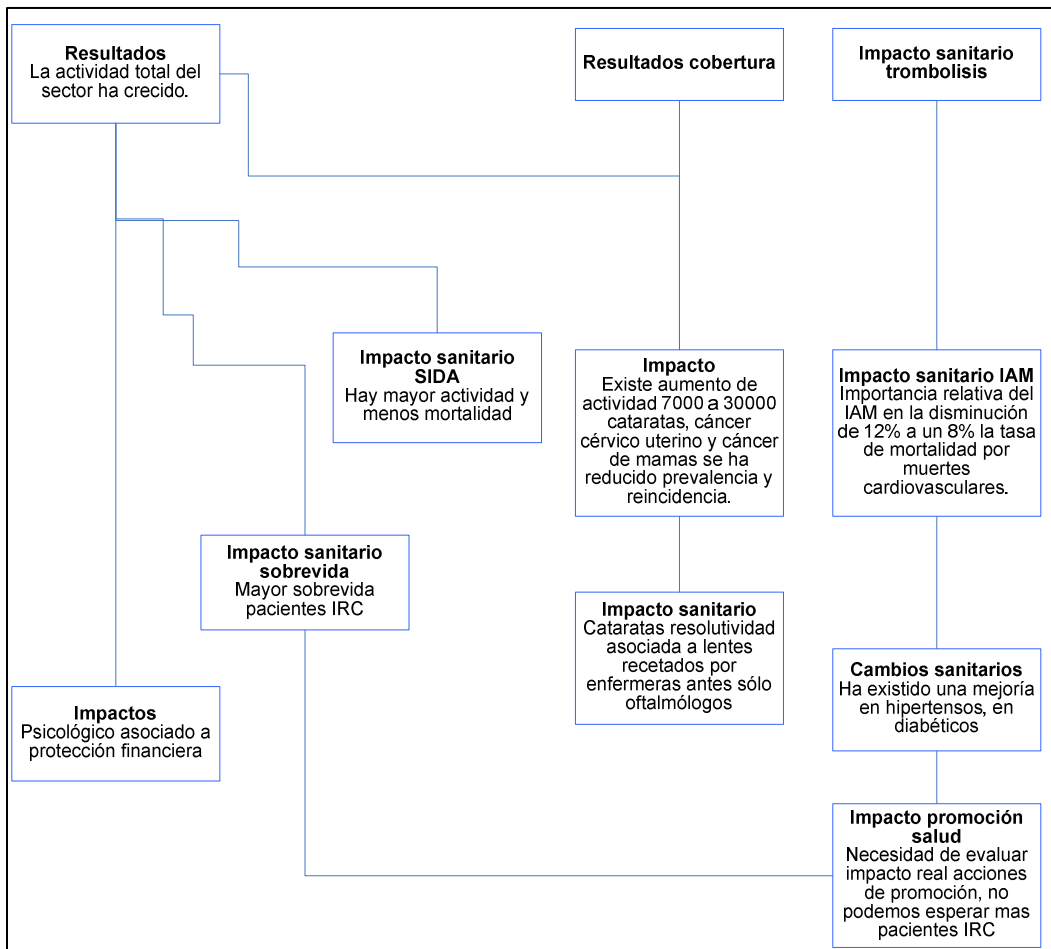
No se puede dejar de mencionar que para nuestros entrevistados el AUGE ha impulsado un mayor nivel de empoderamiento y aprendizaje de los usuarios respecto al autocuidado, lo cual demuestra un cambio cultural significativo.

“El soporte tecnológico que se les ha dado, por ejemplo, a los diabéticos es inmedible, o sea, la gente está manejando su cinta, está manejando sus máquinas, está manejando hemuglocotest, está midiendo mejor las informaciones que está recibiendo, o sea, hay toda una inversión en equipo, en capacitación y también en aprendizaje y de cambio de la cultura de la familia”.

3.4. Análisis de los resultados Sanitarios

Los actores de los distintos niveles coinciden en que el tiempo es muy corto para hablar de impactos; sin embargo, se usa el término “impacto” cuando se refieren al aumento de la actividad total del sistema o en alguna patología en particular; cuando se hace mención a la mayor cobertura alcanzada, o cuando se aprecia una tendencia que marca diferencia respecto a los datos iniciales en algunas patologías AUGE.

Figura 6: Diagrama de los resultados sanitarios



En especial se reconocen cambios favorables y destacables en el caso del Infarto Agudo al Miocardio, asociándose el mayor peso relativo que esta patología tiene en la disminución de un 12% a 8% en la mortalidad cardiovascular. De igual forma, los entrevistados señalan que existe un aumento en la resolutivez de cataratas, aumentando de 7.000 a 30.000. Lo propio sucede en la reducción de la prevalencia y reincidencia en los cánceres Cérvico Uterino y de Mamas. En relación a la Insuficiencia Renal Crónica, hay dos efectos que se asocian en el ámbito clínico. Por una parte se mantiene una tendencia a acceder más tarde a la hemodiálisis y por otra, una mayor sobre vida de los pacientes con IRCT.

“Antiguamente la gente del diálisis duraba muy poco, hoy día está durando mucho más”.

En el ámbito social, la protección financiera es percibida como un importante valor asociado a una drástica disminución del gasto bolsillo para los usuarios y sus familias. Ello, en particular, es percibido en el nivel de la sociedad civil organizada, los cuales además, ven que la protección financiera provoca un bienestar psicológico, expresándolo como que “se pueden ir tranquilos” sin que sus familiares se tengan que hacer cargo de los gastos catastróficos. Cabe destacar que los actores de los distintos niveles plantean que el AUGE, especialmente en las patologías aquí mencionadas, está asociado a un mayor bienestar psicológico de los usuarios.

“Calidad sicológica. Si yo tengo una prestación, si yo tengo una cobertura muy mala en el seguro y el 7% no me alcanza... ¿cree usted que voy a vivir muy tranquilo cuando me caiga una catastrófica a mí? ahora, el AUGE me alivió sicológicamente”.

Un aspecto que a los entrevistados del nivel operacional les llama la atención, es la necesidad urgente de evaluar el impacto real de las acciones de promoción, las que están asociadas a las limitaciones financieras, a la necesidad de mejorar los resultados sanitarios y a la calidad de vida de los usuarios. (IAM, IRCT, Cánceres de Mamas y Cérvico Uterino).

“Debemos ir a una forma más potente de prevención y promoción de la salud, cosa de ni siquiera de llegar a la hipertensión y la diabetes como grandes causas de insuficiencia renal crónica”.

3.5. Externalidades positivas

Para los actores entrevistados, el AUGE se ha constituido en una herramienta ordenadora del sistema que actúa como referente hegemónico en varios planos: administrativo, clínico, operacional y financiero. Esto ha permitido reevaluar y mejorar los procesos asistenciales y, paralelamente, ajustar, reorientar y ordenar la oferta del sistema.

En el plano político social, el AUGE es visualizado como un instrumento para combatir la exclusión y mejorar la equidad en salud. En este sentido, es considerado un bien público. Desde esta perspectiva, la estrategia AUGE contribuye a disminuir la segmentación del sistema de salud chileno.

La estrategia AUGE también marca una nueva forma de generar patrones de acción y calidad aceptable en salud, al estandarizar los procesos a través de una protocolización y garantizarla. Ello significa definir tiempos de espera, canastas y costos.

Este AUGE, mirado como instrumento, produce una transformación de gran envergadura en las relaciones público-privada, ya que se basa en una lógica de complementariedad, contribución y soporte, donde el foco está en el cumplimiento de las garantías y en satisfacer las necesidades de salud de la población.

El AUGE al poner el acento en las garantías y derechos de los usuarios, provoca un cambio cultural en las relaciones prestador–usuario; más específicamente, modifica las relaciones médico–paciente.

Uno de los factores más relevantes para ambos subsistemas, es la unificación y aceptación de criterios financieros para el costeo de las canastas. Ello pone transparencia en los costos y racionalización en el cobro de las prestaciones, además de mostrar claridad en la gratuidad de las prestaciones AUGE para un grupo relevante de usuarios, ya que permite especificar los topes del gasto de bolsillo, regulando los cobros según la capacidad de pago.

Es importante consignar como externalidad positiva la cobertura de medicamentos, especialmente en aquellas patologías donde estos implican un gasto alto de bolsillo. Las canastas AUGE consignan a los medicamentos como una prestación más.

Otra de las externalidades positivas reconocidas por los entrevistados dice relación con la coordinación público-privado y la disminución de las listas de espera en determinadas patologías, en el sector público de salud.

A su vez, se reconoce que la protección financiera contribuye al bienestar psicológico asociado a la atención oportuna y a la certeza que esa atención no lo impactara de forma catastrófica en su presupuesto individual o familiar.

3.6. Externalidades negativas

La principal externalidad negativa del AUGE se asocia, paradójicamente, a su estrategia de priorización sanitaria y cobertura de garantías explícitas. Para la mayoría de los actores relevantes, el garantizar por ley las patologías priorizadas en el AUGE ha tensionado el sistema en desmedro de las patologías y problemas de salud No- AUGE. Asimismo, ha roto el sentido de equilibrio que la ley indica, esto es, que las necesidades de salud No-AUGE tienen que tener al menos el mismo nivel de atención en tiempo y en calidad que las incorporadas en el AUGE.

En el cumplimiento de varias garantías y en la resolutiveidad de las listas de espera, se aprecia una falta de coordinación público/privado, acentuándose una percepción de ineficiencia en el sistema, perjudicando la salud del paciente y poniendo en riesgo el desarrollo continuo de su tratamiento.

En síntesis, las externalidades negativas tienen que ver con las barreras de acceso a la red por falta de información, con la pérdida de relevancia de algunas enfermedades No AUGE, con falta de evaluación para intervenir, y con un inadecuado registro de información del proceso, provocando focalizaciones presupuestarias no siempre eficientes.

4. Conclusiones y recomendaciones

Al analizar los contenidos entregados por los actores relevantes de los distintos niveles que participaron en el estudio, se puede señalar que en el plano contextual el AUGE surge en el entendido que deben elaborarse políticas de protección social de la población y políticas que afecten la exclusión y equidad en salud, dando cuenta de una universalización de los derechos en salud.

A su vez, y de acuerdo a las percepciones de los actores involucrados, el AUGE resuelve la paradoja que enfrentaba el sistema público de salud chileno, que se batía entre una condición basal que mostraba los siguientes rasgos: un alto porcentaje de población asegurada con algún tipo de acceso a la salud, indicadores sanitarios sobre el promedio latinoamericano, infraestructura y tecnología suficiente, suficiente capacidad técnica y profesionales pero que, en forma paralela, su modelo de atención no lograba impactar el perfil epidemiológico, ni resolver adecuadamente las nuevas necesidades de salud de la población.

El AUGE es considerado un eje estructurante de ambos subsistemas de salud, e interviene en forma significativa en los resultados de la gestión clínica y sanitaria. Al respecto, se estima que el AUGE ha podido ordenar las prestaciones en salud, protocolizarlas y elaborar canastas que otorguen tales prestaciones con una calidad definida y estándar. Los entrevistados consideran necesario para mejorar la gestión, tanto administrativa como clínica, realizar revisiones periódicas de los protocolos, de los procesos asociados y de la necesaria actualización de los costos involucrados en las canastas, donde el el IPC de medicamentos esta por sobre el IPC de salud y el IPC de salud es mayor que el IPC de vida.

En cuanto a la Demanda, los participantes acotan que existen diferentes barreras de acceso al sistema, las cuales informan de ciertas deficiencias que deben corregirse para abordar de mejor manera la inequidad. Se aprecia un desarrollo desigual en las distintas regiones del país, lo que se refleja en el sector salud en diferencias existentes en cuanto a capacidad técnica, nº de especialistas, infraestructura, tecnología y calidad. De igual forma, hay patrones de inequidad en la oportunidad asociados a la calidad de las prestaciones y barreras de acceso dentro de cada región.

El AUGE, a pesar de las deficiencias señaladas en torno a la Demanda, ha mostrado ser capaz de resolver barreras de acceso y mejorar la oportunidad y protección financiera a la población. De esta manera se convierte en una herramienta eficiente para combatir la exclusión y disminuir la inequidad en nuestro país.

Los factores organizacionales y el ordenamiento del sistema impiden, en algunas ocasiones, que las garantías de oportunidad se cumplan y que las patologías no AUGE tengan la resolutivez requerida.

En lo particular, frente a este último tema, los encuestados entrevistados consideran urgente la necesidad de un sistema de gestión de lista de espera, asociado a un sistema robusto informático integral de gestión y monitoreo de garantías. En su mayoría los entrevistados concuerdan que el actual sistema (SIGES) de información no cumple a cabalidad estas funciones.

En todos los niveles los actores consideran, por diferentes razones, que el sistema público de salud no está suficientemente “maduro” y que su capacidad de oferta es insuficiente para satisfacer la demanda y cumplir con las garantías de oportunidad, más aún cuando se está en

presencia de intereses profesionales “complejos”.

El AUGE es percibido por los entrevistados como poco transparente para los usuarios y proveedores. En lo concreto se piensa que existe hacia los usuarios una asimetría de información que dificulta la exigibilidad del cumplimiento oportuno de la garantía.

Se observa también, una contradicción entre los esfuerzos que hace el Estado y el nivel de información existente, con el empoderamiento de los ciudadanos respecto al uso de sus derechos en salud. Llama la atención que la velocidad de crecimiento de las garantías incumplidas esté mediatizada por la capacidad que tiene el sistema informático de entregar información fidedigna y que en particular, no sean los propios usuarios quienes demanden directamente el cumplimiento legal de éstas.

En relación a resultados sanitarios, todos los actores destacan aumentos de actividad que implican un cambio de tendencias en las patologías AUGE mencionadas en este estudio: el Infarto Agudo al Miocardio, la reducción de la prevalencia y reincidencia en cáncer Cervico uterino y de mamas, el comienzo tardío en hemodiálisis y una mayor sobrevida en insuficiencia renal crónica Terminal. También se aprecia un fuerte el impacto en la reducción del gasto bolsillo de los usuarios.

En relación con la Oferta se estima oportuno ordenar el sistema en función de la demanda. Los entrevistados del Seguro Público de Salud resaltan la relevancia que tiene contar con acreditaciones administrativas y clínicas de los prestadores para ajustar el modelo de atención y de gestión de garantías.

En esta línea de argumentación, el AUGE es percibido como un sistema poco transparente para los usuarios y proveedores, ante lo cual se vuelve prioritario trabajar en un sistema informático que permita orientar, planificar, y reorientar recursos, entre otras actividades.

De acuerdo a la percepción de los entrevistados, el AUGE ejerce tensión al sistema, por la protocolización en cuanto a los tiempos en que deben cumplirse las garantías explícitas, donde su no cumplimiento podría dar origen a demandas judiciales, hechos que podrían incidir en una judicialización de la medicina.

Dentro del mismo tema, los relatos de integrantes de la sociedad civil organizada, y de algunos entrevistados del nivel operacional, señalan que el ordenamiento que ha producido el AUGE en el sistema de salud sólo es aplicable en las prestaciones asociadas al plan, quedando por tanto, un grupo significativo de patologías que deben esperar su resolución en listas de espera que son manejadas con criterios insuficientemente transparentes.

La Oferta también integra el tema de la portabilidad. Al respecto los representantes de los Niveles Estratégicos, Meso, y Operacional del sector público consideran que la portabilidad no es una opción positiva para el sistema de salud público debido a que estaría poniendo en riesgo la existencia del sistema mismo.

En lo que dice relación con la Oportunidad, los actores relevantes afirman que los tiempos de espera para acceder al sistema se han reducido debido, esencialmente, a la adecuada coordinación entre el sistema público y privado, esta condición está permitiendo cumplir con los tiempos de atención.

De acuerdo con las apreciaciones recogidas en esta investigación, el contar con Protección Financiera, tener claridad de lo que se tiene que pagar por las prestaciones recibidas, y saber

de qué manera se cobrará, impacta directamente en el bienestar psicológico de la población.

Cabe resaltar el significativo cambio cultural en la relación prestador- paciente, ya que el AUGE al explicitar el tema de los derechos en salud, produce una inflexión en esta relación, al afianzar un estilo relacional prestador-usuario sujeto de derecho. En esta línea, se piensa que se debe trabajar en la promoción, y difusión de los derechos garantizados por ley, el hecho que los usuarios conozcan sus derechos y sean capaces de requerirlos, lo que implica un cambio cultural de alta relevancia en la relación usuarios- prestadores, y es un aprendizaje que la población debe paulatinamente poner en práctica, para incidir desde una conducta proactiva, empoderada en la resolución de sus problemas. Esta meta constituye en una valiosa herramienta contra la exclusión, al incidir en las distintas barreras de acceso.

Todos los actores que participaron en este estudio coinciden al argumentar que hay que una insuficiente fiscalización, tanto en el sector público, como privado, en cuanto a un monitoreo constante de la uniformidad en el uso de los protocolos, en la estandarización de los procesos, calidad profesional. En forma específica, los representantes del nivel Meso y Operacional señalan que los protocolos y sus canastas son indicadores adecuados de calidad. El cambio que el sistema pueda requerir debería, de acuerdo a la percepción del sistema público, contar con una válida y significativa evidencia empírica, y una real efectividad.

Al investigar las externalidades positivas se observa que el AUGE se ha convertido en un referente hegemónico en lo administrativo, clínico, operacional y financiero. Las personas que participaron en este estudio acuerdan que el Plan ha sido capaz de ordenar el sistema, que al combatir la exclusión se ha constituido en un bien público que genera patrones de acción. La estandarización de procesos a través de protocolos elaborados en forma acuciosa por profesionales especialistas de alto nivel, afecta positivamente la calidad. A su vez se percibe que incide en el manejo de la fragmentación del sistema de salud, al reforzar una lógica de la complementariedad entre los subsistemas de salud.

En lo que respecta a las externalidades negativas, uno de los aspectos ya mencionados, es la opinión de que el AUGE se ha desarrollado en desmedro de las patologías No-AUGE. Se hace referencia que las barreras de acceso a la red asistencial, por falta de información, por un inadecuado sistema de registro, y por un desorden estadístico se convierte en una externalidad negativa, en la cual es prioritario trabajar.

Los actores sociales consultados plantean que es prematuro para evaluar el impacto del Plan AUGE, se reconoce que existen cambios favorables en algunas patologías, como es el caso del infarto al miocardio, el cáncer de mamas y el cáncer cérvico uterino.

De acuerdo a la percepción de los entrevistados, las actividades de promoción del plan AUGE deben ser evaluadas, con el fin de verificar su impacto real en la conducta de la población respecto a modos de vida saludable.

5. Referencias bibliográficas

1. OPS/OMS. Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Área de fortalecimiento de los Sistemas de Salud. 2006
2. www.ssmaule.cl
3. Ministerio de Salud de Chile. AUGE 2005-2008 Implementación de garantías explícitas en salud. Presentación Dra. María Soledad Barría, Ministra de Salud. agosto, 2008.
4. Ministerio de Salud de Chile. Decreto Supremo N° 44. aprueba Garantías Explícitas en salud del Régimen General de Garantías. 2007
5. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernandez Collado y Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación.
6. Lenz, R. Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina Una Mirada desde la Economía Política". Serie Estudios Socio Económicos N° 38. CIEPLAN, 2007
7. Levcovitz, E. Acuña, C. Dossier: Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud Revista Gerencia y Políticas de Salud.
8. Contenidos del conjunto legislativo para la reforma de la salud. Congreso Nacional, Junio 2002.
9. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud. OPS/OMS, 2003.
10. Tezanos, 1999. Referido en "Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término". Magdalena Jiménez Ramírez Departamento de Pedagogía. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada.
11. López Arellano, Oliva Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas., Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) – México. Consultado el 14 de diciembre de 2011. Disponible en: www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/hp-xi-taller04-pres-lopez-arellano.pdf
12. Bessis, Sophie, referida en "Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe". Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud. OPS/OMS, 2003.
13. Sen, Amartya. "Development as freedom" USA, 1999.
14. Gacitúa, Estanislao y H. Davis, Shelton. Introducción al documento: "Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe" Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.
15. Comisión Europea (1992) "Towards a Europe of solidarity", Comunicado 542 de la Comisión, Bruselas. Revisado en Miguel Marco Fabre, "Consideraciones en torno al concepto de exclusión social". Departamento de psicología y sociología universidad de Zaragoza.
16. Reporte de la Comisión Europea "Eurostat's work program on poverty and social exclusion. State of the Art" documento presentado en Lisboa en 1997, en el Seminario sobre Exclusión Social: Non-Monetary issues.
17. Spicker, P. "Exclusion" en el Journal of Common Market Studies, vol. 35, Número 1, 1997.
18. Adolfo Figueroa. "La exclusión social como una teoría de la distribución". Contenido en "Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe". Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.
19. Bessis, Sophie. "De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde". UNESCO. París, 1995.
20. Dr. Juan Manuel Sotelo, OPS/OMS. "Algunas reflexiones sobre Protección Social en Salud en las Américas: mirada desde Chile". Segundo Seminario internacional sobre Protección y Seguridad Social en Salud (FONASA). Septiembre 2006.
21. Sen, Amartya. "¿Por qué la equidad en salud?". Revista Panamericana de Salud Pública vol.11 no.5-6 Washington. 2002.