59
Cuadernos FUNSALUD

Visita de Colaboración de la
Superintendencia de Salud
del Gobierno de Chile

Enero 2013

Fundación Mexicana para la Salud

Visita de Colaboración de la Superintendencia
de Salud del Gobierno de Chile

Primera Edición

D.R. Fundación Mexicana para la Salud
Periférico Sur No. 4809
Colonia El Arenal Tepepan
Delegación Tlalpan
14610 México, D.F.

E-mail: cvolmedo@funsalud.org.mx
Web site: http://www.funsalud.org.mx

Elaborado e impreso en México
Made and printed in Mexico

ISBN: **978-607-7897-18-7**

Indice

Presentación ***5***

Dra. Alba Moguel Ancheita

Colaboración de la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile con el Proyecto de FUNSALUD para la Universalidad de los Servicios de Salud en México ***9***

Dra. Liliana Escobar Alegría

La Reforma de Salud Chilena y sus nuevos desafíos regulatorios. Una experiencia a observar por México ***43***

Dr. Manuel Inostroza Palma

Presentación

Dra. Alba Moguel Ancheita [1]

La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) tiene como fundamento central de su Misión la formulación de propuestas de política pública, elaboradas con base en trabajos de investigación y evidencia científica, con el propósito de generar cambios de mejora en el sistema de salud y contribuir a elevar el nivel de salud de los mexicanos.

A partir del 2011 se elaboró un proyecto que culminó en la propuesta de política pública para la universalidad de los servicios de salud. Dicha propuesta consiste fundamentalmente en una nueva reforma del Sistema Nacional de Salud que implica la separación y definición expresa de funciones entre los actores del sistema, con el propósito de hacerlo más eficiente y eficaz para el otorgamiento de servicios explícitos de salud a la persona y garantizar la realización de acciones de salud pública con un financiamiento específico y prioritario.

En su formulación, este proyecto contó con la participación de destacados especialistas en el tema, así como con la colaboración de instituciones académicas, de investigación, del sector legislativo, organismos internacionales y las propias instituciones del sector salud.

El Sistema Nacional de Salud de México ha tenido una serie de reformas para mejorar la equidad en la atención a la salud que ha culminado en la creación del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular. Sin embargo, el mantenimiento de la segmentación del sistema y la duplicidad de funciones entre las distintas instituciones que lo integran, así como la conservación dual del derecho a la salud como derecho laboral y como derecho ciudadano, detiene el avance de la cobertura efectiva a los servicios de salud en forma equitativa y oportuna para todos los mexicanos y multiplica los esfuerzos y los recursos erogados, haciendo poco eficiente la organización y prestación de los servicios lo que, aunado a las crisis financieras de las instituciones de seguridad social, llevan al sistema en su conjunto a riesgos sobre su sustentabilidad.

Estas circunstancias con algunas modalidades, son semejantes a las que han enfrentado otros países latinoamericanos que, así como México, han desarrollado reformas a sus sistemas de salud. Uno de los países cuya reforma al sistema de salud ha obtenido una buena acogida por parte de los usuarios, es Chile. Su reforma estuvo basada en la separación de funciones, fundamentalmente entre el financiamiento y la prestación, en la libre elección del prestador por parte del usuario y en la definición explícita de garantías y

[1] Coordinadora Técnica de Proyectos. FUNSALUD

prestaciones a la salud definidas en la legislación sanitaria. A casi diez años de la última reforma fundamental del sistema de salud chileno, la experiencia acumulada resulta de un alto valor para la formulación de la nueva reforma del sistema de salud en México, por lo que FUNSALUD promovió un acercamiento con los actores de dicha reforma y los operadores técnico-políticos de su implementación.

La respuesta a ello fue la excelente colaboración de la Dra. Liliana Escobar Alegría y del Dr. Manuel Inostroza Palma, quienes entre septiembre y octubre de 2012 visitaron nuestro país para compartir con los directivos de la fundación, su experiencia, su opinión calificada y recomendaciones sobre el proyecto de reforma de FUNSALUD para la universalidad de los servicios de salud.

La Dra. Liliana Escobar se desempeñaba como Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile en la fecha de su visita a FUNSALUD. A partir del 26 de diciembre de 2012, asumió las funciones de Superintendenta de Salud Subrogante.

Es Médico Cirujano por la Universidad de Chile, egresada del Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología y del Diploma en Gestión de Instituciones de Salud de esa misma casa de estudios. También es egresada del Programa de Formación en Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud y del Certificado de Epidemiología para Gestores de la Universidad Johns Hopkins.

Antes de su ingreso a la Superintendencia de Salud trabajó como consultora participando en más de 60 proyectos y estudios en el área de la salud. En este período coordinó la implementación de la reforma para la Ley de garantías explícitas en salud, en lo que se refiere al costeo, diseño de entrega de beneficios y convenios con prestadores.

Asimismo, cuenta con una vasta experiencia en cargos de dirección de instituciones públicas y privadas de salud, lo que le ha otorgado un gran conocimiento del sector, tanto en el ámbito de los seguros como en el de los prestadores de salud.

El Dr. Manuel Inostroza Palma, fungió como Superintendente de ISAPRE en el gobierno chileno entre 2003 y 2005. Fue el último en ocupar ese puesto debido a la promulgación de la Ley que reformó el sector a partir de 2005. Después de la reforma fue Superintendente de Salud entre los años 2005 y 2010.

Es Médico Cirujano por la Universidad de Chile y egresado de la Maestría en Administración de Salud de la misma universidad. Es además Máster en Financiamiento y Administración de Salud Pública por la Universidad Johns Hopkins.

Antes de su función como Superintendente, fue Director del Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente y Secretario Regional Ministerial de Planificación de

la Región Metropolitana. Como experto en temas de gestión y salud pública, se desempeñó como asesor del Ministerio de la Secretaría General de la Presidencia en la División de Modernización del Estado, y como Jefe de Gabinete de los Ministros de Salud de Chile entre 1994 y 2000, así como consultor de la Organización Panamericana de la Salud en la sede de Washington. Es además experto en el Sistema de Alta Dirección Pública del Estado.

Actualmente se desempeña como Director de Campos Clínicos y Director del Magister de Gestión para el Servicio Público de la Universidad Andrés Bello, así como Presidente del Consejo Académico y Consultor del Instituto de Salud Pública de dicha Universidad.

La colaboración de ambos funcionarios y especialistas en el tema fue muy enriquecedora para el proyecto de la fundación ya que permitió identificar de primera mano los aspectos torales en el diseño e implementación de la reforma de salud chilena, los aciertos y, sobre todo, los desafíos que ha enfrentado ante la insuficiencia de formulación oportuna de instrumentos técnicos y regulatorios.

En la reunión que FUNSALUD llevó a cabo con el Dr. Inostroza se contó también con la participación del Dr. Osvaldo Enrique Artaza Barrios, ex Ministro de Salud del Gobierno de Chile en los años 2002 y 2003, y artífice del impulso a la reforma del sistema de salud chileno y de la creación del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE).

El Dr. Artaza estudió medicina en la Universidad de Chile y luego realizó posgrados en Pediatría, Cardiología Infantil y en Gestión de Instituciones de Salud, obteniendo el grado de Magister en Administración en la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad chilena.

Posteriormente a su labor como Ministro, se ha desempeñado como consultor internacional. Ha publicado numerosos artículos y libros sobre políticas públicas en salud y sobre gestión hospitalaria. Ha sido docente del Instituto de Administración en Salud y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, académico de varias universidades latinoamericanas, secretario ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Atención Médica y Hospitalaria y, actualmente, es consultor en la representación en México de la Organización Panamericana de la Salud. Su participación y experiencia contribuyeron a enriquecer la colaboración de Chile en el proyecto mexicano.

Algunas de las lecciones aprendidas de la experiencia chilena, así como recomendaciones particularmente útiles en la definición pormenorizada del proyecto de reforma del sistema de salud en México, están orientadas a evitar crear inequidad en el sistema a través de planes de beneficios distintos entre las aseguradoras y entre sistemas; es necesario definir un solo plan de beneficios garantizados para toda la población independientemente de la articuladora de afiliación y este plan debe ser definido desde el inicio de la reforma.

Otra experiencia valiosa para tomar en cuenta es la definición de las garantías explícitas sobre beneficios de salud, que en caso chileno fueron inscritas en la Ley lo que le confiere un carácter máximo de exigibilidad y evita la discrecionalidad de su cumplimiento por parte de prestadores y articuladores.

Fuerte recomendación por parte del Dr. Inostroza es la gradualidad que debe observarse en la inclusión de patologías en los beneficios garantizados, con el fin de evitar desequilibrios en las finanzas públicas y en la capacidad instalada de recursos humanos y tecnológicos para la salud. Su incorporación tendrá qué ser acompañada de análisis actuariales que garanticen su sustentabilidad.

Uno de los más importantes aprendizajes derivados de la experiencia chilena es la necesidad de contar, desde antes de la reforma legal que separe las funciones del sistema, con instrumentos normativos que definan perfectamente los roles de cada una de las instituciones participantes así como los mecanismos de rendición de cuentas del desempeño de su función y contar con descripciones detalladas de la operación del sistema en su conjunto, en el marco de la descentralización, de forma que cada nivel de gobierno asuma la responsabilidad que le confiera la reforma legal en salud.

Será necesario también desarrollar antes de la reforma los mecanismos de evaluación *ex ante* que permitan monitorear y valorar el impacto de los cambios en el sistema, tanto en el nivel de salud como en los aspectos financieros.

Asimismo, con la vivencia chilena se logran identificar algunos elementos que deben ser evitados en la reforma de salud mexicana como son la imposición de restricciones a la atención médica por la pre-existencia de enfermedades como práctica de las instituciones de salud previsionales de Chile. En el caso mexicano, habrá que establecer con claridad la participación de las instituciones del sector privado como articuladores y prestadores de servicios de salud, así como vigilar el cumplimiento del acceso efectivo a los beneficios universales garantizados independientemente de la existencia previa de riesgos o enfermedades relacionadas con dichos beneficios.

En conclusión, la colaboración de expertos protagonistas de la reforma de salud de Chile permitió fortalecer los fundamentos de la propuesta de política pública que la Fundación Mexicana para la Salud presentó al Ejecutivo Federal de la administración pública para el período 2012-2018. Es por ello que en esta edición de Cuadernos FUNSALUD queremos dejar plasmada su notable participación y nuestro reconocimiento por la aportación significativa que de manera generosa nos brindaron.

Colaboración de la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile con el Proyecto de FUNSALUD para la Universalidad de los Servicios de Salud en México

Dra. Liliana Escobar Alegría [2]

Muy buenas tardes. En primer lugar, muchas gracias por la invitación. Me excuso un poco por estar disfónica, espero que sí puedan escucharme en forma adecuada.

Los temas que vamos a revisar ahora son múltiples: los objetivos de la reforma en México, en base justamente a la propuesta que ha hecho FUNSALUD, y también antecedentes relevantes respecto del paralelismo que tenemos por lo menos en la problemática de salud en Chile y en México; en qué consiste hoy día, en qué situación está hoy en día el Sistema de Salud de Chile y la última reforma, que fue la reforma del año 2005, que incluye su estrategia político-legislativa y los componentes.

Y posteriormente me voy a referir a los temas que han sido puntualizados como los centrales en esta propuesta, que son la separación de funciones, el fortalecimiento de la función rectora, la reestructuración del financiamiento, la articulación de los servicios de salud y la prestación de servicio, en razón de la propuesta y en razón de la experiencia que hemos tenido en Chile respecto de estos puntos. Y, finalmente, algunas conclusiones.

Los objetivos, de acuerdo a lo que presenta FUNSALUD, son el financiamiento de la salud a través de impuestos generales, romper la fragmentación y hacer una unificación del sistema; así como también la separación de funciones del Sistema Nacional, especialmente lo relacionado con financiamiento y con la prestación.

Por otra parte, la pluralidad de la articulación y la prestación de servicios, o sea el ampliar, el mezclar --entiendo yo-- lo público y lo privado, y el desarrollo de una agenda legislativa para esta reforma sanitaria y contributiva. Y los aspectos o los conceptos relevantes que están incorporados en esta propuesta son, como ya hemos visto, la universalidad, la calidad y la eficiencia.

Ahora, esta propuesta también incluye construir un Sistema de Seguridad Social Universal, y se inscribe en uno de los cuatro elementos que incluyen el acceso efectivo a los servicios de salud y otros aspectos que al menos en nuestro país se llevan en forma diferenciada, ya que en la pensión para la vejez, el seguro de desempleo y el seguro de riesgos de trabajo no están asociados al sector salud, como lo vamos a enunciar más adelante.

[2] Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile

¿Qué antecedentes generales les puedo dar sobre Chile? Es un país que tiene una geografía muy variada, si bien es un país pequeño con sólo 17 millones de habitantes, sí tenemos dificultad en materia de provisión de servicios de salud dada la geografía, que nos significa que los usuarios eventualmente podrían que recorrer mucha distancia para acudir por alguna necesidad de asistencia.

Entre los elementos importantes, tenemos y sufrimos el proceso de envejecimiento poblacional, tanto así que hoy día el 9 por ciento de la población es mayor de 65 años. Y hemos tenido una baja a la tasa de natalidad, que también representa una baja en la población menor de 15.

La esperanza de vida al nacer está ya hoy día en 79 años; la tasa de mortalidad infantil en 7, y el PIB ha tenido un importante incremento en estos últimos años y, por ende, en lógica a eso el PIB per cápita, el gasto en salud ha ido ampliándose también desde la situación que se encontraba en el año 90, en que se retoma la democracia y los valores de gasto actuales.

El gasto en salud per cápita ha crecido en forma sustantiva, de 264 dólares por cápita en 1990, a 787 para el año 2009. El gasto en el sector público, a pesar de este incremento no necesariamente subió en forma tan importante.

Los afiliados a FONASA se integran en un sistema mixto, a diferencia de lo que se está proponiendo acá a unificar el sistema. Ya en Chile en el año 1981, en el gobierno del régimen militar se crearon las ISAPRE –Instituciones de Salud Previsional–, Seguros Privados, y se consolidó en el sector público un Fondo Nacional de Salud llamado FONASA, que cubre a todas las personas que están adscritas a este sistema o bien que son indigentes. Posteriormente voy a referirme un poco más a ese punto, pero lo importantes es que la diferencia en términos de la distribución poblacional es notable: el 73 por ciento de la población, al año 2009, es beneficiario del Sistema FONASA, del sistema público, y sólo 16.3 por ciento es afiliado a las ISAPRE; o sea, los seguros privados tienen una cobertura poblacional mucho más baja.

Aquí, estas gráficas nos permiten ver cómo ha ido cambiando la pirámide de poblaciones. Aquí está el año 50 y está el año 2012. Y esto es lo que se proyecta para el año 1050, con todas las repercusiones que eso implica en términos de la aparición (incorporación) de hematología crónica y un encarecimiento de los costos asistenciales de salud.

Si comparamos algunos de los resultados de Chile con otros países de América Latina y de la OCDE, vemos que Chile está en una situación intermedia respecto del nivel de envejecimiento, respecto de la población menor de 15 años; del per cápita, más que intermedio, más bien está muy cercana a la realidad latinoamericana.

En el gasto en salud sí está en una posición intermedia, tanto en el gasto como porcentaje del PBI, como también en términos del gasto en dólares per cápita. Y lo que decía anteriormente, que claramente aquí hay una diferencia, porque el gasto del sector público todavía es bajo, y de hecho la reforma de la Salud lo que ha pretendido es mejorar e incrementar ese gasto público en materia de salud, y así se ha venido haciendo. La esperanza de vida está en los niveles de los países de la OCDE. Y la tasa de mortalidad infantil también es bastante cercana a eso.

Estas son las grandes cifras. Pero sin duda que detrás de esas grandes cifras de promedio se esconden brechas de inequidad muy importantes, y si nosotros buscamos esa inequidad a través de un indicador como la mortalidad infantil, vemos que hay una diferencia notable según la Comuna de residencia. Perdón, aquí no aparece la Comuna y no sé por qué se perdió, pero esta es la comuna más cara en términos de cuánto vale un metro cuadrado para vivir en esa comuna, que es Vitacura, en la Región Metropolitana, tiene una tasa de mortalidad infantil de 2.6 por mil recién nacidos.

Y tenemos en la Región de La Araucanía, que es una región con mayor pobreza, con mayor proporción de población indígena, alcanza en algunas comunas hasta 45 mortalidad infantil en mil nacidos vivos. Hay unas diferencias que son abismales. Por lo tanto, estos buenos niveles de promedio esconden brechas de inequidad importante. Y Chile no es el único país que sufre esto, pero es un elemento importante, porque fue una de las motivaciones para la reforma también.

También hemos experimentado cambios en el perfil epidemiológico. Y solamente quiero destacar acá el incremento en las principales causas de muerte del sistema circulatorio y tumores, tal como se ha anunciado para la realidad de México. También enfrentamos problemas de estilos de vida no saludables, como el porcentaje de obesidad de los niños que ingresan al sistema escolar. Y vemos que está en un nivel de 7, y ya está en un 18 por ciento. Eso, sin duda, significa un riesgo para la salud en términos de la proporción de riesgo cardiovascular, de riesgo de diabetes, muy alto. Y, por lo tanto, tenemos que tomar algunas acciones preventivas para controlar esta carga que se nos viene.

Aquí está el Gasto en Salud per cápita en relación a los países de Latinoamérica. Ahí está México y está Chile. Y si bien es cierto aquí podemos estar en el extremo positivo, con algunas excepciones, de países más pequeños, que el nuestro, cuando nos comparamos con la OECD, estamos al final. Tenemos mucho camino todavía por recorrer en esta materia.

En esta gráfica se ejemplifica cómo ha crecido este gasto per cápita en Chile en dólares corrientes. Si nosotros vemos, en el año 1990 se recuperó la democracia y hubo un esfuerzo muy importante en inversión, en infraestructura, en equipamiento, porque había quedado en cierto abandono esa inversión.

Y posteriormente ha ido aumentando, particularmente en el año 2002, en forma muy importante ya, con una tendencia creciente casi directa, llegando a los 787 dólares que hoy día se gastan.

Ahora, ¿cuánto ha aumentado y por qué? ¿Cuánto de esto es debido a la innovación tecnológica? Eso no está claro. Porque sin duda que también, así como escuchaba el cuestionamiento respecto al impacto que ha tenido el Seguro Popular o el impacto esperado en términos de disminuir el gasto de bolsillo, también en Chile, con este incremento, ya muchas veces se ha tratado de evaluar ya si este gasto va aparejado de un mejor servicio, de una mejor entrega de servicio.

Y la verdad es que en este proceso no se puede hacer un análisis directo, porque hay muchas variables que alteran esto, tales como un nuevo modelo de atención, tales como la innovación tecnológica y dado el supuesto de que la industria farmacéutica contribuye mucho a eso, por el avance en términos de métodos diagnósticos, de método terapéutico, que sin duda también contribuyen a que no se compra lo mismo con los mismos dólares; se van encareciendo los costos de la atención.

Y un elemento importante en lo que me refiero al modelo de atención, es cambios que apuntan a la calidad de la atención, que muchas veces olvidamos. Ejemplos: en algún momento, y fue muy crítico, se hizo una evaluación estrictamente económica en términos de cuánto se gastaba en un período de año determinado y cuanto se producía ese año, y después cuánto se había gastado cinco años después y cuánto se había producido en términos de intervenciones quirúrgicas, de egresos de consultas, etcétera. Y se veía que la relación no era si siquiera equivalente.

Y por supuesto que eso fue muy criticado, pero en esa evaluación no se habían considerado elementos sustantivos como, por ejemplo, en el tema de intervenciones quirúrgicas, en el año uno de la evaluación, un anestesista podía controlar dos o tres pabellones quirúrgicos. Ya sin duda eso condiciona una mejor productividad, pero tiene riesgos asociados; va en demérito de la calidad de la atención. Posteriormente se mejoró la calidad de la atención, y se dijo que un anestesiólogo sólo puede estar ya atendiendo un pabellón en cada oportunidad. Y ese solo hecho significa que la productividad de las intervenciones quirúrgicas se vulnera en forma sustantiva. No depende sólo de cuanta plata yo le pongo, de qué equipamiento tengo; sino que también tengo que considerar el modelo asistencial y qué hay detrás del argumento para hacer ese cambio de modelo asistencial. En ese caso era una mejora respecto de la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes. Y eso tiene un costo también. Entonces, también hay que considerar esos aspectos.

Aquí se hace un análisis de la esperanza de vida en función del gasto per cápita. Y aquí si comparamos Chile en Latinoamérica y el Caribe, estamos en situación bastante favorable

en el sentido de que logra una alta expectativa de vida, con un costo que no es de los más altos del grupo, pero tiene buenos resultados.

Ahora hacemos lo mismo acá en la OCDE y sin duda que no lo logramos; estamos en otra posición. Si bien es cierto que uno podría hablar de cierto nivel de eficiencia, si nosotros atribuimos solamente la influencia del sector salud para el tema de esperanza de vida, y sin duda no es el único factor que incide, porque hay países gastan más para tener una expectativa de vida equivalente a la de Chile. Si uno hace una línea en este sentido, bueno, Chile gasta 787 dólares y Estados Unidos gasta como 7 mil 500 dólares, comparados solamente en este indicador solitario.

Ahora, ¿en qué consiste nuestro sistema de salud? Cómo dije antes, es un sistema mixto: mezcla lo público y lo privado. Tiene un financiamiento, y es un elemento importante, mandatorio pasa todos los trabajadores dependientes que deben asegurarse y deben contribuir con el 7 por ciento de los ingresos disponibles, para alguno de los subsistemas.

La persona tiene la capacidad de elegir a cuál subsistema quiere entregar su aporte de salud: si es al público, al Fondo Nacional de Salud, FONASA; o bien es al privado, a alguna de las ISAPRE.

Esta declaración de una libre elección, sin duda que tiene limitaciones. Fundamentalmente una: el precio, porque las ISAPRES tienen costos que en general sobrepasan el 7 por ciento del monto disponible, y la gente tiene que hacer aportes mayores. Y eso sin duda es una barrera económica al ingreso a uno de los subsectores.

Y, por otra parte, sólo en las ISAPRES cabe la preexistencia. Yo tengo que hacer para el ingreso una declaración de salud, y si tengo patología crónica, si tengo un cáncer o si he tenido un cáncer, si tengo una cardiopatía coronaria, etcétera, probablemente no me van a dejar entrar, me van a limitar el acceso. Entonces, la libre elección tiene estas limitantes.

Ahora, otra parte importante es decir que los productos no son estrictamente equivalentes. Las ISAPRES tienen que cubrir al menos lo que FONASA otorga. En muchos casos otorga más en términos de la contribución financiera que pueden hacer.

Una complejidad del sistema es que existen miles de planes en las ISAPRES, y cuando digo "miles", me refiero a decenas de miles. Entonces, se hace muy complejo y es un sistema poco transparente para el usuario poder entender cuál es la diferencia entre un plan, cuando estoy comprando uno u otro. Y esa es una dificultad importante, que significa mucho descontento de parte de los usuarios de las ISAPRES.

En el caso de los beneficiarios FONASA, ellos sólo tienen dos opciones: la modalidad institucional, tiene además frecuente uso, que significa la atención en la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud, o sea en la red de establecimientos públicos,

exclusivamente. Y la modalidad de libre elección, en que las personas pueden comprar un "voucher", y con él –que tiene un co-pago del usuario y tiene un aporte del FONASA–, pueden requerir atención en privados. Por eso se llama "modalidad de libre elección". Que fundamentalmente se usa para toda la atención ambulatoria, porque en la atención hospitalaria, el aporte del FONASA es muy bajo, y, por lo tanto, una limitante en su uso.

Ahora, cabe señalar también que las diferencias entre estos dos subsistemas es que FONASA entrega gratuidad de servicio en la atención primaria y en los diferentes niveles a los mayores de 60 años, situación que no se da en forma equivalente en las ISAPRES.

O sea, tenemos un país que tiene dos subsistemas que tienen una forma de operar, que tienen elementos comunes, como el financiamiento mandatorio; pero que tienen diferencias importantes en su forma de operación.

Y motivado por eso, motivado por el desafío del envejecimiento poblacional de la actual y futura carga de morbilidad, y en esto de la inequidad tal como lo presenté en una *slide*, y en esto del descontento por parte de los usuarios del FONASA respecto de su dificultad de acceso y problemas en la oportunidad de la atención, y el descontento en beneficiarios de las ISAPRES respecto de los altos costos de las atenciones, entonces ya en el año 2000 se empezó a generar –así como aquí ahora ya desde hace un tiempo están hablando de este tema de la Universalidad–, también se empezó a hablar de una reforma. Y en el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, se dio con mucha fuerza, se dio el espacio para el desarrollo de esta reforma. Que por supuesto partió de una manera y la resultante no es idéntica a la propuesta original, porque hubo que transar en varias cosas, y algunas de ellas muy importantes.

Entonces, se envían al Congreso Nacional cinco proyectos de Ley, que en su conjunto conforman la reforma de salud del 2005. Y en el año 2005 se dictan leyes y entran en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria, que reestructura el sistema en forma importante –y me voy a referir a ello prontamente–, y la Ley del Régimen de Garantías Explicitas en Salud, conocida como AUGE o GES (Garantías Explícitas en Salud), que son los pilares fundamentales del nuevo Sistema de Salud. En este complejo diagrama se trata de representar lo que es el Sistema de Salud Chileno.

Nosotros tenemos un Ministerio de Salud, que es rector y que a propósito de este cambio legal de Ley de Autoridad Sanitaria asume ciertas funciones: la rectoría –tema importante que hemos mencionado hoy día y hemos escuchado hoy día acá–; formular las políticas de salud; establecer sistemas de acreditación de prestadores; formular, evaluar y actualizar el Plan AUGE, y la definición de protocolos de atención en base a guías clínicas. Todos los problemas de salud que están en el AUGE tienen guías clínicas.

El Ministerio de Salud sufrió modificaciones estructurales en el sentido de que tenía un Ministro y un Subsecretario, y a partir del año 2005 se conforman Subsecretarías al

interior del Ministerio: una Subsecretaría de Salud Pública, que continúa la función previa y otra Subsecretaría nueva que se llama Subsecretaría de Redes Asistenciales, que tiene por función supervisar, vigilar el cumplimiento del desarrollo de quehacer de la red prestadora del sistema público.

Y se crea también en esta Ley de Autoridad Sanitaria, se transforma lo que existía desde el año 1990 como Superintendencia de, sólo, ISAPRES, se transforma en la Superintendencia en Salud, y al interior de ella se crean dos Intendencias: la Intendencia de Prestadores, que es un tema nuevo a propósito de la reforma, porque tienen que vigilar que los prestadores que den los beneficios del AUGE estén acreditados, y la Intendencia de Seguros y Fondos Previsionales, que es donde yo me desempeño como Intendente.

Por otra parte, en el sector tenemos el Fondo Nacional de Salud, ya que ese la entidad que recibe los fondos, hace el financiamiento recibiendo los fondos, de las arcas estatales, fiscales; así como también el aporte de aquellos beneficiarios que son empleados ya dependientes y, por lo tanto, aportan su 7 por ciento.

Es importante señalar que el Fondo Nacional de Salud acoge entre sus beneficiarios también a los indigentes, vale decir, a todas las personas que no tienen ingresos. Entonces hay diferencias en lo que aquí (México) uno separa en lo que es la seguridad social y lo que sería el Seguro Popular, allá está todo integrado en el Fondo Nacional de Salud, como sus beneficiarios.

Y, por el otro lado, tenemos las Instituciones de Salud Previsional, que tienen como responsabilidad financiar las prestaciones según el contrato de salud; son fundamentalmente pagadores y expresamente por ley no pueden tener integración vertical. Vale decir que no puede haber un seguro que tenga su propia red prestadora. La idea es que compren servicios. Cosa que hoy día se aplica un poco a medias, porque quedó como letra muerta en lo legalmente establecido, porque los grandes *holdings* son dueños de una ISAPRE y son dueños de una red prestadora.

Entonces, por ese lado se vulnera el espíritu de la Ley en términos de que no hubiese esta integración vertical. Pero fundamentalmente las ISAPRES son pagadoras y son responsables del cumplimiento del GES.

Entonces, tenemos por una parte la Superintendencia de Salud, que tiene Intendencia de Seguros, Seguro de FONASA y Fondos Previsionales. Y la Intendencia de Prestadores, que tiene que velar, primero que nada, por el registro y acreditación de los prestadores de salud institucional, y el registro y certificación de los prestadores individuales. Vale decir certificar, que el que dice ser cardiólogo efectivamente lo sea; que el que dice ser médico, el que dice ser tecnólogo médico en el área patológica, etcétera, lo sean.

Y se crean las entidades acreditadoras para velar por la calidad de la atención. Fundamentalmente mirando la calidad de la atención específicamente desde la perspectiva de la estructura y el proceso, –no necesariamente los resultados, eso sucede por otra vertiente–, vale decir que los prestadores tengan los recursos suficientes, la organización adecuada y los procesos que aseguren la calidad.

Ahora, ¿cuál era el objetivo de la reforma del año 2005?: mejorar la salud de la población; enfrentar un desafío derivado del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad; disminuir las brechas de inequidad y mejorar la eficiencia del Sistema.

Punto bastante común es respecto de lo que hemos escuchado durante la mañana. Y para ello viene todo este cuerpo legal –al cual no me voy a referir–, sino me voy a centrar en esta Ley, que es la Ley AUGE del régimen de Garantías Explícitas en Salud, que incluye, aparte de cierta cantidad de problemas de salud, un examen de medicina preventiva y es un elemento importante.

Ahora, en cuanto al AUGE hubo que hacer todo un esfuerzo y todo un trabajo de priorización. Uno puede decir ¿qué es lo que van a priorizar? ¿vamos a priorizar problemas de salud; vamos a priorizar prestaciones de salud; vamos a priorizar poblaciones?. Chile optó por priorizar problemas de salud, para lo cual utilizó algunos criterios de magnitud, como prevalencia; en trascendencia a los años de vida saludables perdidos y la mortalidad; la preferencia de los usuarios; la efectividad en las intervenciones para estos problemas de salud que se relacionan con la eficacia y con su cobertura. Y las clasificó: vio la capacidad fundamentalmente del sistema público, que concentra la mayor parte de la población; la capacidad de oferta, si era suficiente o insuficiente; la carga financiera en los hogares; lo catastrófico, que ya ha sido mencionado, también fue una variable; y el consenso social. Y, por lo tanto, entonces se definieron las garantías.

Ahora, esta ponderación se hizo tanto en forma secuencial, como simultánea. Y, por lo tanto, permitió entonces, partiendo de todos los problemas de salud, llegar a un subconjunto de problemas que permitieron llegar a una cantidad de problemas de salud que fueron considerados, primero: en el año 2005, con un decreto, solamente 25 problemas de salud; al año siguiente se llegó a 40 problemas de salud; el año 2007 fueron 56; en el año 2010 fueron 69, que es lo que actualmente está en vigencia.

Y estos fueron los problemas de salud: temas crónicos, como la insuficiencia renal crónica terminal; diabetes mellitus de los dos tipos; infarto al miocardio; cánceres de distinta naturaleza; problemas de salud mental, esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial de alcohol y drogas, etcétera. Había temas de lista de espera en la resolución quirúrgica, como la necrosis de cadera; como la cirugía de escoliosis, como en las cardiopatías congénitas operables, etcétera.

Como ustedes ven, son problemas de distinta naturaleza que sin duda cubren y abordan la mayor proporción de la carga de enfermedades del país. Cada vez se han ido incorporando problemas que son de menor frecuencia, pero que tienen algún significado o que son relevantes desde algunas de las variables consideradas en el análisis.

Y hoy en día, para entrar en vigencia en el año 2013, el Ministerio está analizando la incorporación de otros 11 problemas, que incluyen algunos cánceres: vejiga, colon, ovarios; la depresión en menores de 15 años; el trastorno bipolar; el lupus; trastornos valvulares, el glaucoma, el hipotiroidismo, la úlcera péptica. O sea, hoy día tenemos una diversidad y una multitud de problemas de salud cubiertos en forma, si no exhaustiva, sí bastante amplia, que representa una parte importante, cerca del 60 ó 70 por ciento de la carga de enfermedad del país.

También hay un examen de medicina preventiva que según cada grupo poblacional, estudia distintas enfermedades a través del examen clínico, encuestas y/o exámenes de laboratorio. Estos estudios son aquellos con un análisis de costo-efectividad en población sana; porque un examen no es el que esté un paciente con un motivo-consulta, sino que se dirige a población sana. Y para el cálculo poblacional se han definido cuáles son las acciones: en la detección de la embarazada de diabetes, medidas de sida, sífilis, vías urinarias, sobrepeso e hipertensión, desde el problema de tabaquismo, etcétera.

Un elemento constitutivo importante de la reforma en la incorporación de los problemas de salud bajo este régimen, son las guías clínicas. Para cada uno de los problemas, ya les mencioné que hay una guía clínica que ha sido construida en base a la mejor experiencia científica, y que está disponible en forma referencial. No son normas, sino son guías de atención, y que son guías que han permitido hacer la selección fundamentalmente de las prestaciones más costo-efectivas, para el manejo de esos problemas de salud. Este trabajo de cada una de las guías y sus revisiones sistemáticas son organizadas por el Ministerio de Salud.

Como mencioné, entre las Leyes de la reforma estaba la de Autoridad Sanitaria, ya me refería a algunos de los cambios. Algunos no mencionados fue la redistribución del rol de las SEREMIS de salud, Secretarías Regionales Ministeriales, porque a lo mejor en la lógica de este país probablemente corresponden a lo estatal, o sea cada Estado tiene una estructura. Esta era la Secretaría Regional y Ministeriales, cuyo rol cambió y se quedó fundamentalmente con el tema más bien de vigilancia tecnológica, humana y ambiental. Y los servicios de salud asumen otras responsabilidades.

Ahora, entre los actores, uno muy importante es la Superintendencia de Salud, porque le ha sido asignada la responsabilidad de fiscalizar el cumplimiento de las GES, en los dos sectores, vale decir tanto a las ISAPRES como al FONASA. Y tiene que monitorear el cumplimiento y la gestión ante el viejo incumplimiento de garantías no cumplidas, tanto a los beneficiarios del FONASA como a las ISAPRES, resguardando los derechos de los

beneficiarios. Y, a su vez, tiene también respecto a los prestadores, tiene que monitorear el cumplimiento de la GES, pero también tiene que hacer este trabajo de certificación y registro y de acreditación.

Ahora, ¿en qué consiste esta garantía? Hay cuatro garantías asociadas a cada problema de salud: acceso, que es la obligación del seguro correspondiente de velar por el otorgamiento de prestaciones garantizadas en la forma y condiciones que están establecidas; oportunidad, significa que hay un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones a los garantizados, –y este es un elemento sumamente importante porque genera una atención muy crítica, fundamentalmente en el sector prestador público, porque la demanda en muchas ocasiones supera la capacidad de oferta– este plazo considera menor el tiempo en que la prestación tiene que ser otorgada por el prestador designado por el seguro o una segunda opinión o quien determine la Intendencia de Seguros. Cuando hay riesgo de incumplimiento, nosotros en la Superintendencia, particularmente en mi Intendencia, tenemos que asignar nuevos prestadores.

Otra garantía es la protección financiera. Y este es el punto de mayor atracción para los beneficiarios de las ISAPRES, porque la preocupación de los beneficiarios es saber el alto costo de las atenciones. Entonces, el beneficio viene por esta garantía, no viene por el acceso ni por la oportunidad, porque esas están cumplidas, pero si vienen por la protección financiera, que significa y se traduce en que la contribución, el copago que tiene que efectuar el afiliado por cada por cada prestación del grupo de afectaciones, no va a ser mayor de un 20 por ciento de un valor determinado en el arancel referencial. Vale decir, si yo digo que una cirugía de cadera cuesta el equivalente en dólares a 5 mil dólares, puede ser que el precio referencial sea 4 mil dólares, la persona no va a pagar nunca más que el 20 por ciento de esto, si el beneficiario es ISAPRE. Así como también el beneficiario D, vale decir el de mayor ingreso dentro del FONASA, también tiene que pagar este 20 por ciento de inter-arancel. Pero eso hay que mirarlo en la perspectiva de que es una mejora respecto de lo que era el copago anterior.

Y la cuarta garantía es la calidad. Que el otorgamiento de las prestaciones sea por un prestador registrado, que es lo actual, o bien que está acreditado de acuerdo a la Ley. Este proceso de acreditación ha tardado más de lo presupuestado, porque los prestadores públicos no están preparados hoy día para cumplir todas las exigencias. Los estándares de atención no necesariamente se cumplen todo lo que son críticos en el sistema público, y eso ha ido retrasando el proceso. Pero ya a partir del próximo año va a ser exigible que los hospitales estén acreditados para poder dar atención en GES.

El otorgamiento es bastante complejo. Yo solamente me voy a referir a algunos elementos. Los problemas de salud son mucho más que un diagnóstico. Un problema de salud tiene muchos diagnósticos asociados, cada problema incluye intervenciones sanitarias, vale decir toda una etapa diagnóstica. Si yo tengo una sospecha de un cáncer mamario, tengo un paquete de atención que habla del diagnóstico. Si se confirma ese

diagnóstico, tengo otro paquete de atención que habla del estudio para la identificación. Posteriormente tengo en el tratamiento las distintas opciones: quirúrgica, radioterapéutica, de quimioterapia; quimioterapia paliativa; quimioterapia curativa, hormonoterapia, y el seguimiento, cuando se ha logrado el éxito que se tiene que mantener por un período de cinco años.

Así está establecido y ordenado lo que son las garantías explícitas. De ahí el término, lo explícito es exactamente eso: explícito hasta el principio activo del medicamento que se le va a otorgar, a todo el mercado de patología.

Los copagos están relacionados con estas intervenciones sanitarias. Ya aquí la prestación tiene una frecuencia promedio, que es de carácter referencial; creo que es un elemento muy importante para la etapa que tienen por delante, que es el costeo de estas atenciones, algo muy importante, la desagregación de cuáles son esas atenciones, con quién se pueden seguir, en qué cantidad se van a dar, para poder tener una cifra fija y válida.

La garantía física se aplica sólo en las prestaciones que están definidas en el arancel correspondiente. Vale decir, si yo soy hipertensa y me indican un medicamento que no está en lista de medicamentos para la hipertensión, no tengo vela aquí; me van a dar sólo aquellos que están en ese listado como principios activos.

Las demás prestaciones, no significa que no tengan ninguna cobertura. Se otorgan en el establecimiento asignado y tiene la cobertura base del FONASA o el plan complementario en las ISAPRES.

Financiamiento del Sector Público. ¿Cómo se logró financiar esto o cómo se financia hoy en día?

Se financió Ley del 1 por ciento del IVA. En Chile, hasta antes del 2005 el impuesto del IVA era el 18 por ciento. Se aumentó a 19 por ciento, y ese 1 por ciento adicional fue a financiar ya este esfuerzo sanitario. Y esto se definió primero en transitorio, posteriormente, dos años después se dijo "Esto es definitivo", que no tenemos una alternativa de financiamiento, por lo tanto esto se mantiene en el tiempo.

Y también aporte de otro impuesto a aquellos que están asociados con riesgo sanitario, como el tabaco y licor.

Ahora, esto es para el sector público; porque en el sector privado para los beneficiarios de las ISAPRES, cada uno de los beneficiarios debemos pagar una prima que nos impone cada ISAPRE por beneficiario, que la única gracia que tiene es que es un valor único, una tasa plana por beneficiario por año, que va entre los 90 y los 180 dólares al año, en adición a lo que yo pago por mi plan.

Aquí el financiamiento no es común, sino el financiamiento que aporte adicional es fundamentalmente para mejorar las arcas públicas y poder entregar mayor cobertura y mejor atención.

Se definió en todo caso con la estimación de lujo, una prima universal que decía: en el año 2005, con 25 problemas: 1,02 UF anual; –una UF son 47 dólares, esta es una medida financiera que se va actualizando de acuerdo al INVERSET–. Para el 2006 eran 40 problemas de salud, 1,04; en 2007, 3,06 y en el 2010 están 3,39. Cuesta menos en el FONASA que para las ISAPRES.

Vale decir hoy en día, para cubrir los 69 problemas de salud que están vigentes en el AUGE, Chile por cada beneficiado tiene que pagar cerca de 200 ó 190 dólares beneficiario-año. Esta es la estimación del costo de la atención de estos 69 problemas de salud. No necesariamente está medido cuánto sería el gasto, que ese es otro tema.

Ahora, inicialmente la propuesta legislativa incluía un Fondo de Compensación solidario entre gente de mayores recursos, que están fundamentalmente concentradas en las ISAPRES, y los beneficiarios del Seguro Público, el FONASA.

Esa alternativa no pasó, el proceso legislativo no fue acogido, y por lo tanto entonces la moneda de cambio fue decir: "Bueno, vamos a tener un fondo compensatorio; pero sólo al interior de las ISAPRES" Y ese fondo compensatorio se aplica y quien es responsable de hacer el cálculo, de hacer la distribución, es justamente la Superintendencia de Salud.

Pero esto no apunta a mejorar la solidaridad del sistema, ni mucho menos. Ese objetivo no fue cumplido con la reforma, porque no fue acogido mayoritariamente.

Ahora, es importante decir cuál es el impacto que ha tenido el GES. Existen algunos que hablan de la producción en términos de las prestaciones han aumentado, que ha mejorado la cobertura de la atención y, sin duda, también por supuesto ha aumentado el gasto. Pero cierto que uno de los objetivos de esta reforma era mejorar la situación de salud de la población. Cabe preguntarse desde el punto de vista sanitario cuál es el impacto que se ha logrado, y hay poca evidencia respecto a esto, no se han hecho muchos estudios, pero hay algunos elementos que son muy interesantes de analizar:

En el caso, tanto del cérvico uterino, como en el cáncer de mama, vemos que hay un avance en el sentido de una detección y un manejo más precoz, en estadios más precoces. Y sin duda esa es una ventaja en términos de una mejor sobrevida, así como también de una mayor eficiencia en el sistema, porque tratar a alguien en un estadio más precoz es más barato que tratarlo en las etapas más avanzadas. Y esto se ha observado en estos dos cánceres. Hoy en día cualquier tipo de cáncer infantil, cáncer de testículo, los linfomas, leucemia, están todos incorporados en el AUGE. Y están siendo evaluados, como

mencioné antes, la incorporación de otro cáncer: cáncer gástrico y otro tipo de tumores –que en este momento olvido– que entre los 69 problemas de salud están incorporados.

Ahora, otro aspecto, otro impacto muy importante y notable es la inclusión de trombolisis en el infarto del miocardio. O sea, yo decía un avance de todo el infarto de miocardio tratado con trombolisis, porque eso es lo que está garantizado; no están garantizadas las angioplastías ni el *by-pass*, porque no hay capacidad de oferta a lo largo de todo el país y porque tiene un costo muchísimo mayor también. Entonces, a pesar de que solamente se agregó la trombolisis, ya los cambios observados son estadísticamente significativos. Y de hecho este estudio no lo hizo ni el Ministerio, sino que lo hizo la Sociedad de Cardiología y Cardiocirugía Toráxica.

Adicionalmente se ha observado, además, entre los beneficiarios FONASA la publicación de labores y controles en caso de hipertensión. Se ha tenido una mejora de la cobertura en dos problemas de salud que son de alto impacto: en términos de hipertensión arterial –el 30 por ciento de la población mayor de 15 años en Chile sufre hipertensión arterial– y el 6 por ciento de la población es diabética y por lo tanto es una carga la enfermedad muy importante. Y en estudios que se han hecho a través de encuestas de salud, se pudo identificar que una parte importante de la población desconoce su condición de enfermo. Entonces, una mayor detección a través del examen de medicina preventiva permite una incorporación de esa población a programas de tratamiento precoz, y, sin duda, eso abulta a mejorar los resultados.

Ahora bien, esta es una gran panorámica de lo que es el Sistema de Salud Chileno, cómo ha evolucionado y en qué consiste todo este plan, toda la reforma de 2005, pero fundamentalmente focalizada en el AUGE. Ahora, dado que ustedes han diferenciado separación de funciones como un elemento importante, vale la pena preguntarse qué implica eso, si sólo separación de funciones, en qué aseguradora y prestadora, o bien también separar la responsabilidad de la seguridad social en aquellas prestaciones de salud y las relacionadas con pensiones.

Eso está mencionado en el documento. Y a este respecto puedo decir que desde hace muchos años en Chile, en paralelo con la creación de las ISAPRES, en el comienzo de los años 80, se crearon administraciones de fondos previsionales, como una opción privada para el tema de seguros tradicionales. Y, por lo tanto, existe también un equivalente en lo público, que es el Instituto Nacional Previsional.

Ahora, la cobertura previsional en Chile alcanza 66.6 por ciento de la población, cifra que sólo es superada en Latinoamérica por Uruguay, que tiene un 82 por ciento, ya respecto del tema de pensiones, a eso me estoy refiriendo. La cobertura en materia de salud en nuestro país es más alta que esa cifra.

El pago al Sistema AFP, es del 12 por ciento de la remuneración disponible. Entonces, si nosotros decimos que un trabajador en Chile, en forma mandatoria tiene el 7 por ciento para salud, el 12 por ciento es para previsión, para su pensión. Y algunos otros aportes. Además, los empleadores le tienen que pagar para todo lo que es salud relacionada con el trabajo, vale decir accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, en una cuota aparte que pagan los empleadores.

Esas materias no están incorporadas al sistema que hemos revisado.

Entonces, el gasto y los aportes son sustantivos, ya que tenemos casi un 20 por ciento de la remuneración disponible que va a tributar a alguno de estos elementos: salud y pensión.

Esta separación de funciones, es un elemento positivo por la profesionalización de los responsables, porque permite una interacción con el sistema sin que haya incentivos perversos. Si yo soy a la vez el financiador y el prestador, si algo me sale muy caro y tengo un desincentivo, me voy a otro lado; porque no voy a lograr equilibrar mi presupuesto. Entonces, esta separación sin duda que mejora el proceso en su generalidad, y abre la oportunidad de establecer mecanismos de pago diferenciados en un tipo de inversiones y unidades en la deducción.

A este respecto, en Chile se implementó un sistema capitado para la atención primaria en el año 90. Este valor no se ha ido ajustando completamente acorde a estos nuevos desafíos, a estas nuevas responsabilidades, y por ello hoy en día está mezclado este cápita en la atención primaria con aportes directos vía programas –programas especiales se llaman– resultando que el cápita hoy día sólo representa cerca de la mitad del financiamiento de la atención primaria.

La aplicación de un sistema capitado para todos los niveles complejiza su cálculo y su aplicación: requiere de redes integradas, ganar lo suficiente en su capacidad resolutiva, y requeriría una definición muy fina, un modelo de atención que sea aplicable a toda la nación y, es un elemento importante, que yo no sé cuán homogénea será la conformación de las redes en los distintos Estados, en las distintas áreas geográficas del país. De un elemento importante a considerar en el sentido de esta separación, tanto por las debilidades en la línea prestadora como también a lo mejor ciertas diferencias en términos del costo de las atenciones dada esas diferencias geográficas.

Se ha dado la dispersión en algunas áreas. En el área más sur del país, hay poblaciones que están muy desconcentradas y que son comunidades con 100 habitantes. Sin duda que hacer llegar el personal de salud para 100 personas, sale muy caro.

En Chile vivimos esa experiencia, porque la parte final de Chile está fragmentada, son islas. Entonces, de repente solamente se pueden hacer lo que llamamos nosotros las “rondas

rurales", en avionetas o en lanchas. Y esto es tremendamente caro. No es lo mismo que un consultorio en una región urbana, que tiene costos que son diferenciados. Por lo tanto el cápita, cuando se definió, tenía incorporadas diferenciaciones de esa naturaleza.

Otro elemento importante que ha sido mencionado es el fortalecimiento de la función rectora. Este es un elemento fundamental por la necesidad de vivir política y hacer coherente el trabajo conjunto del sistema en pos de su cumplimiento. Y las tareas definidas son la conducción del Sistema Nacional de Salud y la protección de la población contra riesgos sanitarios; la coordinación, el esquema financiero en la gestión de recursos y la protección al usuario. Lo que está marcado con azul en distintas tonalidades, son aspectos que en Chile se abordan de manera distinta: está coordinación respecto de las redes prestadoras, que está al interior del Ministerio, pero en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Y regionalmente en lo que se llaman los Servicios de Salud que en algunos casos coinciden con una región o en las áreas de alta concentración poblacional, son más de un servicio de salud por región; esa coordinación está en otro nivel.

El esquema financiero y la gestión de recursos, está diferenciado en el mundo público en el FONASA y en las ISAPRES de cada una de ellas.

Y la protección al usuario, entendiendo ésta como la preocupación por la calidad, el darle cuenta a los reclamos, el hacer de ciertos procesos de mediación cuando hay conflicto entre el prestador y el usuario, etcétera, eso está fundamentalmente entregada su responsabilidad a la Superintendencia de Salud, ya sea la Intendencia de Prestadores o la Intendencia de del Fondo de Seguros.

Esa son las líneas en la cuales el país, Chile, ha abordado esta preocupación.

También es importante mencionar en el fortalecimiento de la función rectora, que en la propuesta por lo menos a mí no me quedó claro de quién es responsable del monitoreo del sistema de temas sensibles, como son la calidad de la atención, el trato al usuario, etcétera. ¿Por qué lo menciono? Porque en los años 80, cuando se crearon las ISAPRES, se mencionó que había que cuidar y había que fiscalizar cuál era el desempeño de la institución, y se le entregó al FONASA, el Fondo Nacional de Salud, y Seguro Público, esta responsabilidad. ¿Y qué es lo que pasó? Esta responsabilidad se cumplió muy mal, en muy poca cuantía; porque no había capacidad ni conocimiento de cómo operar este otro mundo, que era el mundo privado. Y por lo tanto, sólo se vino a regular y fiscalizar el sistema de ISAPRE, cuando se creó en el año de 1990 una Superintendencia ISAPRE. Antes de eso, la función había sido asignada a una entidad existente, pero esa entidad existente no tuvo la capacidad, ni hay el recurso para ejecutarla.

Entonces, es una lección que hay que revisar, digamos, de cuál es la capacidad real al entregarle una función nueva a una entidad hoy día existente. La experiencia muestra que esta responsabilidad puede ser riesgosa también al mismo ente, en términos de postergar

en monitoreo y la protección del usuario. Si yo voy a tener quejas, por la aceptabilidad y el nivel de satisfacción del usuario, no voy a querer saber mucho cuando están insatisfechos. Es difícil que se me exija ya el mismo nivel de acuciosidad, de imparcialidad, que cuando soy el mismo ente involucrado. Entonces, ese es otro elemento que hay que considerar.

Y por eso yo puedo platicar esta propuesta de creación de una Superintendencia Salud, no como una Superintendencia *per sé* con ese nombre; sino que un ente nuevo, al cual se le entregue una responsabilidad y que tenga cierta distancia e imparcialidad al término del proceso que va a supervisar y fiscalizar. Ese es un elemento que, a mi modo de ver, es importante.

Respecto de la reestructuración del financiamiento, aquí se menciona la creación de un ente que recepcione los ingresos del sector y los distribuya entre los prestadores y entes articuladores. Esto es un hecho positivo por la oportunidad de transparentar y homogeneizar los criterios para esa distribución. En Chile mucho se hablaba que al interior del sector público no había claridad en la distribución de los recursos; había regiones que eran mejor tratadas que otras, y otras eran postergadas. Entonces, el que exista un ente que hace el acopio de todos estos recursos y hace una distribución y defina un modelo, una metodología para esa distribución, yo creo que le entrega mayor transparencia al sistema.

Ahora, estos entes articuladores van a ser un elemento crítico, en el sentido de que van a ser como mini-seguros; porque van a recibir los fondos y van a tener que hacer saber, ya sea de manera concreta o virtual, para entregar esos beneficios. Por lo tanto, también van a requerir una regulación y una fiscalización muy importante, para que no haya un perjuicio a aquellos que se han adscrito a un determinado articulador y, por ende, una red de prestadores.

Ahora, la reestructuración del financiamiento es una oportunidad para diferenciar la inversión de los propios operarios recurrentes, y es un elemento que siempre es un problema en salud: cuánto tengo que destinar o cuánto tengo que reservar para la renovación tecnológica, para la reinversión, para la construcción de nuevas instalaciones, en relación con el fondo cooperativo, para dar la atención que está comprometida.

El uso de diferentes mecanismos de pago, cada pago por paquete de servicio es una oportunidad, pero hay que tener presente que no existe un mecanismo de pago perfecto. Todos y cada uno de ellos tienen ventajas y desventajas.

El desafío es reconocer para qué nivel o para qué tipo de prestaciones le cabe aplicar a determinado mecanismo de pago. Y entonces complementar el conocimiento de esta herramienta, su aplicación en condición específica, aplicando mecanismos de control para cada uno de ellos.

Uno se siente muy tentado de que el cápita (para el cálculo del financiamiento) era un sistema muy bueno, pero la gran desventaja o el gran riesgo que éste tiene es la subprestación de servicios; porque el ente recibe una cierta cantidad y, bueno, puede ahorrarla y generar una "utilidad" –entre comillas–, en la medida en que no se gasta todos sus recursos; porque se reserva algunos. Y eso es un elemento que significa que hay que tener mecanismos de control estrictos del uso de esos recursos; más aun si va a entrar a jugar en este escenario nacional, nuevos actores, como serían estas entidades articuladoras.

Entonces, hay que definir muy claro cuáles son los contratos, cómo se va a supervisar y qué indicadores de desempeños, con qué frecuencia se van a revisar esos recursos, etcétera.

Aquí algunos modelos del tipo de predicción del riesgo médico, en salud. Edad le permite crecer el 5 por ciento; si le sumo el sexo, llego como al 7 por ciento; si yo sumo al historial clínico la patología, ya me acerco cerca del 35 por ciento; y sólo cuando agrego todo, agrego el consumo a medicamentos, voy a llegar reducir el 50 por ciento del riesgo. Entonces, esto nos dice que el riesgo asociado a un mal cálculo de la prima, no es porque se haga mal el trabajo, sino porque no tenemos elementos para dar cuenta de todas las variables que entran en juego. Y mientras más variables podamos poner en esta evaluación, más certeros vamos a ser en el cálculo.

Respecto de la articulación de los servicios de salud, sin duda que este es un tema crítico para lograr eficiencia, justamente evitar lo que se mencionaba hace un rato como una potencial explicación de la manutención del alto gasto de bolsillo que es la duplicación de prestaciones. Y eso significa que tiene que haber una brigada, centralizada o regionalizada, que diga cómo se desarrollan ciertos polos de servicios de acuerdo a su complejidad, porque no puedes pretender que esté desarrollado en todos y cada uno de los establecimientos. Habría que dar un orden en eso; porque de lo contrario va a ser ineficiente.

Ahora, en esta propuesta se incluyen ingresos por entidad capituladora, en el escenario local. Esto implica lo que dije anteriormente: definir estrictamente las obligaciones y atribuciones: que atribuciones van a tener para decir "Con este prestador no sigo más" Debieran de considerar esos contratos hacia la entidad. Y definirse quiénes harán uso de esos recursos públicos. Será el encargado de supervisar esta entidad.

Se visualiza este tema complejo en la práctica, pero funciona en el sentido contrario un ente privado a uno público. Hay una reflexión qué hacer si se está preparado para eso. Vale decir: me pongo en la situación de un ente articulador privado, nuevo actor en el escenario, y que dice "Bueno, tengo unas redes, la redes incluye públicos y privados; me incluyo algunos entes públicos, y no estoy conforme con el desempeño, no estoy de acuerdo con la calidad, la atención, etcétera; voy a terminar el convenio con este

prestador público" ¿Qué pasa con ese prestador público? Que se queda sin un respaldo financiero. Entonces es un elemento que hay que tener en consideración respecto de cómo modelar y cómo poner en práctica este tipo de elemento.

Respecto de la prestación de servicios, ¿cuáles serán los servicios de salud universal? Ya se ha dicho que es parte del trabajo futuro. Sin duda ya hay una definición en el Seguro Popular, y se va a avanzar en relación con lo que ya se ha construido.

Y la proposición en cuenta son: problemas de salud, prestaciones, o grupos poblacionales. Cualquiera que sea el método, hay que ser bien riguroso en la definición, ojalá lo más precisa posible, de modo tal que el costeo por una parte sea representativo de la realidad, considerando con cuidado el sector público, el precio y la demanda.

Esos son elementos fundamentales que en la experiencia que tenemos en Chile, en que para cada una los cambios en el AUGE se ha hecho un estudio de verificación de fondos, en que se ha tenido que estudiar el P por Q –precio por demanda– para cada problema de salud, para cada intervención sanitaria en el mundo público, en el mundo privado. Y así llegar a adquirir el esquema universal, que es un trabajo bastante extenuante.

Particularmente, a mí me tocó participar, como trabajaba en ese entonces en una empresa consultora, en cuatro de estos estudios, y por eso menciono que en la medida en que sean lo más precisos posible, ya uno puede lógicamente llegar a tener cifras confiables.

Tomar lecciones de otros países que han hecho el esfuerzo de priorización, como Colombia, que tiene prestaciones fundamentalmente; Uruguay también, ha priorizado prestaciones, independiente de cuál es el uso que se le vaya a dar a esas prestaciones. O sea, van a decir, "Yo garantizo un escáner cerebral. No estoy diciendo cuándo, ni quién lo debe indicar. Solamente está garantizado."

Y Chile, que optó por este modelo, que es más complejo por todo el trabajo de diseño previo, que habla de los problemas de salud y sus prestaciones asociadas. El tema de prestaciones es un espacio en que también tenemos que preocuparnos por la calidad de la atención y la oportunidad, que ya ha sido mencionada en la propuesta.

Y cómo contribuir a mejorar la calidad de la atención; el uso de los bioquímicos; pasar al método de medicina basada en evidencias, para dar mayor validez a la selección de intervenciones. Es el gran valor agregado que tiene la creación de estas guías clínicas en Chile. El análisis para un determinado problema de salud, cuáles son las alternativas de manejo, ya permitió hacer una selección que sea efectiva. Y que por ende entonces nos permita presumir un resultado teniéndose un impacto mayor.

Por otro lado, instrumentos de acreditación: así como también los sistemas de monitoreo de resultados. Estos dos hallazgos que les he mencionado sobre el infarto, y de mejoría en la precocidad del diagnóstico y el manejo en algunos tipos de cáncer, son resultado del monitoreo sanitario. Y a eso hay que anteponer o como parte del diseño.

Esta tabla solamente muestra el nivel de detalle que tiene en lo que se llama garantía explícita; para la confirmación de un paciente con diabetes tengo prestación por prestación que es para el GES, para la evaluación inicial del paciente, para el tratamiento de primer año; en este caso del segundo año, qué es lo que incluyo, qué medicamento, qué insumo, ya si voy a entregar o no un glucómetro, las cintas, las lancetas, etcétera. Todo lo que no está aquí en estos listados, no está garantizado; no está garantizado bajo la lógica de la GES. No significa que quede abolido, que no tengan acceso; pero no bajo esta forma de operación.

Ahora, ¿qué conclusiones uno puede sacar de esta propuesta y de los desafíos que por lo menos en la experiencia chilena hemos observado en el trabajo y en la implementación de este tipo de propuestas?

Para avanzar hacia un plan básico universal que incluya una tecnología apropiada, sobre comprar soluciones y no solamente acciones de salud, ese es un cambio en el esquema. Ya no solamente tengo que tener un consultorio, un centro de atención primaria, un hospital que opere, que entregue consultas, sino yo tengo que lograr que este prestador resuelva problemas de sus demandantes, de sus usuarios demandantes; si (el usuario) consultó que tenía un problema de una retinopatía diabética, que le resuelvan su problema; que no llegue a quedar ciego producto de una catarata, etcétera.

Solución. Mayor eficiencia en ambos sistemas. Cambio en la financiación, pasando a un método de pago que era el presupuesto histórico, de modo que apunte una mayor eficiencia. Cápita en la atención primaria. Hoy día se pagan por paquete estas tres soluciones. En Chile a los hospitales, y a nivel secundario, pero también se está pensando en el uso de los GRD para la atención hospitalaria. Pero eso todavía va a ser todo un año el plazo.

Aumentar la equidad con la incorporación futura de un plan básico universal igual para todos, que ustedes están proponiendo.

Por otra parte, me gustaría decir que revisé en detalle la propuesta, y me parece muy atractiva, con mucho sustento, en base al conocimiento y la experiencia actual de la situación del país, que hay que considerar que está la estrategia de aprobación, que ésta va a ser por la vía legislativa o solamente por decreto, o cómo se va a ir complementando toda esta estructura de regulación que tiene que tener este nuevo sistema, este gran cambio.

La gradualidad de la aplicación que se ha mencionado es relevante al momento de aplicarlo al tiempo, ya sea en los componentes, en los beneficios. Chile optó por la estrategia de la gradualidad. ¿Gradualidad en qué? En la aplicación de algunos componentes, como por ejemplo en la garantía de calidad, inicialmente se le dio solamente por un registro; no por la acreditación, porque eso lleva más tiempo. Y respecto de los problemas de salud y los beneficios, se fue incrementando 25, 40, 56, 69 problemas, 80 probablemente el próximo año.

Es crítico considerar los apoyos políticos, y más relevante aún realizarlo en escenarios de potenciales detractores; tiene uno que actuar en forma más preventiva, durante todo el proceso de reforma. En Chile, en el año 2000 en que se generaron las primeras reuniones, en el año 2002 ya se mandaron los cuerpos legales al Parlamento, para que finalmente el año 2005 esto fuese aprobado. O sea, tiene una larga trayectoria.

Y esa larga trayectoria obedece a todas las fuerzas, a favor y en contra, que se fueron articulando durante ese período. Y eso también condicionó que el producto que se presentó al Parlamento no fue igual al que salió al Parlamento. Uno tiene que tener claro que tiene que tener monedas de cambio, y tiene que idear cuáles son las monedas de cambio para algunos de los distintos opositores. Y me permito hacer algunos consejos que le valga medicina preventiva:

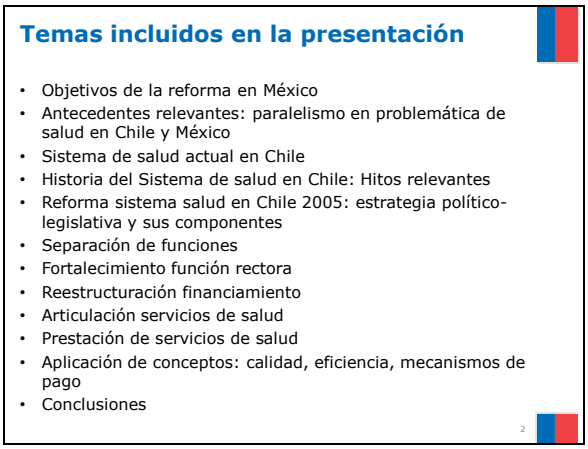
Nuestros países, que enfrentan la problemática del envejecimiento, de la transición epidemiológica ya instalada con alta carga de morbilidad de patología crónica, no podemos seguir mirando y privilegiando la atención curativa. Por eso me parece muy destacado el que ustedes hayan puesto unos recursos separados para la atención preventiva, y luego la operativa, porque de lo contrario la atención asistencial se come a la medicina preventiva.

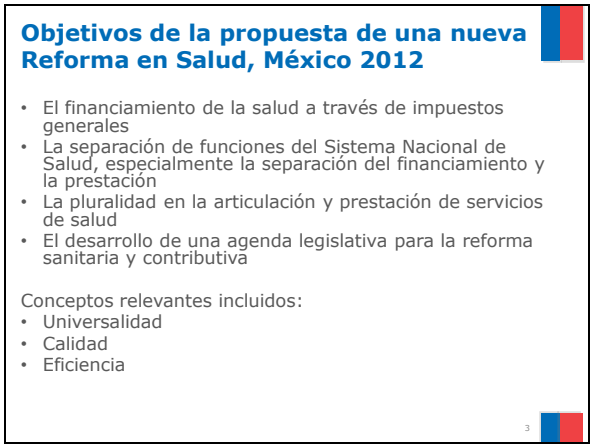
Revisar las formas y proceso de avance en la calidad de la atención. Yo vi que están propuestas las auditorías médicas, que son más bien retrospectivas ya, y siguen siendo tan mencionadas las guías clínicas, tal vez el hacer una definición de lo que se espera de la calidad es un punto de partida necesario. Cuáles son los estándares mínimos respecto de la seguridad de la persona, de la seguridad de la atención, de evitar efectos malversos en el proceso asistencial. Son los que el país quiere asegurar.

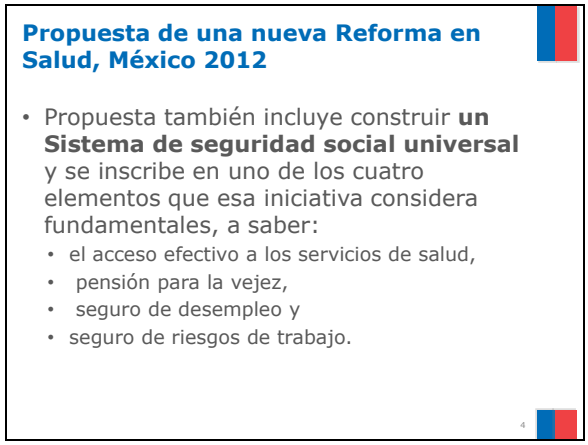
También preocuparse por la oportunidad de la atención y brindar el pase para que las personas puedan reclamar. Y definir *a priori* (los datos); es un elemento muy importante y ha sido crítico en el sentido de que Chile no tiene todas las evaluaciones que debiera tener, en base a los 7 años de desarrollo de esta reforma. ¿Por qué? Porque los datos y los sistemas de información que han existido, no han permitido el monitoreo y el control de los resultados de la forma y con la frecuencia que uno quisiera tenerlos. Entonces, es muy importante anticipar esa situación y realmente tener definido cuáles van a ser los métodos de evaluación para darse los indicadores y de dónde van a surgir estos datos. Porque, de

lo contrario, transcurre el tiempo y muchas veces no podemos reconstruir esta historia. Entonces este es un elemento muy importante, porque es un argumento que más adelante se va a requerir para que esto vaya ampliándose. Entonces, es muy importante validar los resultados a través de buenos sistemas de evaluación.

Y aquí viene una panorámica de lo que ofrece mi país, el vino, que seguramente algunos conocen, en el norte ya tenemos variedad, en el norte, en el sur y aquí en la Ciudad de Santiago, de donde yo provengo.







ANTECEDENTES GENERALES DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN CHILE

Gobierno de Chile

5

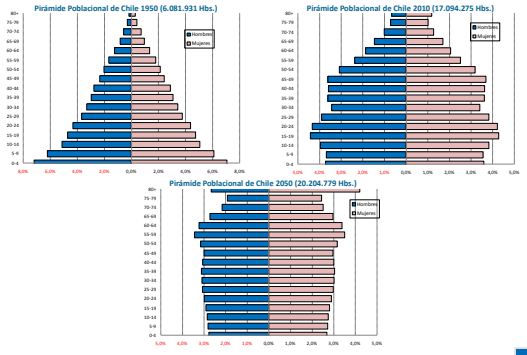
Chile en Algunas Cifras

Indicadores	1990	2000	2009
Población	13.178.782	15.397.784	17.094.270*
Población mayor 65 años (%)	6,1	7,2	9,0*
Población menor 15 años (%)	29,9	27,8	22,3*
Esperanza de vida al nacer (años)	74	77	79
Tasa mortalidad infantil (c/mil nacidos vivos)	18,3	9,0	7,0
PIB (MM US$)	31.559	75.211	163.669
PIB per cápita (US$)	2.393	4.878	9.644
Gasto en salud (% PIB)	5,3 **	6,6	8,2
Gasto en salud per cápita (US$)	264 **	324	787
Gasto en salud sector Público (%)	48,2 **	52,1	46,8
Salud (% presupuesto público total)	---	12,3	14,8
Afiliados FONASA (%)	73,1	65,6	73,5
Afiliados ISAPRE (%)	15,9	20,0	16,3

Nota: La tasa de crecimiento natural de la población es de 8,59 (por mil) para el quinquenio 2010-2015.
(*) Datos de 2010
(**) Datos de 1995

6

Envejecimiento de la Población



7

Chile, América Latina y OCDE
Indicadores Comparados, 2009

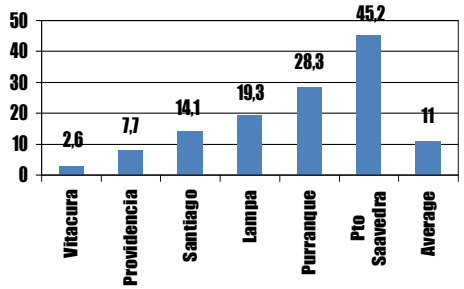
Indicadores	LA y Caribe	Chile	OCDE
Población mayor 65 años (%)	6,8	9,0	14,4
Población menor 15 años (%)	28,1	22,3	18,7
PIB per cápita (US$)	7.260	9.644	33.668
Gasto en salud (% PIB)	7,7	8,2	11,9
Gasto en salud per cápita (US$)	545	787	3.977
Gasto en salud sector Público (%)	51,7	46,8	62,4
Esperanza de vida al nacer (años)	74	79	79
Tasa de mortalidad infantil (c/1000 nacidos vivos)	18,9	7,0	7,4

Fuente: Banco Mundial

8

Brecha de equidad

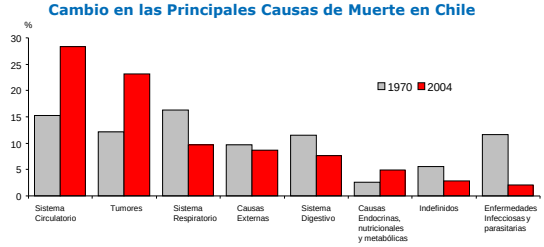
Mortalidad infantil según comuna de residencia



9

Desarrollo y Cambios en el Perfil Epidemiológico

Cambio en las Principales Causas de Muerte en Chile



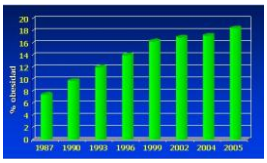
Fuente: Departamento de Estadística e Informática de la Salud, Ministerio de Salud.

10

Estilos de Vida No saludables

En la Encuesta Nacional de Salud 2010 se cumplieron las metas prestacionales, pero en lo que se refiere a los estilos de vida no hay avances.

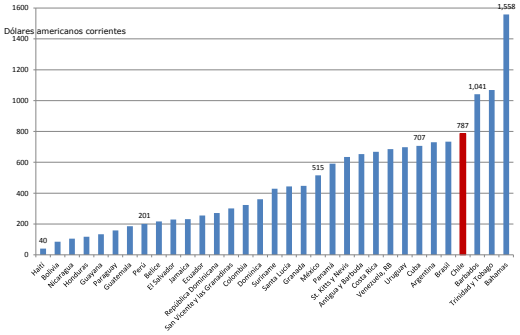
Porcentaje de obesidad de niños que ingresan al sistema escolar



Fuente: Exposición Dra. Raquel Burrows. Obesidad Infantil en Chile: Epidemiología, Factores Ambientales y Consecuencias, Programa Clínico de Obesidad Infantil y del Adolescente, INTA, Universidad de Chile.

11

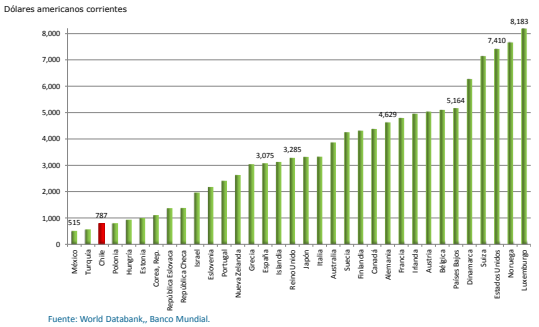
Gasto per Cápita en Salud



Fuente: World Databank, Banco Mundial.

12

Gasto per Cápita en Salud
Países OECD, 2009

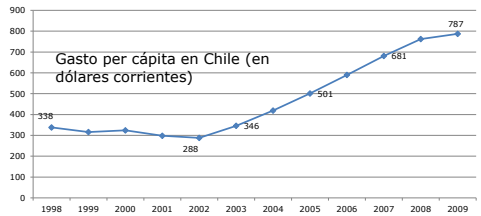


Fuente: World Databank,, Banco Mundial.

13

Costos Crecientes en Salud
Septiembre de 2011

- ¿Cuánto han aumentado los costos en Chile?

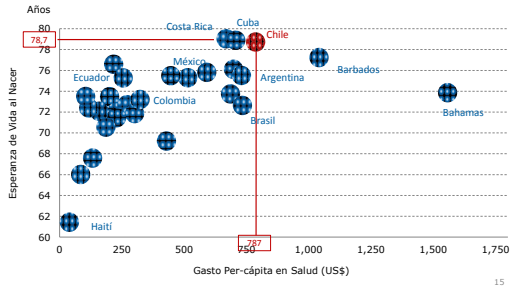


¿Cuánto del aumento de costos es debido a innovación tecnológica en salud? No está claro.

Fuente: Banco de Datos del Banco Mundial.

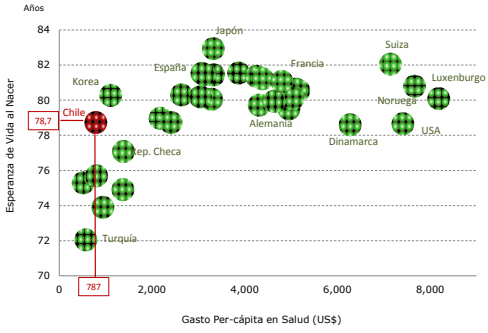
14

Esperanza de Vida en Función del Gasto per Cápita en Salud
América Latina y el Caribe, 2009



15

Esperanza de Vida en Función del Gasto per Cápita en Salud
Países de la OCDE, 2009



16

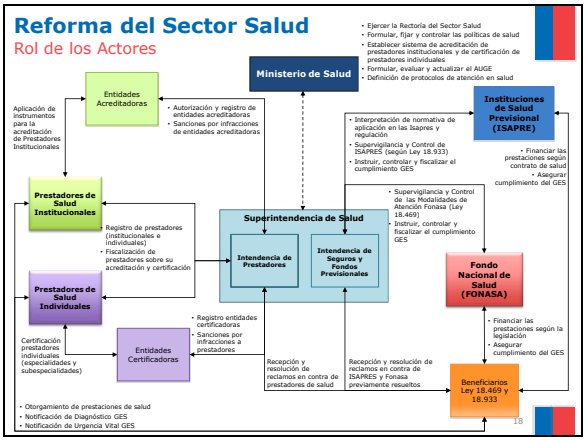
Sistema de salud en Chile

- Sistema mixto: publico privado
- Con financiamiento mandatorio para los trabajadores dependientes. 7% de los ingresos deben ser aportados a alguno de los subsistemas.
- Trabajadores pueden elegir entre lo público (Fonasa) o bien alguna de las entidades privadas (isapres)
- La capacidad de elección está limitada por 2 puntos:
  - Precio (generalmente en isapres pagan mas del 7%)
  - Preexistencias y edad
- Productos no son equivalentes: Isapres deben cubrir al menos lo que el Fonasa otorga
- Existen miles de planes en las isapres
- Fonasa solo tiene 2 opciones
  - Modalidad institucional) atención en red de SNSS)
  - Modalidad libre elección: atención en privados con aporte del Fonasa
- Fonasa entrega gratuidad de servicios en atención primaria y restantes niveles a mayores de 60 años

17

Reforma del Sector Salud

Rol de los Actores



18

Historia del sistema de salud en Chile

- La historia del Sistema de Salud Chileno podemos dividirla en 4 etapas:
  - **"Caridad"** (Colonia a República Temprana),
  - **"Ciencia y Estado"** (1840 a 1970),
  - **"Descentralización y Privatización"** (1973 a 1990) y
  - **"Refuerzo y Modernización de lo Público"** (1990 hasta ahora).
- Hitos relevantes:
  - En 1552 se funda el primer hospital,
  - En 1886 se crea la Junta de Beneficencia, con el objetivo de dar unidad administrativa a los establecimientos sanitarios.
  - En 1887 se crea la Junta General de Salubridad para asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.
  - En 1918 se publica el primer Código Sanitario donde se establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad.
  - En 1938 la Ley 6.174 establece los principios de la medicina preventiva, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores

19

Historia del sistema de salud en Chile

- Hitos relevantes:
  - 1942 aparece la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (Protinfa) y también se crea el **Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena)** cuando se fusionan los departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Privados. Su objetivo era prestar acciones de prevención.
  - En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el **Sistema Nacional de Salud (SNS),** organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años.
  - En 1958 se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo
  - En 1979 se fusionan el SNS y Sermena, con lo cual se reorganiza el Ministerio de Salud. Se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP).

20

Historia del sistema de salud en Chile

Hitos relevantes:

- En 1980 se concreta el proceso de **municipalización del sector primario** y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades. Se reforma el sistema previsional de pensiones y salud. Comienza la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud.
- En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados.
- En 1986 la Ley 18.566 permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto
- En 1988 se fija la cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo.
- En 1990 la Ley 18.933 crea la Superintendencia de Isapres y modifica la legislación de dichas instituciones.

21

Historia del sistema de salud en Chile

Hitos relevantes:

- En 2002 se envían al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conforman la Reforma de Salud.
- En 2005 se dictan leyes de la Reforma y entra en vigencia:
  - la **nueva Ley de Autoridad Sanitaria y**
  - **la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE)**, pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno.

22

REFORMA A LA SALUD CHILE, 2005

Gobierno de Chile

23

Reforma de la salud: Objetivos

- Mejorar la salud de la población
- Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad.
- Disminuir brechas de inequidad
- Mejorar la eficiencia del sistema

24

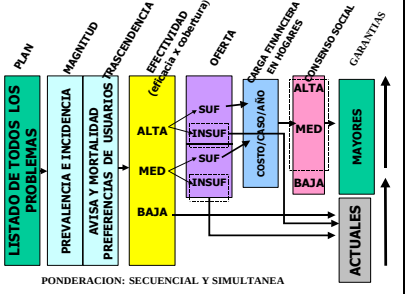
Reforma de la salud: Leyes

- Ley "corta" de isapres (Ley N° 19.895)
- Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937)
- Ley A.U.G.E., incluye Med. Preventiva. (N°19.966), Régimen de garantías
- Ley "larga" de isapres (Ley N° 20.015)
- Financiamiento del AUGE
- Derechos y deberes de los pacientes

25

Reforma de la salud: criterios de priorización

Incorporación de Medicina Basada en la Evidencia:
•efectividad,
•eficiencia uso recursos,
•cumplimiento otras normativas nacionales (Ej: Política Nacional Medicamentos)



26

Priorización de patologías

- Magnitud del problema, medido en base a frecuencia de aparición (Ej: HTA en 30% población adulta).
- Trascendencia, medido en base a tasas de mortalidad y discapacidad (Ej: cánceres, VIH-SIDA).
- Efectividad de medidas de intervención: es decir tanto eficacia del método como cobertura poblacional.
- Capacidad de oferta de los Prestadores: En este caso el mejor ejemplo es la limitación del tto del infarto sólo a lo médico, no incluyendo la angioplastía o by pass por insuficiencia de la red pública y privada en algunas zonas del país.
- Carga financiera: nivel de gasto total y de gasto del bolsillo de la población para el manejo integral de los casos (Ej: IRC)
- Consenso social: importancia que la población le da a un problema d e salud, por las variables anteriores y otras de carácter social (ej. SIDA).

27

2.2 Plan Garantizado de Salud GES/AUGE

Septiembre de 2011

Sistema de Priorización

Implementación Gradual

28

Plan GES: Establecimiento Gradual

Septiembre de 2011

Primer Régimen DS N° 170 (01/07/2005)

1. Insuficiencia Renal Crónica Terminal
2. Cardiopatías Congénitas Operables
3. Cáncer Cérvicouterino
4. Cuidados Paliativos Cáncer Terminal
5. Infarto Agudo del Miocardio (IAM)
6. Diabetes Mellitus Tipo 1
7. Diabetes Mellitus Tipo 2
8. Cáncer de Mama
9. Disrafias Espinales
10. Escoliosis, tratamiento quirúrgico en menores de 25 años
11. Cataratas
12. Artrosis de Cadera Severa que requiere Prótesis
13. Fisura Labiopalatina
14. Cánceres Infantiles
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de Testículo
17. Linfoma del Adulto
18. VIH / SIDA
19. Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil
20. Neumonía Comunitaria de Manejo Ambulatorio
21. Hipertensión Arterial
22. Epilepsia No Refractaria
23. Salud Oral
24. Prematurez
25. Trastorno de Conducción que requiere Marcapaso

Segundo Régimen DS N° 228(01/07/2006)

26. Colecistectomía preventiva del cancer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido

29

Plan GES: Establecimiento Gradual

Septiembre de 2011

Tercer Régimen DS N° 44 (01/07/2007)

41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tratamiento quirurgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más
44. Tratamiento quirurgico hernia nucleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencias odontológicas ambulatorias
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Atención de urgencia del traumatismo cráneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono

Cuarto Régimen DS N° 1 (01/07/2010)

57. Retinopatía del Prematuro
58. Displasia Broncopulmonar del Prematuro
59. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro
60. Epilepsia No Refractaria en Personas 15 Años y Más
61. Asma Bronquial en Personas de 15 Años y Más
62. Enfermedad de Parkinson
63. Artritis Idiopática Juvenil
64. Prevención Secundaria Insuficiencia Renal Crónica Terminal
65. Displasia Luxante de Caderas
66. Salud Oral Integral de la Embarazada
67. Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente
68. Hepatitis B
69. Hepatitis C

30

¿Nuevos PS en 2013?

Ministerio de Salud analiza incorporación de:

- Trastorno bipolar
- Depresión de 10 a 14 años
- Cáncer vejiga
- Cáncer colon
- Cáncer Ovario
- Osteosarcoma
- Lupus eritematoso sistémico
- Trastornos valvulares en > 15 años
- Glaucoma
- Hipotiroidismo
- Ulcera péptica

…en proceso estudio de verificación de costos

31

Reforma de la salud: Examen de Medicina Preventiva

- Según el grupo poblacional estudia distintas enfermedades a través de examen clínico, encuestas y/o exámenes de laboratorio o imágenes.
- Los estudios incluidos son aquellos con un análisis de costo-efectividad alto en población sana

ENFERMEDAD	POBLACIÓN						MUJERES			HOMBRES
	EMBARAZADAS	RECIÉN NACIDO	LACTANTES	NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 2 Y 5 AÑOS	PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	ADULTOS DE 65 AÑOS Y MÁS	25 A 64 AÑOS	40 AÑOS Y MAS	50 AÑOS	40 AÑOS Y MAS
Diabetes Mellitus		Fenilcetonuria	Displasia del desarrollo de caderas	Sobrepeso y obesidad	Beber problema	Evaluación funcional del adulto mayor	Cáncer cérvico uterino	Dislipidemia	Cáncer de mama	Dislipidemia
VIH/SIDA		Hipotiroidismo congénito		Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual	Tabaquismo					
Sífilis					Sobrepeso y obesidad					
Infección urinaria					Hipertensión arterial					
Sobrepeso y obesidad		Displasia del desarrollo de caderas		Detección de malos hábitos bucales	Diabetes Mellitus					
Hipertensión arterial					Sífilis					
Beber problema					Tuberculosis					
Tabaquismo										

32

Guías clínicas

CLC CLINICA LAS CONDES

- Constituyen una orientación basada en la mejor evidencia científica disponible para enfrentar los problemas incluidos en el GES y no reemplazan lo establecido en el Decreto, ni el juicio clínico frente a pacientes individuales.
- Elaboradas en base a una revisión sistemática de la literatura con preguntas clínicas específicas para cada PS
- Implicó un análisis critico de la literatura de acuerdo a pautas de revisión según el diseño de investigación evaluado, incluyendo guías clínicas, meta-análisis, revisiones clínicas, estudios de pronóstico, de etiología/daño, de pruebas diagnósticas y ensayos terapéuticos, categorizados según la tabla de evidencia de "User´s Guides to the Medical Literature"3.
- Trabajo organizado por el Ministerio de Salud en conjunto con grupos de especialistas para cada PS

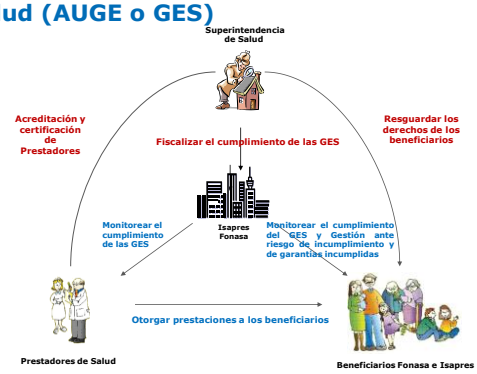
33

Reforma de la salud: Autoridad sanitaria

- Redefinición y reestructuración del rol del Ministerio de Salud: Subsecretaria de Salud Pública y de Redes Asistenciales
- Redefinición rol de Seremis de Salud, Servicios de Salud
- Creación de Superintendencia de Salud con 2 Intendencias: Fondos y Seguros Previsionales y de Prestadores
- Su misión incluye:
  - Supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional y FONASA
  - velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud (fiscalizaciones)
  - fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

34

Actores de las Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES)



35

GARANTIAS DE SALUD

Gobierno de Chile

36

2.1 Las Garantías del GES/AUGE

Septiembre de 2011

37

Acceso

- Obligación de FONASA o las isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo definido al efecto

38

Ejemplo

Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en Personas de 15 años o más

Definición: Se considera hipertenso a todo individuo que mantenga cifras de presión arterial (PA) persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140/90 mmHg.
La hipertensión primaria o esencial, es aquella que no tiene causa conocida.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Hipertensión Arterial Esencial

a) Garantía de Acceso

Beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha : tendrá acceso a diagnóstico
- Con confirmación diagnóstica : tendrá acceso a tratamiento
- En tratamiento : tendrá acceso a continuarlo

39

Oportunidad

- Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el DS Nº 170.
- Dicho plazo considerará a lo menos, el tiempo en que la prestación debe ser otorgada por el prestador designado por el seguro, segunda opinión o quien determine la intendencia de seguros.

40

Protección financiera

- Contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel referencial del RGS.

41

Ejemplo

Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en Personas de 15 años o más

b) Garantía de oportunidad

- **Diagnóstico**
  - Confirmación: Dentro de 45 días desde detección de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.
  - Con especialista: Dentro de 90 días desde la derivación, si requiere, según indicación médica.
- **Tratamiento**
  Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.

c) Garantía Protección Financiera

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago	
				Copago (%)	Copago ($)
Diagnóstico	Confirmación Hipertensión Arterial	por evento	16.480	20%	3.300
Tratamiento	Tratamiento Hipertensión Arterial	anual	9.310	20%	1.860

42

Calidad

- Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un **prestador registrado** o acreditado, de acuerdo a la Ley Nº19.937, en la forma y condiciones que establece el DS Nº 170
- El proceso de acreditación ha tardado mas de lo presupuestado originalmente, porque los prestadores públicos no están preparados para cumplir las exigencias de este proceso

43

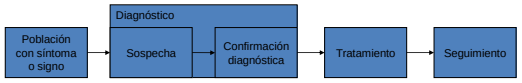
CONCEPTOS BÁSICOS Y OPERATIVA

Gobierno de Chile

44

Conceptos básicos: Etapas del proceso de resolución de un problema de salud GES

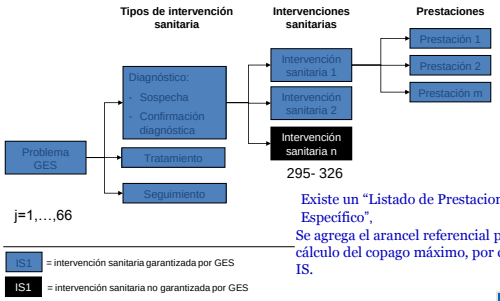
- Hay 4 etapas en el proceso de resolución de un problema de salud GES
- Dos de esas etapas, Sospecha y Confirmación Diagnóstica, se agrupan en la etapa llamada Diagnóstico



Fuente: EVC 2005; Bitrán y Asociados

45

Conceptos básicos: Intervención Sanitaria (IS)



Existe un "Listado de Prestaciones Específico",
Se agrega el arancel referencial para el cálculo del copago máximo, por cada IS.

Fuente: EVC 2005; Bitrán y Asociados

46

Ordenamiento de garantías

- Los problemas de salud pueden estar integrados por varios diagnósticos, según CIE X.
- Cada problema incluye "intervenciones sanitarias" (IS) que en total han ido aumentado en la medida de la incorporación de nuevos problemas de salud: 295 -326-391, en la actualidad.
- Cada IS incluye un conjunto de prestaciones de diverso tipo (consultas, exámenes, procedimientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos, etc.)
- Los **copagos** están relacionados con las IS
- Para cada prestación, la autoridad ha definido una frecuencia promedio, de **carácter referencial**.
- En relación a medicamentos la Norma Técnica define: "está garantizado el *efecto farmacológico equivalente*, aún cuando éstos se prescriban en forma de genéricos, o tengan nombres de fantasía".

47

Garantías prestaciones

- Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el arancel correspondiente.
- Las demás prestaciones, no obstante se otorguen en los establecimientos designados, tendrán la cobertura base del FONASA o del plan complementario correspondiente en las Isapres.

48

Financiamiento:

- Financiamiento sector público:
  - Ley del 1% del IVA (transitorio y luego definitivo)
  - Aportes de otros impuestos (tabaco, licores)
- Financiamiento sector privado: pago de prima adicional por beneficiario (cada isapre aplica valor único para toda su cartera (entre US$ 90 y 180/ año).
- Se definió una prima universal creciente
  - 2005: 1,02 UF anual
  - 2006: 2,04 UF
  - 2007: 3.06 UF
  - 2010: 3,39 (3,41 en FONASA y 3,97 en isapres)

1 UF equivale aproximadamente a US$ 47

49

Diferencia garantías vs. Guías Clínicas

Infarto agudo al Miocardio:

- Garantías: diagnóstico, tratamiento médico (estreptoquinasas)
- Guías clínicas o Protocolos incluye Angioplastía y cirugía (By pass)

Linfomas en adultos

- Garantías: diagnóstico, tratamiento médico: quimioterapia, radioterapia
- Guías clínicas o Protocolos incluye trasplante de Médula Ósea

50

¿Cuál es el costo máximo a pagar?

- Opera con un DEDUCIBLE de 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, por cada evento GES, con un tope de UF 122 anuales (equivalente a US$ 5.838 o Mx$ 75.000)
- En caso de existir más de un evento del grupo de beneficiarios incluidos en el Plan de Salud, se considerarán 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, con un tope de UF 181 (US$ 8.660 o Mx $ 111.000)
- Deducible se acumula durante 12 meses.

51

2.3 Ejemplo de Canasta: Hipertensión Arterial

Septiembre de 2012

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

1 DIAGNÓSTICO

1.1 Evaluación Inicial Hipertensión Arterial en Nivel Primario

- Consulta o control médico integral
- Hematocrito
- Creatinina en sangre
- Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u
- Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)
- Glucosa en sangre
- Nitrógeno ureico y/o urea en sangre
- Orina completa,
- E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)

52

2.3 Ejemplo de Canasta: Hipertensión Arterial

Septiembre de 2012

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

2. TRATAMIENTO

2.1 Tratamiento Hipertensión Arterial en Nivel Primario

- Consulta o control médico integral
- Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista
- Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista
- Diurético de asa (Furosemida)
- Diurético tiazídico (Hidroclorotiazida)
- Betabloqueadores orales (Propranolol, Atenolol)
- Bloqueador canal CA de acción retardada (Verapamilo, Nifedipino, Retard Nitrendipino)
- Inhibidor de la enzima convertidora angiotensina (IECA; Enalapril, Lisinopril)
- Antagonista de receptor de angiotensina II (Losartán)

2.2 Control en pacientes hipertensos sin tratamiento farmacológico

- Consulta o control médico integral
- Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista
- Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista.

53

Ejemplo de Canasta: Hipertensión Arterial

Septiembre de 2012

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

TRATAMIENTO (continuación)

2.3 Exámenes Nivel Primario anuales para pacientes hipertensos en control

- E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)
- Hematocrito
- Nitrógeno ureico y/o urea en sangre
- Glucosa en sangre
- Orina completa, (incluye cod. 03-09-023 y 03-09-024)
- Creatinina en sangre
- Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u
- Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)

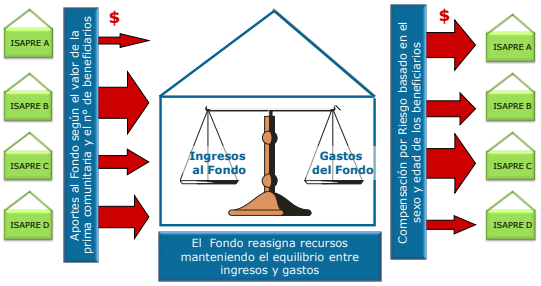
2.4 Monitoreo continuo de presión arterial

- Monitoreo continuo de presión arterial

54

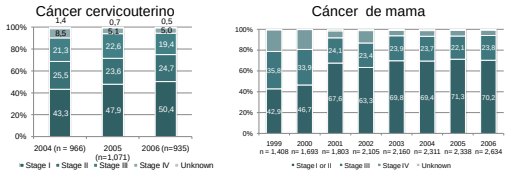
Operación del Fondo de Compensación Solidario Interisapres para las GES

Septiembre de 2012



55

Impacto del GES: precocidad en diagnóstico del cáncer

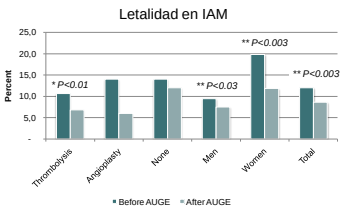


- Se observa un avance en la detección del cáncer en etapas más tempranas

56

Impacto del GES:

- Se ha evidenciado una baja en la letalidad de los casos de IAM tratados con trombolisis entre el periodo pre AUGE y post AUGE
- Estos cambios son estadísticamente significativos
- Adicionalmente se ha observado entre beneficiarios de FONASA una duplicación de la población bajo control en casos de HTA y DM2



57

Separación de funciones

¿Qué implica esto?

- Solo separar las funciones de entidad aseguradora y prestadora, o bien
- ¿separar las responsabilidades de la seguridad social entre aquellas atingentes a salud y las relacionadas con las pensiones?
- En Chile, en paralelo con la creación de las isapres se crearon las Administradoras de Fondos Previsionales (AFP), como opción privada, si bien una parte de la población usa la entidad administradora pública que es el Instituto Nacional Previsional (INP).
- La cobertura previsional en Chile alcanza al 66,6% de la población, cifra sólo superada en LAC por Uruguay (82%)
- El pago al sistema AFP es del 12% de la remuneración imponible, si bien al INP el pago alcanzaría al 19% (estratos de ingresos mas bajos)

58

Separación de funciones

- Separar las funciones de financiamiento y de prestación de servicios de salud es positivo:
  - por la profesionalización de los responsables y
  - porque permite una interacción con el sistema, sin incentivos perversos
  - Abre la oportunidad de establecer mecanismos de pago diferenciados según tipo de prestaciones y/o de niveles de atención
- En Chile se implementó un sistema capitado en los años 90, sólo para la atención primaria. Este valor no se ha ajustado completamente acorde a los nuevos desafíos y por ende hoy día esta mezclado con aportes directos por "programas", resultando de esto que el cápita sólo representa la mitad del total del aporte financiero para ese nivel de atención.
- La aplicación de un sistema capitado para todos los niveles complejiza su cálculo y su aplicación (redes integradas, autosuficientes en su capacidad resolutiva) y requeriría de una definición muy fina del modelo de atención que sea aplicable a toda la nación

59

Fortalecimiento función rectora

- Hecho fundamental por la necesidad de definir políticas y hacer coherente le trabajo conjunto del sistema de salud en pos de su cumplimiento.
- Las tareas definidas son:
  - Conducción del SNS
  - Protección de la población contra riesgos sanitarios
  - Coordinación
  - Esquema financiero y gestión de recursos
  - Protección al usuario

60

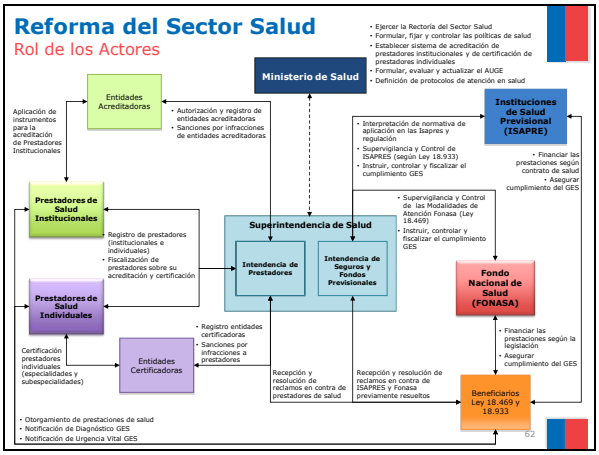
Fortalecimiento función rectora

- No queda claro quién es responsable del monitoreo del sistema en temas sensibles como son la calidad de la atención, el trato al usuario, etc.
- La experiencia muestra que dejar esa responsabilidad en un mismo ente puede ser riesgoso en términos de postergar el monitoreo y la protección del usuario
- ¿Cabe en esta propuesta la creación de una Superintendencia de Salud?, encargada de velar por el cumplimiento de tales objetivos
- En Chile, se creó en el año 1990 la Superintendencia de isapres y en el contexto de la reforma del 2005, se creó la Superintendencia de Salud, con 2 Intendencias:
  - Fondos (Fonasa) y seguros previsionales (isapres)
  - Prestadores

61

Reforma del Sector Salud

Rol de los Actores



62

Reestructuración financiamiento

- La creación de un ente que recepcione los ingresos del sector y los distribuya entre los prestadores y entes "articuladores" es un hecho positivo pues es la oportunidad de transparentar y homogeneizar los criterios para esa distribución
- Es una oportunidad también para diferenciar la inversión de los costos operativos recurrentes.
- El uso de diferentes mecanismos de pago (cápita, por acto o por paquete de servicios) es una gran oportunidad; pero debe tenerse presente que NO existe un mecanismo de pago "perfecto".
- Todos tienen ventajas y desventajas, entonces se debe cuidar su aplicación en condiciones específicas y aplicar mecanismos de control para cada uno de ellos.

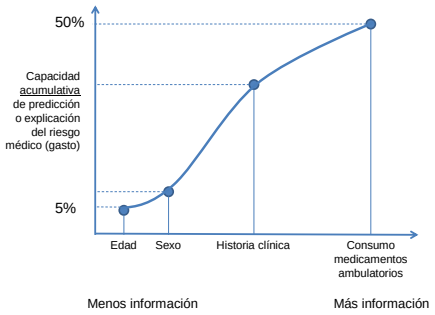
63

Reestructuración financiamiento

- Si se opta por un sistema capitado, un tema crítico es el método de cálculo del cápita.
- El método actuarial, como base no solo debe incluir sexo y edad; sino que también otras variables tales como:
  - Niveles de pobreza
  - Niveles de ruralidad
  - Prevalencia y/o incidencia de patologías especificas en ciertas regiones

64

Modelos estadísticos de predicción del riesgo médico (gasto esperado en salud)



65

Articulación servicios de salud

- Tema critico para lograr eficiencia
- La propuesta incluye el ingreso de entidades articuladoras (públicas o privadas) en el escenario local
- Esto implica que debieran definirse muy estrictamente (y explícitamente) las obligaciones y atribuciones de estas entidades
- Debieran considerarse contratos entre estas entidades y los prestadores (aislados o en red), incluyendo métodos de evaluación de desempeño.
- Además debiera definirse que ente (público ya que harán uso de fondos públicos), será el encargado de supervisar a estas entidades. Se visualiza complejo en la practica, por opciones de términos de contrato desde un ente privado a uno público (¿está el país preparado para eso?)

66

Prestación de servicios de salud

- ¿cuáles serán esos servicios de salud universales?
- Opciones al momento de priorizar:
  - Problemas de salud
  - Prestaciones
  - grupos poblacionales
- Cualquiera sea el método que se use, se debe ser riguroso en la definición (lo mas precisa posible), de modo tal que el costeo sea representativo de la realidad, considerando con cuidado P x Q (precios y demanda)
- Tomar lecciones de otros países que han hecho esfuerzos de priorización:
  - Colombia
  - Uruguay
  - Chile

67

Prestación de servicios de salud

- Espacio donde debemos preocuparnos por la calidad de la atención, y también de la oportunidad
- Como contribuir a mejorar la calidad de la atención:
  - Uso de guías clínicas basadas en método de medicina basada en evidencia para dar mayor validez a estos instrumentos de apoyo (referenciales)
  - Instrumentos de acreditación (estructura y proceso)
  - Sistema de monitoreo de resultados

68

Garantías explícitas: derechos de los usuarios

7 DIABETES MELLITUS TIPO 2

7.1 DIAGNÓSTICO

7.1.1 Confirmación Paciente con DM Tipo 2

CÓDIGO	GLOSA	OBSERVACIONES
0101101-GES	Consulta o control médico integral	
0102001-GES	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera, nutricionista
0302047-GES	Glucosa	En sangre
0302048-GES	Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO), (dos determinaciones) (no incluye la glucosa que se administra) (incluye el valor de las dos tomas de muestras)	
	Glucosa	Para test de tolerancia

DIAGNOSTICO

7.1.2 Evaluación Inicial Paciente con DM tipo 2

CÓDIGO	GLOSA	OBSERVACIONES
0101101-GES	Consulta o control médico integral	
0101113-GES	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología	Oftalmólogo
0102001-GES	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera, nutricionista
0302034-GES	Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	
0309010-GES	Creatinina cuantitativa	En orina
0309013-GES	Microalbuminuria cuantitativa	
0309022-GES	Orina completa, (incluya cód. 03-09-023 y 03-09-024)	
1701001-GES	E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)	

Garantías explícitas

7.2.2 Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 2

CÓDIGO	GLOSA	OBSERVACIONES
0101101-GES	Consulta o control médico integral	
0101113-GES	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología	Consulta oftalmólogo
0102001-GES	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	Enfermera y/o nutricionista
0103002-GES	Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista	
0301041-GES	Hemoglobina glicosilada	
0302034-GES	Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	
0309010-GES	Creatinina cuantitativa	En orina
0309013-GES	Microalbuminuria cuantitativa	
0309022-GES	Orina completa, (incluya cód. 03-09-023 y 03-09-024)	
1701001-GES	E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)	
	Acido acetilsalicílico	
	Antagonista del receptor angiotensina II	Losartán
	Betabloqueadores orales	Atenolol, Propanolol
	Bloqueador canales de calcio	Diltiazem, Verapamilo
	Cintas reactivas	1 x consulta/control para uso de los profesionales
	Diurético Tiazídico	Hidroclorotiazida
	Estatinas	Atorvastatina, Lovastatina, Pravastatina
	Inhibidores de la enzima convertidora angiotensina	IECA
	Insulina humana isofana (NPH)	
	Jeringas	
	Lancetas descartables	1 por consulta /control para uso de los

70

CONCLUSIONES

Para avanzar hacia planes universales que incluyan la tecnología apropiada, se requiere:

✓**Compra de soluciones y no de acciones en salud.**
Ampliando cada vez más productos protocolizados que contengan mecanismos basados en evidencias e insumos y tecnologías efectivos y eficientes.

✓**Mayor eficiencia en ambos sistemas públicos y privados a través de:**

–Cambios en la financiación de los prestadores públicos, pasando de un método de pago con presupuestos históricos a otros que apuntan a una mayor eficiencia (cápita atención primaria, uso de GRD en atención hospitalaria)

✓**Aumentar la equidad:**

–La incorporación futura de un plan básico universal, igual para todos.

71

Conclusiones

- Propuesta es muy atractiva, con sustento y en base al conocimiento y experiencia actual.
- Considerar estrategia de aprobación (Leyes?, Decreto)
- Gradualidad de la aplicación es relevante al momento de validar el proceso en el tiempo (componentes, beneficios)
- Considerar los apoyos políticos y mas relevante aún revisar en el escenario los potenciales detractores, de modo tal de actuar mas "preventivamente"
- Algunos consejos:
  - Relevar la medicina preventiva
  - Revisar la forma de validar el proceso de avance de la calidad de atención
  - Preocuparse por la oportunidad de la atención
  - Brindar espacios para que las personas puedan reclamar (control de los usuarios)
  - Definir a priori los datos y sistemas de información que permitan el monitoreo y control de los resultados

72

73

La Reforma de Salud Chilena y sus nuevos desafíos regulatorios. Una experiencia a observar por México

Dr. Manuel Inostroza Palma [3]

Encantando de encontrarme en una segunda oportunidad en este maravilloso país. Hace ya casi 10 años estuvimos (aquí) precisamente cuando el Ministro Julio Frenk que era en aquel entonces, exponía en un Seminario Internacional el inicio de lo que era el proceso de la Protección Social en Salud, con la creación del Seguro Popular.

En aquel entonces yo era Superintendente de ISAPRES, del Gobierno del Presidente Lagos. De hecho, me acompaña aquí también, por esas cosas de la vida, el ex Ministro de Salud, quien fue también mi Jefe por un par de años, que ahora está en Chile como Representante de la OPS para los temas de servicio de salud. (Se refiere al Dr. Osvaldo Enrique Artaza Barrios, Ex Ministro de Salud del Gobierno de Chile, actualmente Consultor en Sistemas y Servicios de Salud de la Representación en México de la OMS/OPS)

Así que encantado de estar acompañándoles.

Y rápidamente, porque yo sé que todos tenemos un poquito de hambre. Espero no extenderme demasiado para provocar una buena y entretenida conversación.

El título de mi presentación ha tenido que ver con mostrar muy sucintamente lo que ha sido la Reforma de Salud Chilena de los últimos años, del 2003 al 2005. Y cómo aún a pesar de esos avances, ya surgen nuevos desafíos regulatorios, que desde la Academia, en la Universidad en que trabajo, estamos colaborando con el Gobierno y con todas las fuerzas políticas para seguir avanzando. Creo que esa experiencia, sin duda, puede ser de mucha utilidad.

Lo primero es una muy breve referencia conceptual para entender esos desafíos regulatorios de la Reforma y que están hoy día presionando en el presente.

Básicamente esta lámina es para graficar lo que compartimos conceptualmente con ustedes, con lo que ha sido la Reforma de los últimos años en México, que es abrazar la separación de funciones, como un punto esencial en los avances técnicos.

Ahí están descritos los desafíos que para cualquier Gobierno significan el desarrollo de la función de aseguramiento de la función de prestación y, por cierto, de la función de rectoría, separando roles y especializando instituciones en ello.

[3] Ex Superintendente de Salud del Gobierno de Chile (1 de enero de 2005 - 31 de marzo de 2010)

Sin duda, y lo grafico en todo caso, para el Gobierno de Chile de los últimos años, y aún con el cambio de Gobierno de coalición política para el actual Gobierno, sigue siendo un tema central, en el cual confluyen y se articulan en un espacio de intersección estas tres funciones, la definición del plan de salud: el plan de beneficios específicos.

Porque mucho podríamos decir que en nuestros países, y Chile no era la excepción, tenemos declaraciones formales de cobertura universal, pero en la cobertura universal no se juega la declaración formal, sino el acceso efectivo a los servicios de salud en todos los niveles y a todos sus grupos poblacionales. Y creemos que ahí se juega parte fundamental de la implementación de la Reforma.

Y la primera razón para que se cuide de manera fundamental, y fue la experiencia chilena, fue que había un desafío político, más que técnico, diría yo; y un desafío político que acompaña no sólo el diseño, sino que –en nuestra experiencia– acompaña la implementación. Porque una vez hecho el diseño, en la implementación los acuerdos políticos también pueden diluirse y la mala implementación de una reforma puede terminar afectando los objetivos del diseño.

Y tiene que ver con la valoración política de cómo hacemos ver que la gente tenga este derecho difuso; y por la valoración política pasar a un derecho objetivable, demandable y exigible con la ciudadanía.

Ese fue un eje central en la discusión de la Reforma del año 2003, y que además fue tan central que el compromiso político no sólo fue del Ministro de turno, sino que fue del propio Presidente de la República, en aquel entonces Ricardo Lagos.

Si esta Reforma y esta valoración política no la asume el máximo líder político del país, esto no hubiera sido posible y hubieran sólo pasado y pasado los Ministros y no hubiéramos tenido reforma ni en el diseño y mucho menos en la implementación.

Y la segunda razón es porque nosotros, política y técnicamente, creímos que la definición explícita del plan de beneficios en salud nos llevaba técnicamente a pensionar a la organización, tanto en el mundo público como en el mundo privado, en torno a esta simple fórmula: que es el cálculo actuarial de un valor económico, financiero; a financiar ya sea en el Estado o en el sector privado, como es el caso chileno; y que tiene que ver con que una prima de un seguro es igual al costo técnico más el costo obtenido; la utilidad es cero en el caso del Estado, un valor (razonable) en el caso del sector privado; y el costo técnico no es más que la frecuencia de prestación y su multiplicación por el precio de transferencia de esa prestación.

Y que conocemos que siendo muy difícil y siendo necesaria perseverar la estrategia de promoción y producción, es tal vez la mejor y la más deseada en tratar de incidir, es la

definición del costo técnico en el largo plazo, pero ya sabemos lo difícil que es esa estrategia.

Y la otra tiene que ver con la regulación y gestión clínica de nuestros establecimientos y prestadores de salud en todos sus niveles: en atención primaria, secundaria y terciaria. Pero sin duda al instalar esta fórmula, la definición del plan de beneficios, apareció una atención necesaria no sólo para el asegurador público o privado en el caso chileno, sino que también para la mejor gestión de los hospitales y establecimientos de salud que prestaban servicios.

Esas son las dos razones, yo diría, conceptuales, por las cuales creemos que la definición explícita de un plan de beneficios era tan necesaria.

Y para acompañar de esa manera, todos los marcos regulatorios que hagan que las leyes y sus instituciones logren el objetivo de tener poblaciones más saludables en el largo plazo para nuestro país. Sin embargo –y me detengo aquí también–, los desafíos regulatorios tienen que ver con tener la capacidad explícita de regular estos aspectos que la literatura internacional nos señala que son fundamentales: información a la ciudadanía, aún con un sector privado regulado, como en el caso chileno, con cierta debilidad, en el caso de la regulación.

El tema de la información ciudadana sigue siendo claro para que puedan acceder a ciertos beneficios o derechos, que por mucho que estén declarados si la gente no los conoce, difícilmente puede llegar a usarlos.

Nuevamente, la definición explícita del plan de salud, la compensación y el control de riesgos, que tiene el hecho de tener *pools* de riesgo distintos si no tenemos un solo pool único, como también puede ser el caso mexicano con sus distintos subsectores o subsistemas de salud.

La promoción y prevención en salud, como ya lo hemos dicho. La calidad de las prestaciones y todo lo que es el desafío regulatorio en el uso más eficiente de los recursos, fundamentalmente en nuestros hospitales y en la atención primaria.

Y no menor la preocupación de la institucionalidad regulatoria, es: ¿cuál es la gobernanza? Un tema que yo viví y sufrí como superintendente es que una cosa son los mandatos regulatorios y otra cosa es la gobernanza de esa institucionalidad regulatoria.

Cuando el superintendente sale y le dice al Ministro de turno que se siente más dueño y representante de la gestión pública que de la gestión privada de salud, que todos esos hospitales no están acreditados, que no cumplen con los estándares de calidad y que eventualmente eso significa que es menor inversión o cerrar el hospital y buscar otra solución. Bueno, si no hay una política para poder enfrentar esos desafíos, el Ministro de

salud probablemente le va a decir a ese superintendente que se calle y si no, lo vamos a cambiar por otro que haga la tarea como le resulte menos complejo al Ministro de turno.

Por lo tanto, hay un tema ahí que yo planteo muy sucintamente, pero habría mucho de qué hablar.

Y el tema de los modelos de gestión de la propia institucionalidad regulatoria, que también no es menor. Tuvimos muchos problemas de implementación, porque creamos muchas instituciones nuevas con nuevos roles, para los cuales no teníamos la capacidad de gestión desarrollada, creada, ni la buena formación de recursos humanos directivos; y eso también conspiró en la buena implementación de mucho de esta iniciativa.

Eso sólo es mi primera pasada por los temas conceptuales, con los cuales instalo algunos temas que creo que pueden ser de experiencia para ustedes.

Bueno, ¿qué pasó con esta Reforma del 2003-2005? que fue el periodo más intenso de debate legislativo. Más que debate legislativo; porque el debate legislativo se inició en el 2000 con la ex Presidenta de la República, la entonces Ministra de Salud Michelle Bachelet; pasó por el Ministro Artaza, que también tuvo una crucial labor en enviar los proyectos al Parlamento; pero fue en los años 2003 y 2005, después de tres y cinco años de debate legislativo en el Parlamento, que entre los proyectos de Ley empezaron a salir del Parlamento aprobados, y, por lo tanto, empezó la fase de implementación.

Bueno, esta gráfica es para mostrar muy sucintamente que nuestro sistema de salud tiene sus complejidades, pero tal vez un poco menor, porque hubo tareas previas que se desarrollaron en otro contexto, en contextos de dictadura muy complejos, pero que de alguna manera también iba en la línea de separación de funciones.

Nuestro Sistema de Salud básicamente está estructurado en torno a un gran seguro público, que se denomina "FONASA", Fondo Nacional de Salud, que --como vamos a ver más adelante-- hoy día tiene prácticamente a 13 millones de chilenos; a las ISAPRES, en donde hay aproximadamente 3 millones de personas, de chilenos; y las Fuerzas Armadas, que tienen cerca de 400 mil personas y sus familias, la población activa, como único tercer subsistema aparte.

Tenemos aquí el Sistema de Mutuales, que es un Sistema que en el caso chileno se denomina sólo para la cobertura del riesgo y enfermedades laborales, que tiene un sistema distinto, que no está cubierto por el Sistema de Salud Público, ni por el Sistema de Salud Privado, ISAPRES.

La cotización obligatoria para los trabajadores asalariados del 7 por ciento legal, que es la única que reciben en el caso de FONASA, más el aporte fiscal, que permite financiar a los asalariados y a los no asalariados en el único gran Fondo de Salud. Es como si nosotros

tuviéramos aquí el IMSS y el Seguro Popular bajo una misma administración, ya FONASA para nosotros, en nuestro desarrollo histórico, tiene la incorporación de esa misma población en una única Institución.

Y, por lo tanto, sólo están en el sector privado ISAPRES, los asalariados privados o públicos, funcionarios públicos también, que por su nivel de ingresos puedan pagar no sólo el 7 por ciento, sino que por su condición de riesgo pagar en promedio un 3 por ciento más adicional.

El promedio de la cotización legal obligatoria de la cotización obligatoria real es del 10 por ciento, porque las ISAPRES se evalúan por condición de riesgo; y, por lo tanto, si no les alcanza a las personas con el 7 por ciento, tienen que pagar un adicional en cobertura financiera para poder obtener los beneficios del plan de su respectivo ISAPRE.

Bajo este sistema tenemos la red de prestadores públicos, que en este caso serían los establecimientos de atención primaria municipal, pero que dependen técnicamente de lo que es el ministerio de salud, de la Secretaría de Salud en el caso de ustedes, y además dependen administrativamente y financieramente de la red de Hospitales públicos, que esos sí son del Estado a través del Ministerio de Salud o Secretaría de Salud.

Y está en paralelo la gran red de prestadores privados, tanto centros médicos, laboratorios, centros de imagenología, centros dentales y clínicas privadas de alta complejidad, que tienen una alternativa muy competitiva al desarrollo de nuestra red de hospitales públicos.

Entonces, la Reforma básicamente tocó al FONASA, a las ISAPRES y a estas redes, no tocó a las Fuerzas Armadas, ni tocó a las mutuales, sólo atacó lo que es este triángulo rojo, en donde básicamente los problemas que quisimos abordar son: las grandes inequidades de tener estos dos subsectores aún con sus diferencias; los cambios epidemiológicos y demográficos que están presionando los costos de nuestro sistema de salud, como en todo el mundo; la necesidad de introducir más eficiencia, particularmente la red de prestadores públicos; y finalmente, los desafíos de atención ciudadana, por listas de espera y problemas de cobertura financiera en el sector privado.

Ese es muy sucintamente el esquema global de Reforma.

Los objetivos fueron: la integración sanitaria de lo público y lo privado; cómo hacer que converjan, en unidad de planificación común de problemas de salud, lo público con lo privado; dar este concepto de garantía, objetivarle los derechos.

La Reforma tenía que tener una definición de garantías explícitas y exigibles para todos los ciudadanos, igual FONASA o ISAPRE, que no hubiera diferencia respecto al plan de

beneficios, habría que definir cuál iba a ser ese plan de beneficios común y tan explícito y exigible.

Mejorar los modelos de atención: más promoción y prevención; mejor gestión de la red de hospitales públicos; alguna mejor coordinación técnica con la atención primaria que hoy día está en un 90 por ciento municipalizada; el tratar de establecer los niveles de solidaridad en el financiamiento, cosa muy difícil por la fuerte presión política que tiene el sector privado con representación parlamentaria y política muy fuerte en nuestro país.

Y la regulación única, tanto para el aseguramiento como la prestación; es decir, avanzar en todo aquello que es posible que la regulación sea común, cosa que no se discrimine y que la regulación no sea ni para ricos, ni para pobres. Porque cuando el estándar de calidad es distinto para FONASA como para ISAPRES, en realidad al que estamos discriminando es al beneficiario final.

Los instrumentos de la Reforma Chilena fueron: el régimen general de garantías explícitas, más conocido como "AUGE" o "GES" De hecho, el nombre *auge* se lo debemos al Ministro de Salud, al Ministro que me acompaña (Dr. Artaza), quien lo bautizó "AUGE", Acceso Universal de Garantías Explícitas al Plan de Salud, que el Presidente de la República se comprometió a promover.

Las redes asistenciales público-privadas. Aquí el concepto es que la garantía del asegurador, sea éste FONASA o ISAPRE, pasa a ser relevante de la propiedad pública o privada del prestador, con tal de cumplir con la garantía. Porque si el país decide por objetivo sanitario que las cardiopatías congénitas, por ejemplo, son necesarias de ser abordadas y resueltas, si existe una brecha pública incapaz de resolver la demanda de prestadores y hay oferta privada para poder garantizar un problema de salud pública independientemente dónde está esa población, ese prestador privado también es posible que considere esta red público-privada para garantizar o resolver la cobertura de su problema de salud.

Ese fue un tema ideológicamente muy discutido en Chile, porque obviamente los sectores más estatistas o conservadores de esta mirada, que no comparten la mirada del rol privado de la salud, resistieron fuertemente esta conceptualización de red público-privada para resolver problemas, por mucho que el que las garantizara fuera sólo o fuertemente el FONASA como seguro público. Pero finalmente se aprobó como un nuevo marco legal.

Para lo público dijimos: "hospitales autogestionados" En algún momento quisimos ser más radicales en cuanto a una autonomía mayor, los gremios se opusieron fuertemente y buscamos una fórmula intermedia, que algunas ganancias han generado mejor gestión, pero –lo voy a comentar más al final– sigue siendo tal vez un talón de Aquiles de la Reforma, puesto que la Reforma presiona fuertemente la eficiencia de los hospitales públicos para que cumplan las garantías; pero si éstas no son suficientemente eficientes,

esa atención se traduce en conflictos en la gestión de los hospitales, porque la espera de lo no AUGE, de lo que no está garantizado, empieza a entrar en problemas; o la compra a privados, más allá de lo razonable, también empieza a ser un conflicto en términos de la privatización encubierta, como algunos han señalado de nuestro Sistema de Salud.

El fortalecimiento de la función rectora del ministerio de salud; la descentralización de función de control sanitario a nivel regional; la relación de la superintendencia de salud, como este órgano que fiscaliza al asegurador público-privado y al prestador público-privado; el aumento de impuestos para financiar los mayores gastos e inversión en salud que demandó esta Reforma; y la introducción tenue, pero importante desde el punto de vista ideológico, de un Fondo de Compensación de Riesgos, sólo para el interior del Sistema ISAPRE.

Se aprobaron en torno a seis leyes de la red pública. La primera, de hecho, la aprobó el Ministro Osvaldo Artaza, que fue la Ley del Financiamiento, la que permitió aprobar mayores impuestos para financiar esto. Esa fue la primera Ley que se aprobó.

La Segunda Ley fue una Ley para ajustar algunos problemas de regulación del Sistema ISAPRE, que se aprobó en el año 2003.

Luego, la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, que se aprobó en el año 2004, para crear este rol rector del Ministerio, la institucionalidad de los hospitales públicos autogestionados, la superintendencia de salud, todo lo que significaba restructurar la institucionalidad regulatoria del Estado.

La Cuarta Ley fue la Ley del AUGE, la que aprobamos el 2004.

La Quinta fue una nueva modificación para terminar de ajustar el Sistema ISAPRE al nuevo Régimen de Garantías en Salud, que habíamos aprobado.

Y una Ley que finalmente se terminó de aprobar recién, sólo este año del 2012, es la Ley de Derecho del Paciente. Esta Ley se complicó mucho ideológica y políticamente, porque tenía los elementos de eutanasia, el buen morir, genoma, aborto, en fin; muchos temas que culturalmente en Chile son muy complejos de resolver. Finalmente se destrabó bajo el actual Gobierno, y tenemos este último cuerpo legal.

Pero ya con estos cinco proyectos legales previos, la Reforma pudo emprender vuelo, porque estaba la Ley Fundamental de Derechos, estaba la Ley del AUGE o del Plan de Garantías Explícitas, que tenía un fuerte correlato de derecho para la ciudadanía.

Esta es la mirada del proceso de la Reforma. Está, básicamente, la mirada de objetivos de salud; esta nueva mirada de planificación sanitaria con el Sistema AUGE y las prioridades explícitas para un conjunto específico de enfermedades, con garantías de acceso,

oportunidad, calidad y protección financiera. Esto incidía en la forma de cómo organizábamos el modelo de atención: darle más recursos a la atención primaria; esto reorganizaba nuestra estructura de autoridad sanitaria; alguna gestión de recursos humanos.

Algunos dicen todavía –y también aquí lo pongo como voz de alerta, en el documento de ustedes está como un tema– el tema de los recursos humanos, un tema que tal vez ustedes mismos han trabajado mucho más.

Creímos mucho en la fortaleza de lo que teníamos, pero yo creo que aquí hemos tensionado la gestión de recursos humanos fuertemente, y ya nos está rebotando, porque en la medida que aprobamos garantías, resulta que no tenemos el correlato de los especialistas no sólo bien formados, sino que además trabajando en nuestros hospitales públicos a fin de cumplir con las garantías; el tema de la articulación de las redes de atención público-público y público-privado; la nueva forma de financiamiento y el rol garante o fiscalizador de la superintendencia de salud, como el garante de las garantías que FONASA e ISAPRE cumplan, y que los prestadores estén acreditados para cumplir con estas garantías.

Esa es la mirada de este proceso de Reforma.

En el tema AUGE no quiero entrar en el detalle, sólo básicamente mencionar que cada tres años, ahora en régimen, se estudia cuáles son las prioridades sanitarias del país en su conjunto: una mirada país público-privado; el Ministerio de Salud, que es el interruptor, define cuáles son esas garantías; y se define que, por lo tanto, hay un listado explícito de prestaciones con garantías muy operacionales definidas tanto para la red pública como para la red privada. Eso genera una garantía de acceso, con un correspondiente copago para las personas que tienen más ingresos, gratuito para los más pobres en el país, y así se ven obligadas las ISAPRES y el FONASA de cubrir este plan de beneficios el que es derecho legal para el beneficiario en sus respectivas redes, sean privadas para las ISAPRES, o públicas o privadas en el caso de los beneficiarios del FONASA.

Es tan fuerte esta garantía, por ejemplo, que si legalmente el plazo definido no se cumple en un tratamiento, por ejemplo, de un cáncer, el inicio del cáncer de mama que debe ser a siete días del diagnóstico, y no se cumple, ya sea el FONASA, la Superintendencia o el propio beneficiario tiene la facultad legal de reclamar; y, en no más de dos días, la Superintendencia o el organismo respectivo dictamina a otro prestador privado, el cual debe dar inicio automáticamente a ese tratamiento de quimioterapia que requiere el paciente, porque la garantía técnica debe ser cumplida.

Esa es la atención que se ejecuta sobre el asegurador y a su vez el asegurador la ejecuta sobre el prestador. Pero el garante es el seguro, y si el prestador está en huelga, el prestador tiene el pabellón paralizado o le cortaron el agua, cualquier cosa, no vale la

explicación, el Seguro tendrá que ver en dónde compra la prestación, si es otro prestador u otro prestador privado, pero la garantía sanitaria es la que vale, porque la defensa sanitaria de ese paciente es lo que se ha privilegiado con este plan garantizado del Plan AUGE.

Aquí una variable fue la gradualidad. Este plan de patologías, que en su momento inicial técnicamente un grupo había definido que eran 56 problemas de salud que tenían que estar en este plan común, plan AUGE; logramos, gracias a Dios, convencer al Presidente de que era una locura hacerlo de golpe, el Presidente –y ustedes comprenderán– quería hacerlo de golpe. Hubo que convencer primero al Ministro y después convencer al Presidente, y lo convencimos, de que si era de golpe, era una debacle para el Sistema; y, por lo tanto, lo hicimos en un periodo de tres años.

Incluso, previamente el sistema empezó a hacer pilotajes, que no tenían exigencia legal; es decir, la implementación empezó incluso dos años antes del inicio legal, probando el sistema y probando si los hospitales públicos con tres patologías, con cuatro patologías eran capaces de montar el Sistema.

Ya cuando esto fue Ley, el pilotaje pasó a ser legal con 25 patologías, y luego subimos 15 para llegar a 40. Y ya en régimen, 46 patologías, que representaban en aquel entonces el 55 por ciento de la carga de enfermedades, en el caso de la realidad chilena.

De hecho, la Presidenta Bachelet subió a 69 patologías, subió 13 patologías más, para tener 69. Y el Presidente Piñera ha anunciado que para el presupuesto del próximo año pretende llegar a 80 patologías, con lo cual ya estaríamos alcanzando del orden del 70 por ciento de la carga de enfermedad, garantizado en estos 80 problemas de salud.

Pero el tema ha sido la gradualidad. Jamás implementar de golpe una atención tan fuerte en el sistema, como significa garantizar estos problemas de salud tanto en el sector público, como en el sector privado.

Estos son los análisis de carga de los DALYS o AVISA del país con los datos, primero, que se hicieron en el año de 1993, cuando se hizo el primer estudio de carga de enfermedad, fue con los datos epidemiológicos del año 1993; y el último estudio de actualización de los DALYS o AVISA, fue con los datos epidemiológicos y estadísticos de Chile del año 2004, y ya hay movimientos.

Por ejemplo, esto explica aquí, –y el doctor Artaza quien fue además Director del Hospital Luis Calvo Mackenna que es como nuestro Federico Gómez en el caso chileno–, las anomalías congénitas en el año 1993 en primer lugar en carga de enfermedad. Bueno, el Plan AUGE, una de las patologías cubiertas por el Plan AUGE, es la cirugía de las patologías congénitas garantizadas.

Ahí está básicamente para ilustrar el diagnóstico de las cargas de enfermedad, que es un insumo muy importante para calcular y definir qué patologías entran.

Hay otros indicadores que se utilizan, no sólo es la carga de enfermedades, también el análisis de brecha, los gastos catastróficos, estudios de sensibilidad ciudadana, etcétera.

¿Qué ha pasado con la población en el último tiempo? Lamentablemente el último dato oficial, y validado en el año 2010, Chile hoy día tiene un 74 por ciento en el FONASA, con 12 millones 732 mil personas al año 2010; ISAPRES tiene 2 millones 826 mil personas, casi con un 17 por ciento. En este 9.4 están las 614 mil personas relacionadas con las Fuerzas Armadas. Por lo tanto, nosotros tenemos una cobertura declarada, pero que estamos tratando de que sea una cobertura efectiva con esta garantía, de un 94.2 por ciento aproximadamente.

Hay un 6 por ciento de personas que, de alguna manera, son indigentes duros, pobreza extrema, que no forma parte del sistema, no está adscrita al sistema, no llega a nuestras políticas públicas sociales; y un porcentaje es un trabajador independiente y que no se siente convidado a cotizar ni en FONASA ni en ISAPRE.

Pero lo interesante es que del año 2004, que fue el último dato, y de ahí comparado con la Reforma, se han incorporado formalmente al Sistema, ya sea público o FONASA, 2 millones de personas más, con lo cual ha aumentado la formalización de cobertura con su sistema de salud.

Y Chile, dado que aprobó una Reforma provisional el año 2006 con la Presidenta Bachelet, estableció que para el 1° de enero del 2018 va a ser obligatorio cotizar en salud.

¿Esto qué significa? Que todo trabajador independiente que pague algún tipo de impuesto, ya sea por renta presunta, impuesto interno, si no ha declarado su 7 por ciento legal, lo va a tomar y en la declaración de impuestos le va a descontar su 7 por ciento y se lo va a poner por ley obligatoriamente en el FONASA, a no ser que él quiera trasladarse a una ISAPRE. Pero a partir del 1° de enero del 2018 Chile va a tener obligatoriedad de cotización para toda persona que tenga algún nivel de ingreso que nuestro sistema de impuestos internos lo precise.

¿Qué ha pasado con las patologías AUGE? A los datos de enero del 2011, casi 12 millones 700 mil personas han ocupado el AUGE. Estos son casos AUGE. Aquí puede que haya una persona que tenga dos o más patologías, por lo tanto no son 12 millones de personas, son aproximadamente 6 millones y medio de personas que han ocupado el Plan AUGE. Un 95 por ciento de FONASA, con lo cual logramos la garantía del sector público fundamentalmente, y sólo un 5.2 por ciento son de ISAPRES.

¿Por qué? Porque en general la población más rica ya tenía cubiertos los problemas de garantía de oportunidad. Y era tal vez un tema de protección financiera lo que más preocupaba en algunos casos, los gastos catastróficos y la cobertura del Plan AUGE, que es una de las garantías la disminución de los gastos catastróficos o mejor protección financiera.

Otro dato. Nosotros tuvimos tanta dificultad para aprobar políticamente el diseño de la Reforma que nunca en el diseño original definimos una metodología de evaluación, nunca. No tuvimos capacidad técnica para en el punto de partida ponernos de acuerdo con una metodología de evaluación de la Reforma. Esta metodología se trabajó ex post, cuando ya políticamente cualquier Gobierno en el ejercicio tiene temor, por transparencia, a que se diga si lo está haciendo bien o si lo está haciendo mal.

Por lo tanto, otra de mis recomendaciones es: en el diseño es fundamental que ustedes diseñen, en consenso político, la metodología de evaluación en el año cero.

Nuestra experiencia es que después, aun cuando el Gobierno posterior al primer Gobierno que implementó el AUGE trabajó un diseño técnico a presión de la Superintendencia de Salud que me correspondió dirigir, ese documento duerme el sueño de los justos en algún estante del Ministerio de Salud, y ningún Gobierno quiso implementar ese diseño y menos el Gobierno actual; porque nadie quiere pagar el costo, en el año cero, de ser el que diga si lo estoy haciendo bien o mal comparado con el anterior. Y si no hay evaluación de la Reforma, difícilmente podemos entender si lo estamos haciendo bien o si lo estamos haciendo mal.

Y muestro sólo aquí esto, porque como no hay una metodología de evaluación hay algunas sociedades científicas que, de mutuo propio (*motu proprio*), han querido organizar investigaciones científicas que nos permitan evaluar si el AUGE como garantía ha tenido algún impacto. Por ejemplo, la sociedad de cardiología en un proyecto determinó que la cobertura del infarto agudo miocardio, que es una de las garantías AUGE, una de las 69 actuales y que se mantendría en las 80, ha significado en una reducción de la mortalidad femenina por infarto agudo del miocardio de más del 30 por ciento, con diferencias estadísticamente significativas. En general, en todo el análisis ha habido una mejor cobertura y un mejor impacto, tanto en la mortalidad de hombres como de mujeres, pero donde destaca es en la reducción de un 30 por ciento de la mortalidad en mujeres. Pero son datos anecdóticos. No tenemos una metodología de evaluación que nos permita a nadie, política ni técnicamente, decir si esto ha sido bueno o malo técnicamente.

Hay otras mediciones que dan cuenta que probablemente ha sido bueno, pero no tienen la rigurosidad técnica, que creo que deberían tener.

Bueno, esto habla un poco del impacto en el modelo de atención.

Del total de casos de pacientes AUGE o casos AUGE, que son estos 12 millones 700 mil, el 79 por ciento en el Sistema público-privado se resuelve en la atención primaria; un 11.3 exclusivamente en la atención ambulatoria de especialidad, de mayor complejidad, y sólo un 9.5 por ciento de manera mixta, hospitalaria o ambulatoria.

Por lo tanto, esto ha sido una fuerte tensión para el nivel de resolutividad de la atención primaria, en donde prácticamente el 80 por ciento de las prestaciones de las canastas de las 69 patologías se resuelven a nivel primario de atención.

Chile hoy día, estadísticamente de su presupuesto global, gasta aproximadamente un 27 por ciento en atención primaria del total de presupuesto que tiene la Nación. En algún momento llegamos a tener el 30 por ciento. Lamentablemente esa política tuvo una pérdida de fuerza. Y algunos sostenemos que hay que llegar a por lo menos un 40 por ciento del presupuesto del Estado en Salud, debiera gastarse en atención primaria y resolver en ese nivel muchas patologías que sobrecargan los niveles secundarios y terciarios de nuestros hospitales.

Entonces, aquí hay una señal muy fuerte de financiamiento a ese mayor nivel de prestación en la atención primaria, gracias al Plan AUGE.

Un impacto nuevamente anecdótico, que no tenemos sistematicidad, pero interesante en el sector privado, –hay que recordar que en el sector privado nuestro problema no era tanto la garantía de oportunidad, sino que era la protección financiera de algunas patologías–, es esto de la necesidad de articular con redes asistenciales una patología "x" con un protocolo o guía clínica determinada y la negociación que eso significa en peso por volumen, con las redes de prestadores privados ha incidido. Por ejemplo, esta es una de las patologías cubiertas por el Plan AUGE, la cirugía de cadera para mayores de 65 años, esta patología en el sector privado, previo al AUGE, había tenido una tendencia de incremento de los costos. Estamos hablando de que esta patología costaba aproximadamente en Chile, promedio en el sector privado, 10 mil dólares la intervención, incluidos honorarios médicos, incluidos los insumos, la prótesis. Bueno, y aquí vemos cómo con el AUGE, en los cuatro primeros años de implementación del AUGE, ya se redujo a cerca de 7 mil 508 mil dólares el costo promedio, sólo por hecho de ser una patología garantizada, con protocolos vía clínica, por lo tanto el ISAPRE podría negociar con el prestador un mejor precio; y por la negociación de precio por volumen hacer que el precio final de esta prestación fuera menor.

Entonces, en muchas de las patologías hemos hecho algunos de estos estudios y se ha mostrado esta reducción.

En otros, increíblemente, en algunos casos se ha mantenido. Y en algunos casos poco ha subido, que por un problema de la falta de especialistas genera después el control de esta

garantía. Pero, en general, en donde los mercados de recursos humanos funcionan bien, se ha producido esta baja, que también es otro de los objetivos que les señalé conceptualmente: intentar disminuir el costo técnico del Plan de Salud cuando éste es garantizado.

Este es un tema respecto de la fiscalización. Esto ha sido muy complejo. Yo lo cuento a estas alturas, porque estoy fuera del Gobierno y estoy dedicado a la academia, pero sufrí el problema del mensajero: cuando uno trae malas noticias, el problema no son las noticias, sino es culpa del mensajero.

A poco andar, cuando yo empecé a hacer las primeras fiscalizaciones del cumplimiento de la garantía, obvio que a la Ministra respectiva no le gustaron los resultados de la fiscalización, y me mandaba llamar y decía que con qué atribuciones –por cierto que estaban en la Ley pero ella me preguntaba políticamente, sin preguntárselo primero a ella–, yo me atrevía a publicar los resultados de fiscalización, que demostraban que un 10 por ciento…(de incumplimiento) Yo decía: "Mira, garantizar el 90 por ciento de los plazos en todo, nos parece espectacular, es maravilloso" Pero aún ese 10 por ciento para ella era políticamente inaceptable, y por lo tanto pedía censura de este Superintendente.

Bueno, si yo no hubiera sido sólo un personaje técnico, sino que también un personaje político de mi partido de Gobierno con tradición, ex Presidente de la FES, como si aquí fuera Presidente de la UNAM, de la Federación de Estudiantes de la UNAM, gracias a ese grueso político resistí el embate de mi Ministra. Pero si yo no hubiera tenido ese capital técnico político, probablemente no hubiera durado dos semanas en el cargo.

Y, por lo tanto, vuelvo al tema de la gobernanza. La gobernanza tiene que ser capaz de resolver problemas de personas y buscar que las entidades regulatorias cumplan con su rol, sea que éste genere buenas o malas noticias al Gobierno de turno.

Este es un Informe de la actual Superintendencia, de diciembre del año 2011, en donde las (garantías) cumplidas en el plazo, en marzo del año 2011, eran un 93 por ciento; es decir, sólo un 7 por ciento estaban cumplidas fuera de plazo; un 5 por ciento sí cumplían igual fuera de plazo, y quedaba un 1.1 por ciento como gente que no se le resolvía el problema. Espectacular. Pero esta información era ocultada, porque el Gobierno del actual Presidente ha pretendido decir que él cumple el 100 por ciento, lo cual a mi juicio es un despropósito político. Pero como el discurso del Presidente y del Ministro actual es que cumplimos al 100 por ciento, y no hay listas de espera, como sí las había en el anterior Gobierno, la metodología de este Informe fue cambiada y la Superintendencia actual ya no está emitiendo más informes.

De hecho, debía haber emitido en marzo del año 2012 el Informe a diciembre del 2011, y no lo emitió y cambió por otra metodología; y, por lo tanto, no estamos teniendo una Superintendencia que cumpla este rol que hasta esta fecha alcanzó a cumplir. ¿Por qué?

Porque este Informe no afirmaba lo que el Gobierno de turno estaba queriendo declarar políticamente como cumplimiento político. Son temas importantes para el tema.

¿Qué ha pasado con la ciudadanía? Brevemente, la ciudadanía al comienzo amó el AUGE, en una escala de uno a siete esta ha sido la mejor política pública de los Gobiernos de la concertación. Tenía de promedio seis, en una escala de uno a siete en los tres primeros años de implementación.

Luego se mantuvo en un buen nivel, 5.7, 5.8. Y hemos visto que en el año 2010 ha empezado a bajar, y está en 5.5. Igual es una buena evaluación, pero nosotros creemos que ya empiezan a haber algunos problemas de implementación, este incremento de las patologías le está metiendo más presión al AUGE, al cumplimiento de las garantías, y creemos que ahí hay que cuidar el seguimiento.

Esto hizo, por ejemplo, que el Presidente al comienzo superara todas las pruebas políticas e ideológicas. Por cierto, que el Colegio Médico estaba en contra, el Gobierno estaba en contra de esta Reforma. Pero gracias a que la gente entendió que la garantía tenía valor ciudadano efectivo en el acceso a sus prestaciones, esta Reforma se pudo llevar a cabo y con este nivel de valoración.

Por eso es que no es menor hacer tangible, en términos políticos, algo que puede resultar muy complejo de explicar, como es un plan garantizado de salud con prestaciones, con canastas y con protocolos. Esto hay que hacerlo muy visible a la gente. La gente es el principal sostenedor de una Reforma de esta naturaleza.

Es tanta la valoración política que, como les decía, este Gobierno y el anterior han querido subirle a 56, a 69 en el 2010 y ahora a 80 (patologías) para julio del 2013, que es cuando correspondería al nuevo AUGE. El único problema es que aquí la conversación con las autoridades de Hacienda es muy importante. Hacienda nos puso un factor de protección: el Ministerio de Hacienda, la Tesorería de la República, no sé cuál será el nombre acá, nos dijo: "Ok, pero para prevenir que el Ministro se vuelva loco o una Ministra se vuelva loca y nos ponga un AUGE platino de 3.0, vamos a poner un límite de plata" Y hay una prima legal que permite un máximo de plata sobre el cual calcular las garantías y las canastas de prestación.

Por lo tanto, ese seguro quedó en la Ley. Y para seguir incrementando las patologías, en realidad lo que yo debiera hacer es presentar nuevos estudios para recalcular ese valor, esa prima.

Bueno, la Presidenta Bachelet no tuvo capacidad política para hacerlo, entonces incluyó 11 patologías con lo que le quedó de algo que no había gastado de la prima anterior, y ya este Gobierno está queriendo introducir 11 nuevas patologías, porque reajustó técnicamente el valor de la prima: Pero si uno fuera estrictamente técnico, la prima actual

aún con su reajuste, sólo fue diseñada para buenas canastas con buenas prestaciones, con buena tecnología, con medicamentos de última generación, para 56 problemas.

Entonces, el problema técnico que tenemos –y vuelvo al tema de la gobernanza y de la autonomía de las instituciones técnicas para resolver razonable y técnicamente la viabilidad de estos buenos instrumentos–, es que hoy día tenemos presión de 80 patologías para algo que fue diseñado para 56.

Y eso probablemente explica el 5.5 de la población; es decir, hay algunas patologías que se garantizan no con todas las canastas de prestaciones que hoy día los médicos están recomendando; y por eso hay presiones, porque hay ciertas prestaciones que no están siendo cubiertas.

Esa es básicamente la explicación de estas láminas muy sucintamente.

¿Cómo está el panorama de nuestro Sistema de Salud hoy? Bueno, nuestro país sigue creciendo económicamente, esto genera condicionantes de salud y determinantes sociales, que son concomitantes en una buena perspectiva con esta Reforma que hemos aplicado.

Nuestro nivel de gasto en salud está en 8.2 por ciento, según el dato del año 2009, de nuestro Producto Interno Bruto. Nominalmente son 787 dólares per cápita, pero ajustado por paridad de compra estamos hablando de mil 150 dólares per cápita de gasto en salud. Entiendo que ustedes están, ajustados por paridad de compra, en 900 y algo, y en 6.2 por ciento del Producto Interno Bruto.

Bueno, nuestro crecimiento económico nos ha permitido acompañar esta mayor disponibilidad de recursos, pero nosotros tenemos un problema: según la OCDE somos uno de los cuatro países en el mundo de más costo-efectivo, porque logramos buenos indicadores con relativamente bajo nivel de gasto comparado con el promedio de los países de la OCDE, que están en 3 mil y algo.

Entonces, cuando nos comparamos con nuestros países hermanos de América Latina y el Caribe, claro, estamos en este nivel, y este correlato está claramente asociado al mayor nivel de ingreso per cápita del país; o sea, a mayor nivel de ingreso, mejores resultados. Y se ve la correlación directa. Pero cuando nos comparamos con los países más ricos de la OCDE, este correlato de a mayor nivel de ingreso, no se da; y esto tiene que ver con que si lo ordenamos por nivel de equidad y de igualdad de los ingresos, volverían estos países a ordenarse en, tal vez, una curva de menor pendiente, pero en esa dirección.

Bueno, Chile tiene problemas de inequidad, por ciento, aún con estos avances, que nos siguen penando y que se nota en otras evaluaciones.

Aquí tenemos los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud, que es que a pesar de todos nuestros avances en cobertura médica, hospitalaria, nuestros problemas principales en salud pública prácticamente siguen invariables: tabaquismo, 42, 40.6 por ciento, entre una encuesta y otra, separado por seis, siete años; sobrepeso, 37.8, 39.3; obesidad, 23, 25. Ustedes nos ganan un poquito más, están en 30, pero imagínese, estamos cerquita, con preocupación; la prevalencia de diabetes subió radicalmente, aunque la diabetes es una de las patologías del AUGE, de 6.3 estamos en 9.4, muy cerquita de ustedes, que tienen un 10 por ciento; sedentarismo, prácticamente en un 90 por ciento; y síntomas depresivos, en el último año, un 17 por ciento.

Por lo tanto, nuestros problemas en salud pública, a pesar de la cobertura médica hospitalaria, siguen estando presentes.

Y eso se traduce, –este es un indicador que ha desarrollado la propia Universidad Andrés Bello en los últimos tres años– en que el indicador de percepción de calidad, aún con el AUGE, la gente sigue percibiendo que el índice de percepción de calidad, en una escala de uno a 100, es muy bajo. Si ustedes ven los tres años, estaba alrededor de 27 - 30 por ciento. Esto es FONASA-ISAPRE juntos, y ustedes ven aquí FONASA e ISAPRE, separado.

Cuando analizamos, sin embargo, la experiencia de calidad, distinta de la percepción genérica, aquí básicamente estamos evaluando la red de prestadores, ahí la red de prestadores privados es una gran diferencia, llega a estándares bastante razonables, del orden del 67 - 70 por ciento; FONASA a distancia, pero bastante mejor que la percepción genérica de 27 - 30 por ciento: 43 - 44. Pero cuando le preguntamos: ¿Y sus expectativas de mejora del sistema?" Vuelven a bajar, muy cerca de la percepción genérica.

Y es que hay otros problemas de nuestro Sistema de Salud, no obstante los avances que hemos tenido, que la gente sigue valorando. Ahora, viene el AUGE, viene esta garantía, vienen algunas reformas que se hicieron en FONASA, en ISAPRE, pero tenemos problemas.

¿Y cuáles son esos problemas? Bueno, esta es una encuesta que mide, mes a mes, la percepción del Sistema de Salud. Cuando hicimos la Reforma –no traje la curva anterior, pero esto estaba en 55 por ciento, y ha ido bajando–, El Gobierno de Piñera lo tomó en 41.23 y ya está en 33.32; es decir, aún con estos avances la gente sigue reclamando por otros problemas no resueltos, como para que la percepción del sistema de salud no siga siendo tan buena.

¿Y cuáles son esos problemas o atenciones que el propio AUGE o Reforma nos ha instalado? Bueno, básicamente fue que si bien mejoramos las garantías en esta estructura de plan de salud o garantía de los chilenos que están en FONASA, nuestro problema es la insatisfacción con la lista de espera de lo no AUGE. O sea, la gente siente que cuando está

con un diagnóstico AUGE, está en el cielo, pero cuando su diagnóstico es no AUGE, está en el infierno o en el purgatorio.

Y no es que nosotros hayamos, porque el diseño de la política no fue así, disminuido los recursos de lo no AUGE; los hospitales han incrementado recursos privilegiadamente para la AUGE, pero también se han incrementado los recursos humanos, financieros y de infraestructura para lo no AUGE. Pero como lo no AUGE no tiene la prioridad de garantía, que sí tiene lo AUGE, nuestros hospitales a veces con problemas de gestión, a veces por cumplir las garantías AUGE, a pesar de no haber mayores recursos, desvisten las garantías de lo no AUGE, y se han incrementado las listas de espera de lo no AUGE.

Por lo tanto, aquí es un tema crucial. Y es que la gente percibe que aun cubriendo 80 patologías, gran cantidad de las prestaciones no AUGE, que no mata a ningún enfermo –operaciones infantiles, várices para las mujeres, hernias, en fin–, al no estar garantizadas pasan a la lista de espera, y eso es lo que la gente dice: "Gracias al AUGE, pero quiero que ahora me resuelvan, ojalá con el mismo nivel de garantía y excelencia, lo no AUGE" Y eso ha estado tensionando fuertemente.

¿Y cómo se expresa esto? Que la población beneficiaria de FONASA, los 12 millones 800 mil personas del año 2010 –y ahí están los datos comparables del año 2010–, tiene de esos 8 millones ciento y tanto mil por regulación y por capacidad económica, la posibilidad el FONASA de comprar a prestadores privados prestaciones.

Y ustedes ven que siendo 2 millones y tantos los de ISAPRE y 8 millones del FONASA, la libre elección va en alza; y, por lo tanto, los beneficiarios de FONASA han comprado, hace 10 años, 24 millones de prestaciones en la libre elección privada, y hoy día están comprando 38 millones, casi 39 millones de prestaciones en el sector privado.

De hecho, la tasa de crecimiento de compra de bonos de libre elección, que llamamos en Chile, que el que tiene algo de plata en vez de ir a la cola de lo no AUGE, se salta la cola de lo no AUGE, paga un bono, el copago lo pone el FONASA, y un porcentaje lo pone el beneficiario y se va al consultorio o a la consulta privada del médico, al Centro de Especialidad o resuelven algunas poquitas prestaciones quirúrgicas, que tienen buena cobertura, su problema no AUGE en el sector privado.

Por lo tanto, esta manifestación que señalamos de que las no AUGE nos está pesando, se expresa, a mi juicio, en estas cifras que muestran cómo la gente busca... Lo que es AUGE, lo resuelve bien, porque está garantizado; pero lo que es no AUGE, lo está resolviendo mayoritariamente en el sector privado, si es que el sector público no es capaz de resolverlo.

Y, por lo tanto, sólo señalar aquí que estamos discutiendo en Chile, a siete o nueve años de haber hecho la Reforma, qué hacemos para mejorar las garantías de lo no AUGE. He ahí

nuestro gran problema. Hacia dónde tenemos que avanzar en la mejor definición de nuestro plan de beneficios, para que lo no AUGE ahora no pase a ser el talón de Aquiles de nuestro sistema de salud.

Y en el sector ISAPRE, nuestro problema tiene que ver con que nosotros tenemos instalada una lógica de seguridad social sólo legal en torno a la cotización del 7 por ciento, pero el sistema que regula el ISAPRE en esencia no es de protección o de seguridad social. ¿Por qué? Porque si bien tiene la obligación legal de pagar el 7 por ciento, como te tarifican por tu condición de riesgo, si tú no eres capaz de pagar el adicional, te tienes que ir, sí o sí, al FONASA. Y, por lo tanto, siempre el FONASA pasa a ser el reaseguro implícito del sistema privado; y para mucha gente, por lo tanto, el Sistema ISAPRE sólo le es rentable cuando soy de bajo riesgo, cuando soy joven, cuando tengo un grupo familiar pequeño. Pero cuando ya me prolongo en el tiempo y no tengo capacidad económica para solventar mi incremento de prima individual, me tengo que ir; y si yo quisiera permanecer en el sector privado, no estoy garantizado por Ley o por mandato legal constitucional a que se me garantice esa permanencia.

Por lo tanto, ese es el grave problema.

Nosotros resolvimos algo de eso con el AUGE, porque la prima del AUGE es parte de la prima del plan de salud que se paga por precio único y que tiene un fondo de compensación de riesgo para el plan AUGE. Pero todo lo demás, lo que no es plan AUGE, que constituye aproximadamente el 80 por ciento del costo del resto del plan, es por riesgo individual.

Por lo tanto, al no aceptar políticamente cuando discutimos la Reforma, la posibilidad de establecer un precio único para todo el Plan ISAPRE con fondos de compensación de riesgo FONASA-ISAPRE, para establecer esas diferencias y evitar que los movimientos de población de riesgo entre los dos *pools*, generadas en forma adversa, al no poder implementar esa Reforma que el Gobierno del Presidente la quiso implementar pero que la derecha y la ISAPRE se opusieron y sólo permitimos hacer algo parcialmente para el AUGE, este problema es el que hoy día está tensionando y el que a pesar de que la gente evalúe bien al Sistema ISAPRE como acceso a prestadores privados de alta excelencia, este problema de la selección de riesgo es la que hace que en la percepción general del sistema ustedes vean que tengo una valoración tan baja del 29 al 30 por ciento.

Y esto va a seguir creciendo, porque el costo técnico ha subido 10 por ciento en estos últimos 20 años, ya está en 84.7 por ciento la siniestralidad del Plan de ISAPRE. Partió hace 20 años de un 74 por ciento y en sólo 20 años subió 10 por ciento. O sea, la ampliación del costo técnico está tensionando mucho el costo de la prima que se paga.

Y aquí lo que estamos discutiendo, en el inter tanto no hacemos una gran Reforma como la que ustedes están pensando, de seguir unificando aún más a través del plan de

beneficios estos dos *pools* de riesgo como fondo de compensación, al menos en una etapa intermedia introducir un plan garantizado de salud único común que resuelva este problema de la discriminación o selección de riesgo de lo no AUGE en el Plan de ISAPRE, y crear un plan garantizado ISAPRE que tenga esta cobertura no sólo del AUGE, sino que de lo no AUGE, y cobertura catastrófica mucho más amplia que esto mínimo, que es el AUGE, más una mínima cobertura de la selección.

El Gobierno envió finalmente un proyecto de Ley, pero ya está estancado este proyecto de Ley y probablemente va a ser tema del próximo Gobierno que vamos a elegir de aquí a un año más, no obstante al derecho de esta Reforma del AUGE, está en condiciones de dar este nuevo gran salto, y hacer este plan garantizado no sólo para ISAPRE, sino para FONASA-ISAPRE, y resuelve el problema de selección de riesgo del ISAPRE de lo no AUGE y resuelve el problema de garantías no AUGE en el plan garantizado para lo que es FONASA.

Ahora, eso requiere al igual que éste, una Reforma política y tributaria mayor, porque lo que yo tengo que hacer es igualar en el nivel de financiamiento para establecer el fondo de compensación de riesgo, el mismo nivel de plan garantizado para FONASA y para ISAPRE; y eso significa que el diferencial de costo de ese plan garantizado ya es mucho más que lo del costo del AUGE, y significa por lo tanto una reforma tributaria más audaz que la que el Gobierno acaba de aprobar recientemente, hace dos meses atrás, que sólo recaudó mil millones de dólares. En estos cálculos criminales dicen que esto tiene un costo adicional para Chile de 2 mil millones de dólares, si quisiéramos implementar el plan garantizado FONASA-ISAPRE en un punto de partida. Y ese es el debate en el que estamos.

Nuevamente, sólo para resumir, ya me adelanté, para ir terminando.

El primer escenario, que es el que realmente resolvería mejor este problema, es plan garantizado común para FONASA-ISAPRE, plan garantizado de salud para FONASA-ISAPRE, con un fondo central de compensación de riesgos, que aglutine las cotizaciones de las personas de alto ingreso y los de bajo ingreso, el 7 por ciento, más los subsidios o el aporte fiscal que llega a toda la población contribuyente o no contribuyente; esto permite el cobro de una prima única comunitaria por ISAPRE y por beneficiario, y que nos permite financiar este plan de salud, que tendría el plan AUGE. El plan AUGE sigue siendo una prioridad sanitaria, pero el plan garantizado es mayor que el plan AUGE para resolver los problemas que hemos estado señalando.

Probablemente implica una regulación de los mecanismos de pago por más de cápita y de uso eficiente de los recursos para estimular que las redes prestadoras, públicas o privadas, que seguirían en competencia, resuelvan en convenio con FONASA o con ISAPRE la cobertura de este plan garantizado.

Este Gobierno lo tuvo como oportunidad, pero no tuvo capacidad política, ni financiera, ni técnica para implementarlo. Intentó hacer esta reforma del plan garantizado, que es la opción 2, sólo del Sistema ISAPRE, pero políticamente esta Reforma en un Gobierno muy complicado políticamente no ha sido viable, porque en el fondo todo el mundo está pidiendo: "Mire, en vez de hacer… sólo de ISAPRE, hagamos el plan garantizado de FONASA-ISAPRE, y hagamos las discusiones de reforma tributaria mayor"

Pero bueno, no va a ser fácil, incluso para el próximo Gobierno acometer una tarea como ésta.

Y cierro con que siento que los desafíos siguen siendo, en primer lugar, políticos. Quien diga que esto sólo es de cálculos técnicos (está equivocado), es política mayor, y la experiencia de los mexicanos a nosotros nos ha enseñado mucho en su historia; ustedes han tenido tres grandes procesos históricos de reforma desde el '43 en adelante, y han sido procesos políticos muy ricos. Bueno, Chile está ante la disyuntiva de enfrentar un desafío político mayor en este sentido. Esa es mi primera reflexión.

Hay un tema de institucionalidad, que no sólo tiene que ver con la gobernanza, también nosotros, por ejemplo, aquí hemos estado promoviendo: tal vez Chile debiera avanzar en la creación de un "NICE" estilo inglés, un Instituto Nacional de Excelencia Clínica, que sea el que proponga no sólo el plan AUGE, sino que el plan garantizado de salud; y todos los requerimientos técnicos y cálculos en base a evidencias científicas, evaluación de tecnologías en salud, todo lo que se ha avanzado en ello, para proponerle al Gobierno planes que efectivamente demuestren que hay que incluir aquellas cosas que son costo-efectivas y que tienen efectividad en ser garantizadas por los distintos planes de salud.

Bueno, y la definición del plan garantizado en su justa medida. Es una reforma financiera de marca mayor, porque obviamente, como les digo, hay que definir muy bien cuál es el plan, cuál es el costo financiero de ese plan, porque debería ser público.

El plan AUGE, por ejemplo, es una cobertura única común, y eso no distingue un plan A o un plan B para ricos y pobres; y queremos hacer lo mismo con el plan garantizado.

Nosotros no creemos que sea oportuno, en una transición, fijar distintos niveles o categorías de planes. La experiencia colombiana, en ese sentido por ejemplo, es brutal, esta diferencia entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado ha generado todo tipo de complicaciones: judicialización, problemas de costo por la vía alternativa o institucional.

Por lo tanto, nosotros insistimos en que si vamos a avanzar en un plan garantizado, sea un plan garantizado con un plan de beneficio común e igual en el punto de partida, para beneficiarios de FONASA-ISAPRE. Incluso, probablemente, introducción aquí a las Fuerzas

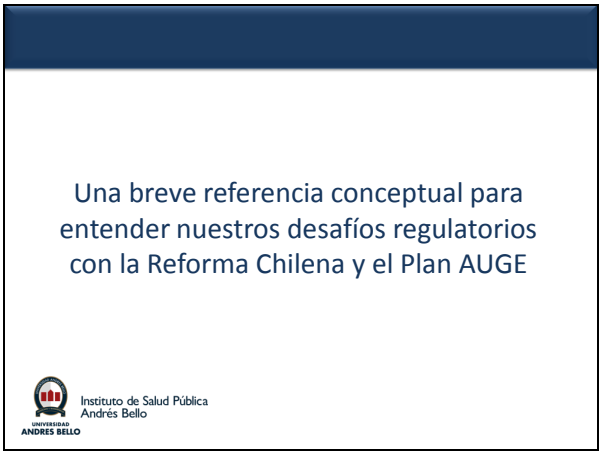
Armadas, con lo cual las Fuerzas Armadas incluso también dejarán de tener un sistema aparte e incluirlos en esta gran y única reforma.

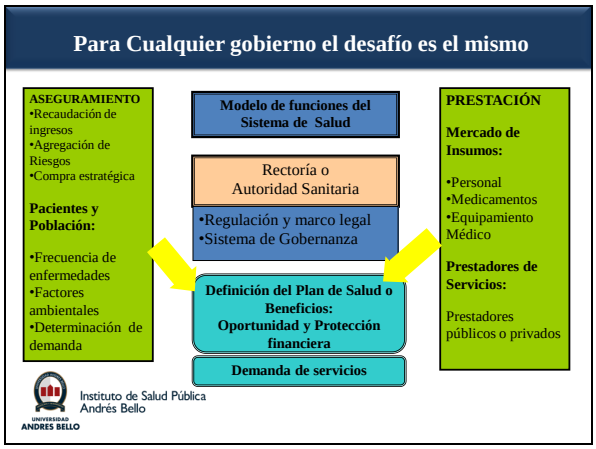
Bueno, eso sería –porque ya me he extendido demasiado y hay mucha hambre– pero en síntesis, como les digo, creo que los desafíos son bastante comunes.

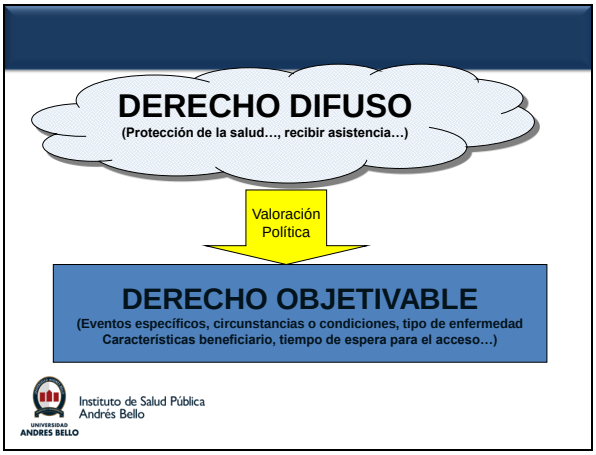
Yo, de la rica lectura que pude darle al documento en los pocos días que he podido mirarlo, me parece que son desafíos apasionantes los que ustedes tienen en cierne.

Bueno, todo lo que sea nuestra experiencia, nuestros errores, nuestros aciertos, los problemas y vicisitudes que hemos tenidos, los ponemos al servicio.

Por cierto, aquí acaban de tener la llegada de un ex Ministro, que también espero que les ayude, tal vez mucho más que yo, que va a estar al lado de ustedes por un buen tiempo (se refiere nuevamente al Dr. Artaza).







La Regulación de la función de aseguramiento:

- Las razones de la demanda de seguros (costos esperados, capacidad de pago y valor de la prima).

Prima: costo técnico + costo Adm. + U
(Frec. P * Precio P)

Promoción y Prevención

Regulación y Gestión Clínica

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Objetivo del Modelo de Regulación

Actores del Sistema de Salud

- Estado
- Aseguradores Públicos y Privados
- Prestadores Públicos y Privados
- Ciudadanos

Modelamiento de conductas

Sistema de Protección Social en Salud

Cumplimiento de los objetivos sanitarios

Población saludable

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Desafíos Regulatorios

Regulación

Mandato

¿ Qué regular ?

- ✓ Información a la ciudadanía
- ✓ Plan de salud
- ✓ Compensación y control de riesgos
- ✓ Promoción y prevención en salud
- ✓ Calidad de las prestaciones
- ✓ Optimizar recursos disponibles.

Institucionalidad

¿ Con qué atribuciones?

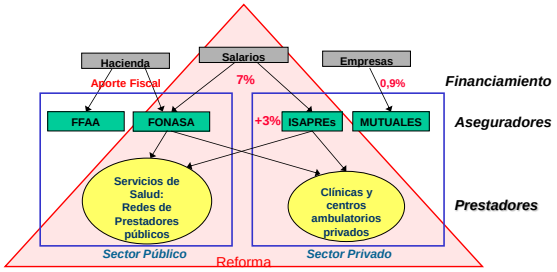
- ✓ Gobernanza
- ✓ Modelo de valor público (Modelo de gestión y modelo de negocio)

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

¿y que pasó con la Reforma del 2003-05 y el Plan AUGE o GES?

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

El Sistema de Salud Chileno



Principales Problemas 2003:
a) Grandes Inequidades
b) Cambios Epidemiológicos
c) Necesidad de eficiencia en el uso de los recursos
d) Insatisfacción Ciudadana

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Objetivos de la Reforma Chilena

- Integrar sanitariamente los sectores público y privado
- Definir garantías explicitas y exigibles para los ciudadanos
- Mejorar los modelos de atención y gestión del Sistema de Salud
- Establecer mayor solidaridad
- Regulación única tanto para el aseguramiento como para la prestación

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Instrumentos de la Reforma Chilena

- Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES)
- Redes Asistenciales Público-Privada
- Hospitales Públicos Autogestionados
- Minsal Rector fortalecido
- Autoridad Sanitaria Regional
- Superintendencia de Salud
- Impuestos y FCSRI

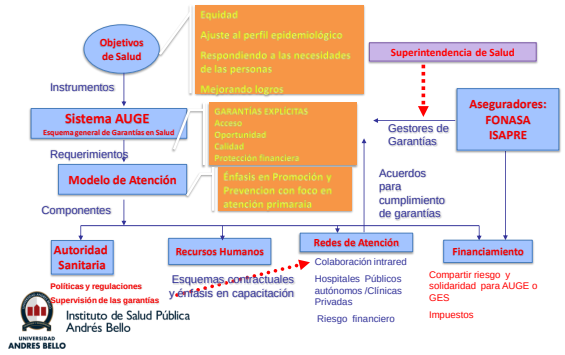
Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Proyectos de Ley

1. Ley de Financiamiento para Objetivos Sociales Prioritarios del Gobierno(2003)
2. Ley de Solvencia y Protección de (2003) Beneficiarios de Isapres
3. Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (2004)
4. Proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud (2004)
5. Proyecto de ley que modifica ley de Isapres (2005)
6. Ley de Derechos y deberes de los pacientes (2012)

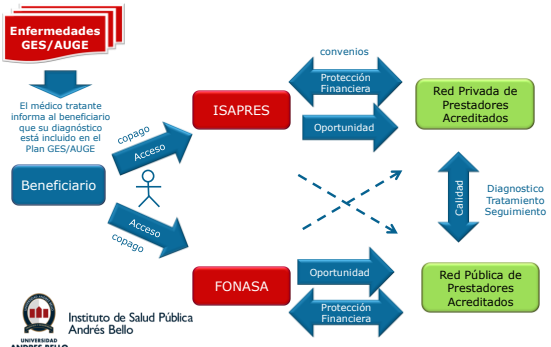
Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Los Instrumentos del Proceso de Reforma 2003-05/2012



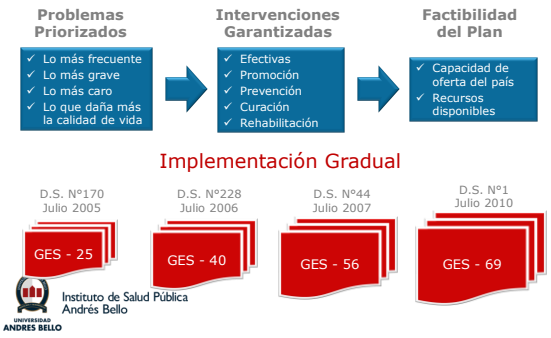
Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Plan Garantizado de Salud GES/AUGE **Modelo de Atención**



Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Plan Garantizado de Salud GES/AUGE **Sistema de Priorización**



Instituto de Salud Pública Andrés Bello

CARGA DE ENFERMEDAD DE CHILE 1993 y 2004

DALYS BY SUBGROUPS OF DESEASE, BOTH GENDER. CHILE 1993

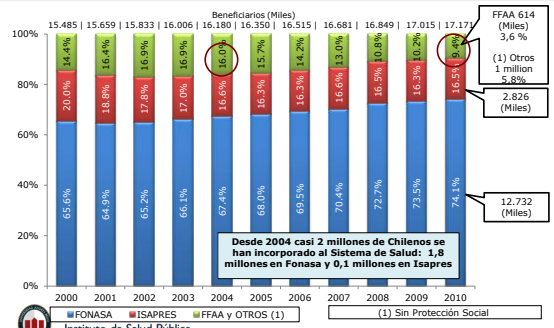
	Subgroups	both gender
1	Anomalias Congénitas	103.654
2	Infecciones respiratorias agu	73.234
3	Enf. Isquémica del Corazón	67.534
4	Enf. Hipertensiva	60.172
5	Enf. Cerebrovascular	57.700
6	Asma	55.118
7	Accidente de tráfico	53.692
8	Dependencia de alcohol	53.498
9	Trastornos vía biliar	53.361
10	Trastornos depresivos-MAD	53.279
11	Artrosis y afines	48.452
12	Alzheimer y tipo alzheimer	42.889
13	Afecciones perinatales	41.710
14	Psicosis	32.474
15	Cirrosis	32.172

AVISAs para causas específicas. Ambos sexos. 2004

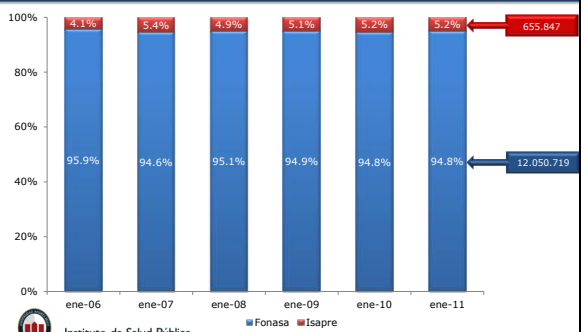
	Ambos Sexos	AVISA
1	Enfermedad Hipertensiva del Corazón	257.814
2	Trastornos depresivos unipolares	169.769
3	Trastornos de las vías biliares y vesícula	157.087
4	Dependencia al alcohol	124.312
5	Cirrosis Hepática	122.088
6	Accidentes de Tránsito	121.643
7	Violencia	101.675
8	Ulcera péptica	91.744
9	Trastornos de la audición de aparición en	76.406
10	Diabetes tipo II	72.230
11	Enfermedades Cerebrovasculares	70.811
12	Enfermedad Isquémica del Corazón	65.220
13	Trastornos ansiosos	62.693
14	Cataratas	60.590
15	Caídas	57.673

53% DEL TOTAL DE AVISA SE ASOCIAN A CONDICIONES GES (CONSIDERANDO TODAS LAS EDADES). **39% DEL TOTAL DE AVISA SE ASOCIAN A LAS CANASTAS GES** (tramos de edades específicos)

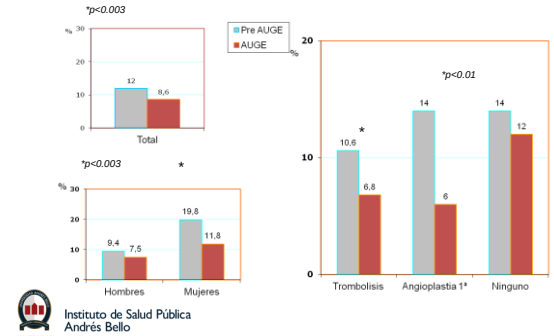
Distribución de la Población de acuerdo a su sistema de Aseguramiento 2000-2010



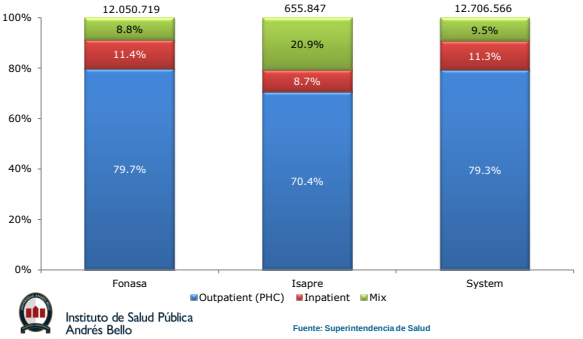
Total de casos GES acumulados en FONASA e ISAPRES



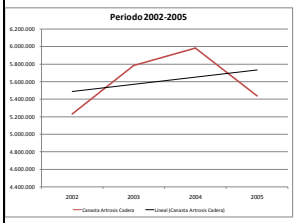
Tasa total de Mortalidad y de grupos específicos en Infarto Agudo del Miocardio

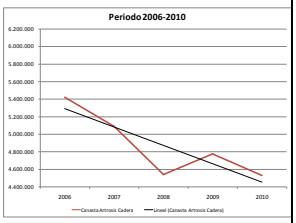


Casos acumulados de GES en FONASA e Isapres, a Enero 2011, según Nivel de Atención



Evolución del precios de la canasta de prestaciones 2002-2010, Cirugía Artrosis de Cadera





Cirugías	2002 Frecuencia	2003 Frecuencia	2004 Frecuencia	2005 Frecuencia	2006 Frecuencia	2007 Frecuencia	2008 Frecuencia	2009 Frecuencia	2010 Frecuencia
Artrosis de Cadera	587	679	670	638	728	833	1.045	918	1.156

Instituto de Salud Pública Andrés Bello Fuente: Superintendencia de Salud

Cumplimiento de las Garantías: Fiscalización de la Superintendencia de Salud, Diciembre 2011.

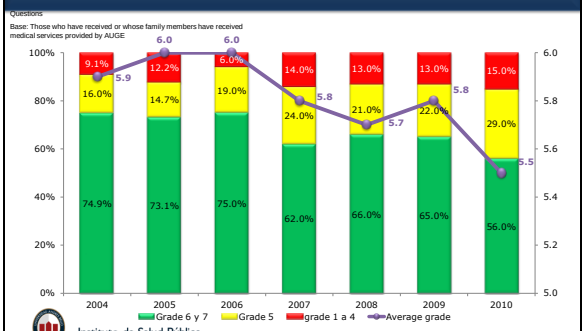
✓ Porcentaje total de cumplimiento de garantías:

Categoría de Cumplimiento	% Marzo	% Agosto
Cumplidas en el plazo	93,0%	89,8%
Cumplidas fuera de plazo	5,7%	9,1%
Total cumplidas	98,9%	98,9%
Pendientes de cumplimiento	1,1%	1,1%

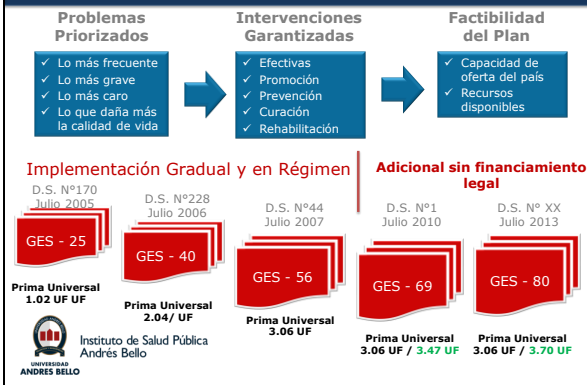
% Cumplimiento	N° Servicios Marzo	N° Servicios Agosto
100%	12	18
95% - 99%	16	10
89% - 94%	1	1

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

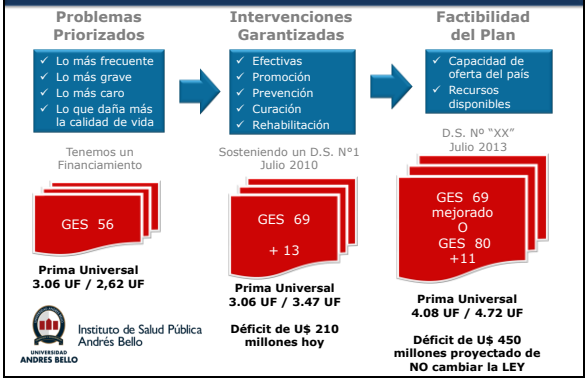
Evolución de la evaluación del GES o AUGE



Plan Garantizado de Salud GES/AUGE
Sistema de Priorización



Déficit del Plan Garantizado de Salud GES/AUGE
Sistema de Priorización para el 2013-2016



¿Cómo esta el panorama en nuestro Sistema de Salud hoy?

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

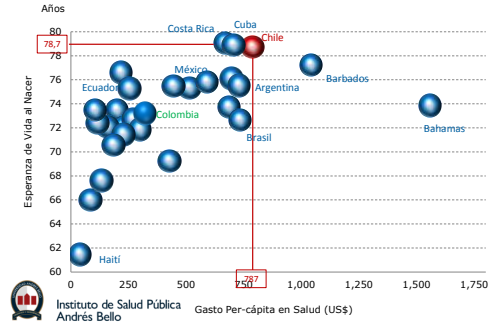
Antecedentes Generales **Sistema de Salud Chileno**

Indicadores	1990	2000	2009	
Población	13.178.782	15.397.784	17.094.270*	↑
Población mayor 65 años (%)	6,1	7,2	9,0*	↑
Población menor 15 años (%)	29,9	27,8	22,3*	↓
Esperanza de vida al nacer (años)	74	77	79	↑
Tasa mortalidad infantil (c/mil nacidos vivos)	18,3	9,0	7,0	↓
PIB (MM US$)	31.559	75.211	163.669	↑
PIB per cápita (US$)	2.393	4.878	9.644	↑
Gasto en salud (% PIB)	5,3 **	6,6	8,2	↑
Gasto en salud per cápita (US$)	264 **	324	787	↑
Gasto en salud sector Público (%)	48,2 **	52,1	46,8	↑↓
Salud (% presupuesto público total)	---	12,3	14,8	↑
Afiliados FONASA (%)	73,1	65,6	73,5	↓↑
Afiliados ISAPRE (%)	15,9	20,0	16,3	↑↓

Nota: La tasa de crecimiento natural de la población es de 8,59 (por mil) para el quinquenio 2010-2015.
(*) Datos de 2010
(**) Datos de 1995

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Esperanza de Vida en Función del Gasto Per cápita en Salud, **América Latina y el Caribe, 2009**

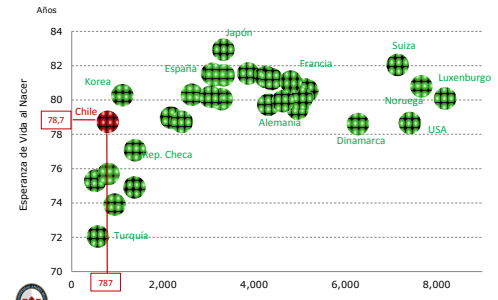


Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Fuente: Banco Mundial

28

Esperanza de Vida en Función del Gasto Per cápita en Salud,
Países de la OCDE, 2009



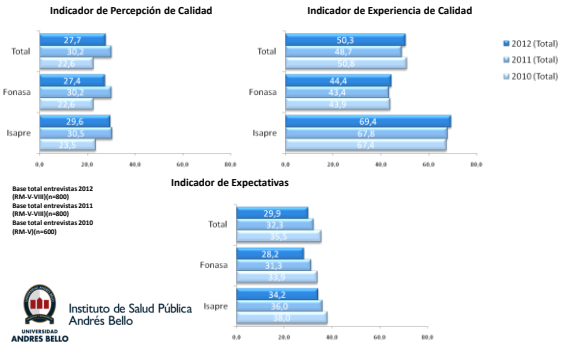
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

Encuesta Nacional de Salud 2009-2010
Comparación 2003 - 2010

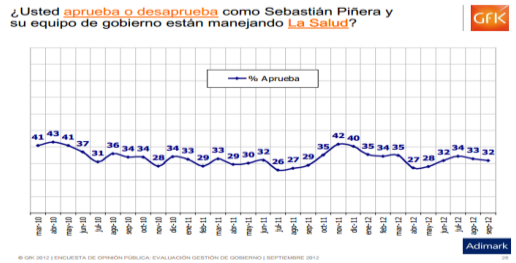
Problema de Salud	Prevalencia (%) ENS 2003	Prevalencia (%) ENS 2009-2010
Tabaquismo (fumador actual)	42,0	40,6
Sobrepeso	37,8	39,3
Obesidad	23,2	25,1
Diabetes mellitus	6,3	9,4
Sedentarismo	89,4	88,6
Síntomas depresivos en último año	17,5	17,2

Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

INDICES DE SALUD



Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

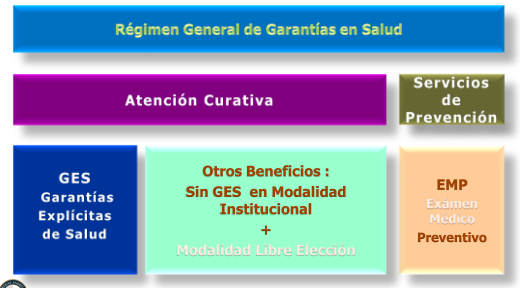


Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

¿Las tensiones que a propósito instalo la Reforma y el AUGE o GES en nuestro Sistema de Salud?

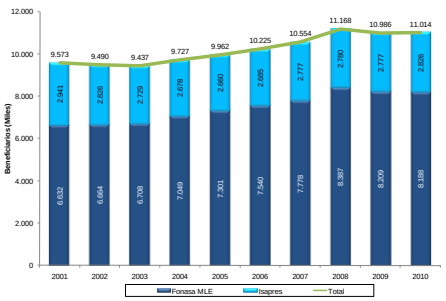
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

Régimen General de Garantías en FONASA:
Insatisfacción con lo NO GES



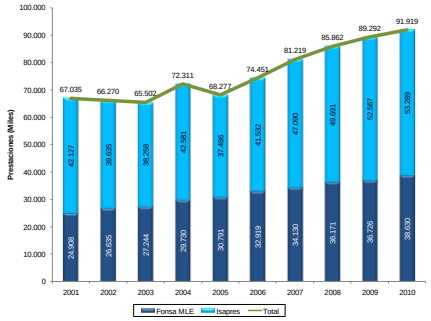
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

Población Beneficiaria
Fonasa (Modalidad Libre Elección) e Isapres



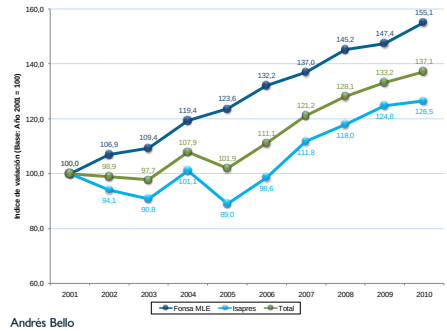
Andrés Bello

Prestaciones Otorgadas
Fonasa (Modalidad Libre Elección) e Isapres



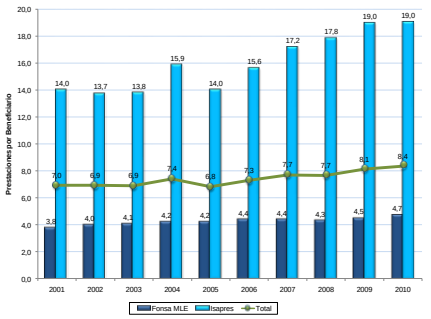
Andrés Bello

Indice Variación de Prestaciones Otorgadas
Fonasa (Modalidad Libre Elección) e Isapres



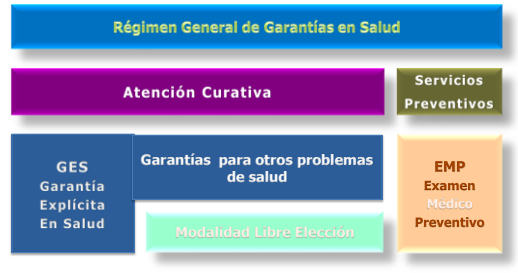
Andrés Bello

Frecuencia de Uso de Prestaciones
Fonasa (Modalidad Libre Elección) e Isapres



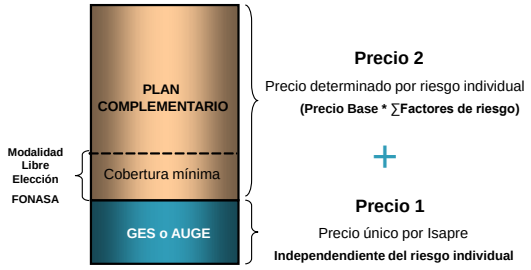
Andrés Bello

Fortaleciendo el Régimen General de Garantías con un nuevo Plan Garantizado en FONASA

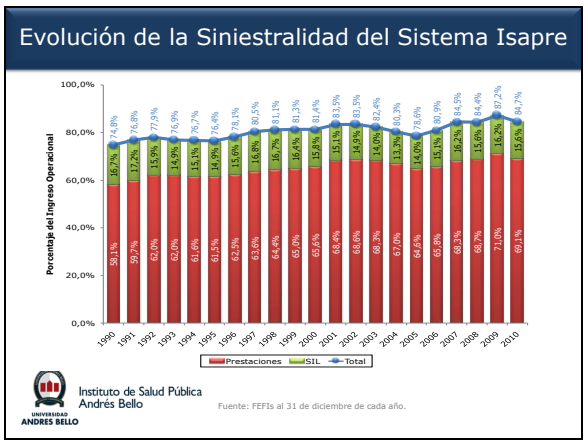


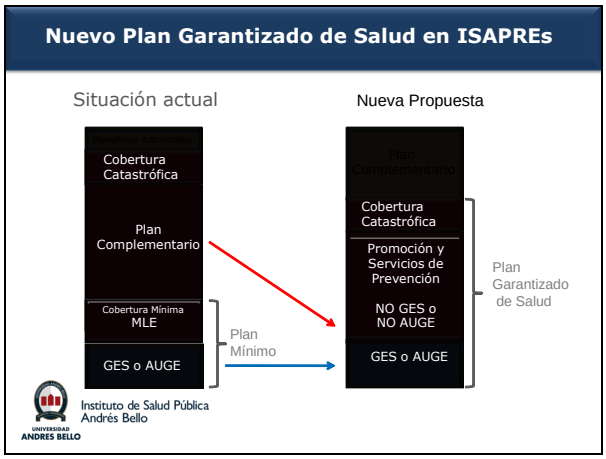
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

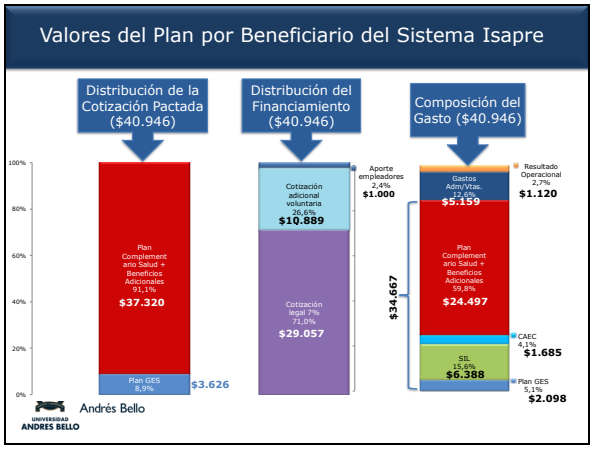
Estructura de precios de los planes de salud en Isapres:
El problema de selección de riesgo en el Plan Complementario

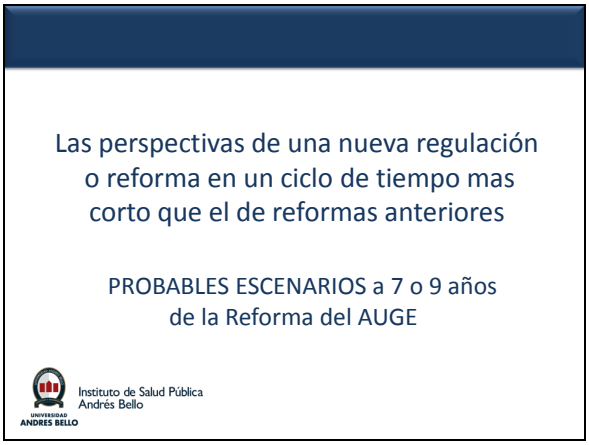


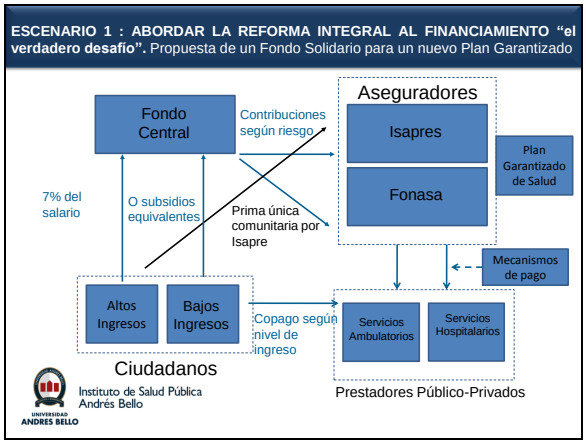
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

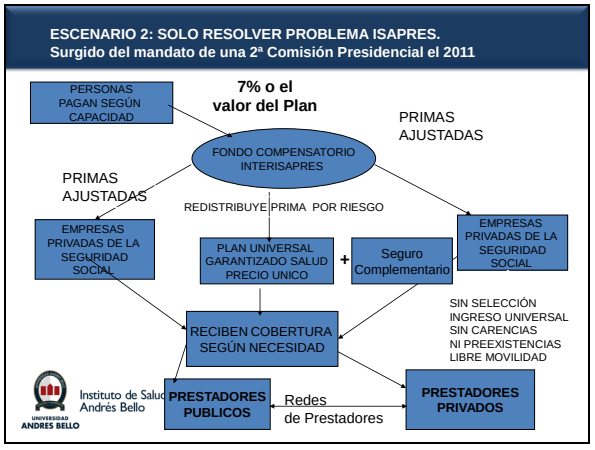

Evolución de la Siniestralidad del Sistema Isapre
Porcentaje del Ingreso Operacional
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%
1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010
Prestaciones
SIL
Total
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello
Fuente: FEFIs al 31 de diciembre de cada año.


Nuevo Plan Garantizado de Salud en ISAPREs
Situación actual
Nueva Propuesta
Cobertura Catastrófica
Plan Complementario
Cobertura Mínima MLE
GES o AUGE
Plan Mínimo
Plan Complementario
Cobertura Catastrófica
Promoción y Servicios de Prevención
NO GES o NO AUGE
GES o AUGE
Plan Garantizado de Salud
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello


Valores del Plan por Beneficiario del Sistema Isapre
Distribución de la Cotización Pactada ($40.946)
Distribución del Financiamiento ($40.946)
Composición del Gasto ($40.946)
Plan Complementario Salud + Beneficios Adicionales 91,1% $37.320
Plan GES 8,9% $3.626
Cotización adicional voluntaria 26,6% $10.889
Cotización legal 7% 71,0% $29.057
Aporte empleadores 2,4% $1.000
$34.667
Gastos Adm/Vtas. 12,6% $5.159
Plan Complementario Salud + Beneficios Adicionales 59,8% $24.497
CAEC 4,1% $1.685
SIL 15,6% $6.388
Plan GES 5,1% $2.098
Resultado Operacional 2,7% $1.120
Andrés Bello


Las perspectivas de una nueva regulación o reforma en un ciclo de tiempo mas corto que el de reformas anteriores
PROBABLES ESCENARIOS a 7 o 9 años de la Reforma del AUGE
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello


ESCENARIO 1 : ABORDAR LA REFORMA INTEGRAL AL FINANCIAMIENTO "el verdadero desafío". Propuesta de un Fondo Solidario para un nuevo Plan Garantizado
Fondo Central
Contribuciones según riesgo
Aseguradores
Isapres
Fonasa
Plan Garantizado de Salud
7% del salario
O subsidios equivalentes
Prima única comunitaria por Isapre
Mecanismos de pago
Altos Ingresos
Bajos Ingresos
Copago según nivel de ingreso
Servicios Ambulatorios
Servicios Hospitalarios
Ciudadanos
Prestadores Público-Privados
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello


ESCENARIO 2: SOLO RESOLVER PROBLEMA ISAPRES.
Surgido del mandato de una 2ª Comisión Presidencial el 2011
PERSONAS PAGAN SEGÚN CAPACIDAD
7% o el valor del Plan
PRIMAS AJUSTADAS
FONDO COMPENSATORIO INTERISAPRES
PRIMAS AJUSTADAS
REDISTRIBUYE PRIMA POR RIESGO
EMPRESAS PRIVADAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL
PLAN UNIVERSAL GARANTIZADO SALUD PRECIO UNICO
+
Seguro Complementario
EMPRESAS PRIVADAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL
SIN SELECCIÓN
INGRESO UNIVERSAL
SIN CARENCIAS
NI PREEXISTENCIAS
LIBRE MOVILIDAD
RECIBEN COBERTURA SEGÚN NECESIDAD
PRESTADORES PUBLICOS
Redes de Prestadores
PRESTADORES PRIVADOS
Instituto de Salud Pública
Andrés Bello

Los desafíos del Plan Garantizado de Salud

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

I. Definición de propuesta y diálogo para el acuerdo político

- La ley corta y su tabla de factores de riesgo atenuada no lograron acuerdo político.
- La Comisión Presidencial del 2011, el aumento de la judicialización y el proceso de tarificación 2012-13, generaron una ambiente propicio para avanzar en el proyecto del PGS en Isapres.
- El conflictivo liderazgo ministerial de los últimos meses ha paralizado las posibilidades de un acuerdo legislativo. Hace 2 meses que el proyecto esta estancado.

Se hace indispensable que el liderazgo ministerial defina con claridad su propuesta, dialogante, ampliamente articulador y con iniciativa política para concordar en el Congreso el PGS

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

II. Una nueva institucionalidad de ETESA (IETESA)

IETESA: Objetivos y principios rectores

- Objetivo y propósito:
  - Mejorar el acceso equitativo a servicios de salud y tecnologías costo efectivas y de alta calidad a aquellos que los necesiten

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

II. Una nueva institucionalidad de ETESA (IETESA)

- **Principios rectores técnicos, estructurales y procedimentales (mejores prácticas)**:
  - **Transparencia** en proceso, métodos, evidencia y deliberaciones y estructura
  - **Inclusividad** y consulta con todos aquellos afectados por la recomendación
  - **Independencia** del gobierno y de otros intereses particulares
  - **Métodos** y procesos **Consistentes**
  - **Mecanismos de Apelación del proceso** dentro y fuera de la agencia
  - **Bases científicas**; **Oportunidad** de las recomendaciones
  - **Revisión** periódica en la medida que nueva evidencia aparezca

Principios rectores

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

III. La definición del PGS en su justa medida

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Los efectos de las migraciones Isapres y FONASA:

- Mucho se habla de las migraciones de Isapres a FONASA y sus estimaciones se mueven entre 140 mil a 600 mil beneficiarios.
- Pero nada se dice de las probables migraciones de FONASA a Isapres:
  a. **1.525.906** beneficiarios de categoría D (2010) se encuentran en rentas igual o superiores a $475.000 y cuyo 7% es superior al costo del PGS del cotizante y sus cargas.
  b. Suponiendo un mayor riesgo relativo, generando una cautividad del 40% en Fonasa y no del 30% como lo es del sistema Isapre.
  c. **915.544** beneficiarios de categoría D del FONASA estarían en riesgo de migrar al sistema Isapre.

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

VALOR PGS: $ 20.940

Movilidad de Beneficiarios Isapres 2001-2010

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios de diciembre 2010.
Superintendencia de Salud

IV. La Regulación de la Tarificación y mecanismos de control del Costo Técnico del PGS

- La definición del IPC de la Salud es necesaria pero insuficiente, se requiere además:
  1. Un comparador electrónico de prestaciones individuales y/o empaquetadas. La nueva ley de derechos y deberes de los pacientes completo las facultades legales necesarias para su implementación. Ya no hay excusas para no hacerlo.
  2. Es necesario regular sobre los mecanismos de pago entre Isapres y prestadores privados. Holding integrados y mecanismos obligatorios v/s No Holding y mecanismos libres.
  3. Perfeccionar la elaboración del PGS con incentivos de cobertura que ayuden a contener el costo técnico:
     a. Promoción de Salud y prestaciones preventivas con mejor protección financiera en ciertas patologías.
     b. Mayor protección financiera para prestaciones ambulatorias que disminuyen la frecuencia en prestaciones hospitalarias relacionadas.

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Muchas Gracias

Instituto de Salud Pública Andrés Bello