

# EQUIDAD, CALIDAD Y REGULACIÓN

## LOS DIEZ AÑOS DEL PLAN AUGE EN CHILE

Un proceso de reformas que llevó varias décadas dio como resultado el plan de acceso universal que transformó un sistema segmentado para avanzar hacia uno integral con acceso y derechos garantizados, además de la reasignación prioritaria del financiamiento a la salud pública.



**Por Francisca Davalos**

Este año se cumple una década de la entrada en vigencia del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, conocido como Plan AUGE y actualmente denominado GES (Garantías Explícitas en Salud), un componente de la reforma en salud que representa un esfuerzo del estado chileno para establecer un régimen de garantías para sus ciudadanos.

El Plan AUGE/GES es un instrumento de regulación sanitaria que establece prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas para los 80 problemas de salud prioritarios establecidos por ley, cuyo cumplimiento es universal independiente del subsistema de salud público (Fonasa) o privado (Isapres) al que se pertenezca.

Ahora bien, la reforma al sistema de salud chileno no debería ser entendida como una transformación aislada, sino como producto del proceso histórico de implementación de políticas en salud, cuyas raíces llegan incluso a las primeras décadas del siglo XX. En el largo plazo estas reformas allanaron el terreno para la creación y consolidación del AUGE/GES: la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 –que unificó los diversos organismos sanitarios en una única autoridad dedicada a la salud pública enfatizando en el rol del aparato estatal en este ámbito– (Mardones y Azevedo, 2006; Azevedo, 1998); la reforma de la década de 1980

que vino a privatizar y municipalizar a la salud, y la de la década de 1990, que buscó introducir modificaciones regulatorias al subsistema privado de la salud.

Es interesante mencionar, siguiendo a Lenz (2007), que durante la dictadura militar hubo un proceso de desgaste y deterioro del sector público sanitario, lo cual impactó de forma más profunda en la población de ingresos medios y bajos, grupos que utilizaban el sistema público de salud. De ahí que en la etapa democrática, las políticas en salud se orientan a subsanar el deterioro heredado de la dictadura con mayores inversiones en infraestructuras, equipamientos y recursos humanos para, de esta forma, fortalecer el sistema público de salud. Por esto, durante el período entre 1990 a 1994, el gasto público en salud se incrementó en 10 veces al de los últimos años de la dictadura (Erazo, 2011).

En este sentido, el retorno democrático supuso una restitución paulatina de la centralidad del Estado en el ámbito del sistema de salud cuyo mejor producto ha sido, hasta el momento, el AUGE/GES. En este sentido, y tal como aclara la Dra. Vega, debemos entenderlo en tres dimensiones:

- como un esfuerzo para igualar los servicios y garantías en salud que, en un contexto de fragmentación que se manifiesta en sistemas de salud paralelos con lógicas distintas, dan cuenta de la imposibilidad de eliminar dicha fragmentación;
- como una transformación cualitativa que implementó una lógica de derechos garantizados;
- y, en relación a lo anterior, como expresión de un enfoque garantista en un sistema con cobertura universal se

La autora es Antropóloga (U de Chile), Magister en Antropología Social y Política (FLACSO) Argentina, Investigadora (ISALUD)

agregan garantías adicionales de acceso, tiempo, calidad y cobertura financiera, con exigibilidad legal.

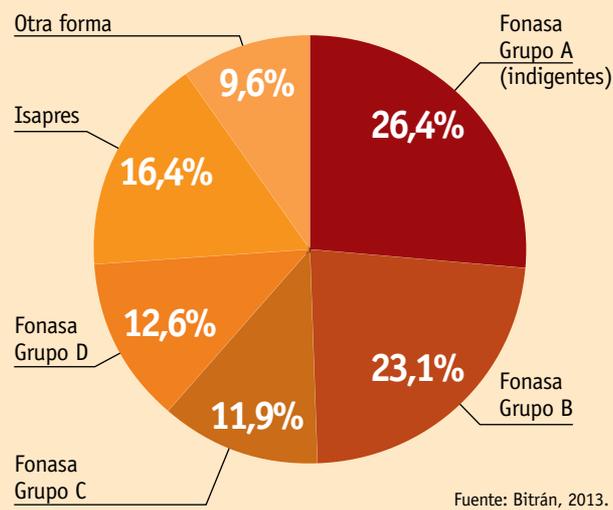
A partir del año 2000, durante el mandato del presidente Ricardo Lagos (2000-2006), se propicia una reforma al sector salud consistente en diversos proyectos<sup>1</sup>, entre los que se contaba el AUGE/GES. Este proyecto buscaba regular “[...] el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud creando un régimen de prestaciones de salud de carácter preventivo y curativo a las que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios del sector público y privado que cotizan en algún sistema previsional.” (Bastías y Valdivia, 2007: 52).

Constituido así, el programa fomenta la exigibilidad del derecho de la salud por medio de la definición de un conjunto de garantías explícitas, brindadas a la totalidad de la población. Dado su éxito, ha sido un programa que ha sobrevivido a los traspasos de gobierno, consolidando y profundizando su radio de acción. Pero esto necesitó de un proceso de diseño primero y, luego, de negociación entre actores que resulta interesante rescatar, para mostrar así las fortalezas, obstáculos y desafíos del AUGE/GES en la actualidad. Según afirma la Dra. Jeanette Vega –actual directora nacional de Fonasa–, durante la campaña presidencial de 1999 Ricardo Lagos visualizó la reforma del sector salud como “la gran reforma” de su gobierno. Esto implicaba transformar un sistema de salud segmentado para avanzar hacia un sistema integral con acceso y derechos garantizados, además de la reasignación prioritaria del financiamiento a la salud pública. Lo anterior sería posible en un contexto específico que expresaba un acuerdo social para reformas en salud, sumado a una voluntad política del Ejecutivo para ello.

La implicación de Ricardo Lagos fue de suma importancia, creando una Comisión Interministerial encargada de generar la propuesta técnica-política, en cuya Secretaría Ejecutiva se encontraba el Dr. Hernán Sandoval. Y si bien la cartera de salud le otorgó relevancia a ésta, la existencia de una Secretaría Ejecutiva paralela al Ministerio creó tensiones en torno a la imbricación y los límites de trabajo entre organismos. Esto se saldó con el desplazamiento de la discusión interna hacia el Congreso en 2002.

Por otro lado, como comentó la Dra. Vega, la Secretaría de Comunicaciones de la presidencia estableció una estrategia comunicacional que tuvo gran relevancia durante los procesos de negociación tanto en el Congreso como con el

**Figura 1**  
**Cobertura Sistema de Salud en Chile**  
**(año 2011)**



gremio médico. De esta forma, el gobierno se configuró con un actor “neutro” ya que se posicionó al centro del debate entre detractores y partidarios y, con esto, la propuesta institucional adquirió legitimidad.

En este contexto, la Secretaría Ejecutiva desarrolló tres elementos centrales e interconectados de la reforma: la definición de objetivos sanitarios; la definición del significado de las “garantías exigibles”, y la equidad del sistema. Como primer paso, la definición de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 fue referencia para el establecimiento de intervenciones y acciones que, prioritariamente, debían implementarse en el sistema de salud. En función de mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad por un lado, y la reducción de las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad por el otro, se plantearon 4 objetivos sanitarios a través del trabajo conjunto con el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Estos objetivos eran:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados,
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad,
- Disminuir las desigualdades y,
- Prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

Estos objetivos delimitaron y orientaron el campo sanitario pero fue necesaria la puntualización de las prioridades en salud y, con esto, de los elementos del plan específico de salud. Así, la Comisión describió las garantías reales a un subconjunto de población específica, puesto que el financiamiento del sector salud no podía asegurar la cobertura *in extenso*; la idea era constituir “un sistema encima de un sistema

<sup>1</sup> Estos proyectos fueron: Derechos y deberes de los pacientes (regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean éstos privados o públicos); Financiamiento (consideró el incremento del Impuesto al Valor Agregado y de impuestos específicos); Autoridad Sanitaria y Gestión (fortaleció las potestades del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización); Ley de Isapres (disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control, entre otros elementos); y el Régimen de Garantías en Salud (Bastías y Valdivia, 2007).

de cobertura universal [...] nos va a permitir que la cancha entre lo público y lo privado se iguale por eso, se va a tener que entregar en lo público y lo privado...” (Dra. Vega).

La definición de estas garantías se estableció en 4 dimensiones:

- **Garantía de Acceso:** que obligaba a Fonasa y a las Isapre de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el AUGE/GES para los/as beneficiarios. La lógica a implementar, nos comentó la Dra. Vega, no buscaba dar cuenta de la prestación aislada sino del evento entero; diagnóstico temprano, tratamiento y cuidados paliativos en el caso de ser necesarios.
- **Garantía de Oportunidad:** el tiempo máximo de las garantías de acceso.
- **Garantía de Calidad:** relativa a la realización de las prestaciones otorgadas por prestadores registrados y acreditados. Además, la protocolización de los procedimientos, la construcción de guías clínicas, etc., permitió otorgarle densidad a la exigibilidad de la calidad de la prestación.
- **Garantía de Protección Financiera:** efectiva en las dolencias prioritarias, la que debía ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos. Fonasa debía cubrir el valor total de las prestaciones los grupos más pobres (A y B).

Las patologías incluidas en la garantía de acceso, que actualmente son 80<sup>2</sup>, se enmarcan en un decreto supremo que garantiza su inclusión pero pasan por un proceso de revisión cada 3 años con estudios de prevalencia, impacto social y costo-efectividad<sup>3</sup>. Es interesante notar que

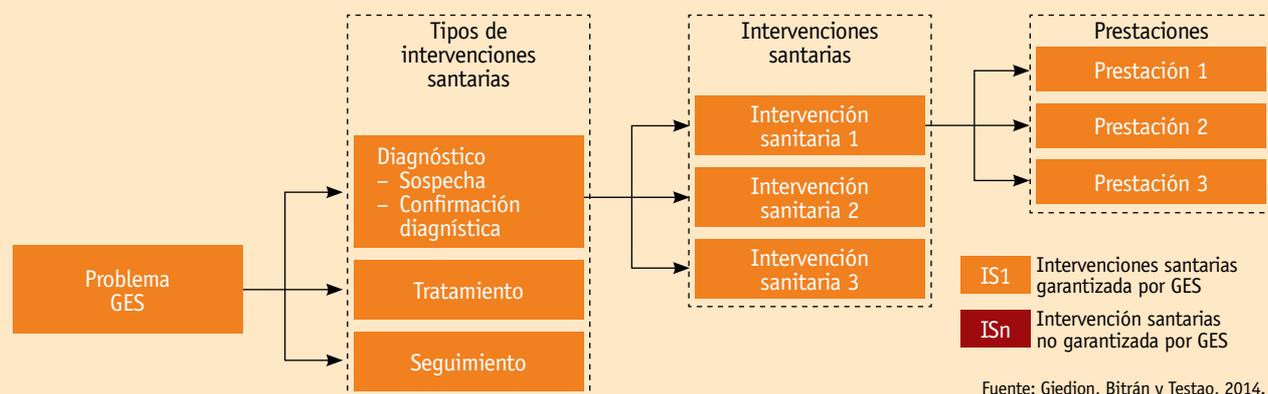
2 Para una revisión de las patologías incluidas, ver: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyname-501.html>

3 Por medio de la consideración conjunta entre representantes del Ministerio de Salud (División de Control y Prevención de Enfermedades, encargada de la realización de guías clínicas; y la División de Planificación Sanitaria, encargada de la realización de los estudios) y de los servicios de salud y el Consejo Consultivo AUGE que agrupa miembros de la comunidad académica.

cuando comienza la implementación del AUGE el año 2005, se garantizaban 25 patologías; 10 años después, las enfermedades incluidas son más del triple de las iniciales. Esta visión plantea un crecimiento gradual pero continuo de las patologías incluidas sin establecer una meta sanitaria clara, perspectiva que primó en el diseño e implementación. Sin embargo, el presupuesto no fue acompañando a las problemáticas, con la consecuente fragmentación de la lógica del programa; así por ejemplo, la colecistectomía estaba definida en el diseño “desde” los 40 años en adelante pero terminó siendo una sola intervención “entre” los 35 a 49 años. Esta postura tuvo su contrapartida expresada en una posición minoritaria dentro de la Comisión Intermnisterial propugnando la necesidad de marcar prioridades en función del contexto y los recursos, por lo que las enfermedades que entraban eventualmente podían salir del AUGE. Esta perspectiva la relata la Dra. Vega cuando comenta que “No hay que seguir avanzando con cosas, sino profundizar en las garantías y la calidad, y hacer ahora que estamos a 10 años de qué es lo que ha ocurrido, cuáles son los problemas que tiene, cuáles son las cosas que hay que mejorar...”

La definición de estas garantías apuntaba hacia una mayor equidad del sistema de salud, pero no había una determinación explícita en torno a los prestadores de salud. Efectivamente, una de las resistencias del gremio médico tuvo relación con la sensación de una pérdida de control de la actividad médica pues se introducía la figura de los *prestadores preferentes* de la red AUGE, la protocolización y confección de guías clínicas generaba la sensación de constricción, temor por la definición de precios y costos rígidos (Dra. Vega), y finalmente la descripción de prioridades desde el Gobierno y su cartera de salud, suponía una pérdida de decisión del médico (Lenz, 2007). Actualmente, y tal como establece la garantía de calidad, para que el prestador individual e institucional público y privado otorgue la prestación AUGE, debe acreditarse

**Figura 1**  
**Problemas de salud, intervenciones sanitarias y prestaciones**



Fuente: Giedion, Bitrán y Testao, 2014.

obligatoriamente<sup>4</sup>. De esta forma, se definieron Redes GES que involucran desde la APS (que recibe casi el 60% del financiamiento contra prestación) a ultra especialidad (lo que supuso establecer los centros de referencia de alta complejidad).

No obstante lo anterior, en el proceso de la implementación el AUGE/GES se ha visto distorsionado debido al carácter de exigibilidad de la prestación; pues si la prestación no puede ser entregada por la red pública debe ser comprada en el sector privado (Isapre). Esto ha generado una *privatización por dentro* (Dra. Vega), donde gran cantidad de recursos se destinan a la compra de estas prestaciones, “fugándose” al ámbito privado. Este problema se relaciona con la escasez y mala distribución de los recursos humanos y al éxodo público-privado en aumento; “*ha habido una migración muy importante del sector público al privado y la gente se queda 11 horas en el sector público, por que las otras se las compran [privadamente]...*” (Dra. Vega).

A partir de 2015, sólo Fonasa autoriza la compra de prestación GES sin intermediarios, centralizando la decisión de la compra, con una clara intención regulatoria por parte del Estado.

Diez años han pasado desde la promulgación del AUGE/GES y, sin embargo no se ha realizado una evaluación en profundidad que coteje el diseño con la implementación y los resultados obtenidos hasta el momento. Teniendo en cuenta esto, emergen algunos obstáculos y desafíos a afrontar para la profundización de la cobertura efectiva en salud.

Un primer obstáculo hace cuenta con la disparidad entre la creciente demanda por las prestaciones AUGE/GES y los recursos fiscales para su implementación. Esto se relaciona con dos cuestiones interconectadas: en primer lugar, el gran desembolso fiscal en infraestructura por medio de la construcción de hospitales y centros de atención primaria de la salud. Y en segundo lugar, producto del éxodo público-privado de los recursos humanos, una gran cantidad de financiamiento se destina a la compra de prestaciones en el subsistema privado. A esto, se añade el costo en tecnología que no distancia la consolidación de las garantías exigibles con la tecnología de punta en el diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos de determinadas patologías. Ocurre de forma similar con los medicamentos de alto

**Tabla 1**  
**Cantidad de prestaciones compradas por la Central Nacional de Abastecimiento para cumplir con garantías GES en el Fonasa, y producción de esas prestaciones en el sector público, 2011**

| Prestación licitada                | Cantidad de atenciones |                |
|------------------------------------|------------------------|----------------|
|                                    | Sector privado         | Sector público |
| Cáncer cérvico-uterino             | 533                    | 3.443          |
| Cáncer de testículo                | 664                    | 2.626          |
| Cáncer gástrico                    | 121                    | 323            |
| Desprendimiento de retina, cirugía | 796                    | 3.552          |
| Esquizofrenia, tratamiento         | 833                    | 14.570         |
| Total                              | 2.967                  | 24.514         |

Fuente: Giedion, Bitrán y Testao, 2014.

costo; como nos comenta la Dra. Vega, en el diseño se incorporaron como garantía sin embargo ya que determinados medicamentos tienen un único proveedor, establecerlos como decreto ley implicaba dejar “amarrada” la compra exclusiva de ese medicamento, en el contexto de fuertes presiones de las industrias farmacéuticas<sup>5</sup>.

La reforma AUGE no tuvo un diseño terminado al inicio de las negociaciones políticas, lo que permitió ir modelando los problemas operativos de la fase de implantación con flexibilidad y en relación al proceso de negociaciones políticas (Lenz, 2007). Sin embargo, según la Dra. Vega, la ausencia de un diseño cerrado ha permitido una distorsión del AUGE/GES que tiene repercusiones en la actualidad. Ejemplo de esto, sería la compra de prestaciones AUGE/GES al sector privado, debilitando el subsistema público de salud. Así, un desafío hace relación con el rediseño de las redes de prestadores, fomentando la profundización y perfeccionamiento de la regulación estatal para orientar al sistema público, la entrega de recursos en forma de prestaciones. Así mismo, Vega planteaba la necesidad de centralizar la compra de prestaciones estableciendo el volumen/resultado como criterio, y no la compra individual al médico. En este sentido, se hace necesaria la realización de una evaluación que permita un rediseño del plan a la luz de los obstáculos en la implementación y de las problemáticas que se han expuesto.

<sup>4</sup> Es la Superintendencia de Salud la encargada de fiscalizar y actualizar el registro nacional de Prestadores de Salud. Esta institución es un organismo público, sucesor legal de la Superintendencia de Isapres, que inicia sus operaciones el 1 de enero de 2005, encargada -entre otras funciones- de fiscalizar las Isapres, el Fonasa y el Régimen de Garantías en Salud por un lado; y de fiscalizar a todos los prestadores de salud, públicos y privados, en la entrega de prestaciones, por otro. Para mayor información: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-channel.html>

<sup>5</sup> Se decidió establecer dos fondos aparte del AUGE/GES (el Fondo de Medicamentos, destinado a asegurar que el 100% de las personas mayores de 15 años, que padecen diabetes, hipertensión, colesterol y triglicéridos altos, reciban medicamentos para tales afecciones; y el Fondo Especial de Medicamentos de Alto Costo -Ley Ricarte Soto-, que servirá para apoyar a familias que enfrentan enfermedades más complejas) debido a que las fuertes presiones y lobby en negociaciones con las empresa farmacéuticas.

Otro obstáculo es el cumplimiento efectivo de la garantía de oportunidad: establecer un tiempo máximo de atención de las patologías es un gran avance pero suele existir una “doble ficha” del paciente. Éste ingresa a la atención pero no al sistema AUGE pues cuando esto ocurre, comienza a correr la garantía de oportunidad. Por otro lado, existe un bajo registro de reclamos de irregularidades de acceso, tiempo y calidad ya que éste debe ser explícito sino no se rotula como garantía incumplida.

Una apuesta planteada por la Dra. Vega es el monitoreo y seguimiento real de los pacientes AUGE por medio del muestreo aleatorio en las redes asistenciales. Si bien implica un gasto en recursos, en el largo plazo dada la exigibilidad de las garantías, implica un menor costo. Por otro lado, planteaba incentivos financieros por producción y desempeño asociados al cumplimiento real de la garantía. Creemos que estos incentivos deben ser hacia los establecimientos para el mejoramiento de infraestructura y equipamientos, pero no hacia los profesionales, pues introduce una desigualdad entre el personal del establecimiento de salud –quienes ofrecen prestaciones AUGE/GES y quienes no–, fomentando tensiones y reclamos. Al dirigirlos hacia la institución, se fomenta la definición y decisión de utilización de los recursos por el equipo de salud y los recursos humanos que forman parte de los establecimientos.

Otro obstáculo emergente hace relación con la distinción inherente que introduce el plan entre quienes son pacientes AUGE y quienes no. Esto ha acarreado una postergación de pacientes no-AUGE, en un contexto de incremento del gasto público en salud donde los recursos fiscales se han orientado en su mayoría a la construcción de infraestructura, equipamientos y formación de profesionales<sup>6</sup>. Dicha dilación se expresa en listas de espera para cirugías no-AUGE que en junio del año 2014 ascendían a 209.846 personas<sup>7</sup>; desde tomar turnos GES hasta la utilización de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD<sup>8</sup>), hay una utilización de los resquicios del sistema y estrategias de las personas para la pronta atención. De esta forma, los recursos públicos van a parar en el subsistema privado de

la salud, sin resolver –o al menos, suavizar– la dicotomía *público-privado* del sistema de salud chileno.

Así, aparece el desafío en la disminución de la brecha entre las prestaciones AUGE y no-AUGE producto del copamiento de acceso y capacidades –fundamentalmente quirúrgicas–, que generan largas listas de espera. Sin embargo esto se encuentra en directa relación con la filtración y éxodo de recursos financieros y humanos hacia el subsistema privado. En este sentido, si bien es indispensable la construcción de infraestructura presupuestada para 2015, el énfasis en generar estímulos para la formación y capacitación de recursos humanos es fundamental, y permite mejorar la calidad de la atención en el corto y largo plazo. Pero esto debe estar acompañado de una orientación de los recursos fiscales hacia el sistema público de salud, evitando su “escape” al subsistema privado.

Lo anterior nos lleva finalmente a observar la necesidad de consolidar el rol del Estado tanto en materia regulatoria y fiscalizadora, como también en las orientaciones estratégico-sanitarias nacionales. Este retorno al rol centralizador del Estado en las problemáticas de salud, ha sido una tarea paulatina desde el término de la dictadura militar chilena en el año 1990. Así, el diseño e implementación del AUGE/GES ha explicitado y garantizado acciones sanitarias relativas a problemas de salud relevante, articulándose con otras acciones estatales para la conformación de un sistema de protección integral en Chile. 

La autora agradece a la Dra. Jeanette Vega, directora del Fonasa

## Referencias bibliográficas

- **Bastías, Gabriel y Gonzalo Valdívia.** 2007. *Reforma De Salud En Chile; El Plan Auge O Régimen De Garantías Explícitas En Salud (Ges). Su Origen Y Evolución.* Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
- **Azevedo, Antonio C.** 1998. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. En *Revista Saúde Pública*, 32 (2): 192-199.
- **Bitran, Ricardo.** 2013. *Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGE Benefits Package.* UNICO Studies Series 21, Banco Mundial. Washington DC.
- **Burrows, Jaime.** 2008. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what?. En *J. Med. Ethics* 2008; 34; e13.
- **Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán y Iñez Tristao.** 2014. *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional.* División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.
- **Mardones-Restat, Francisco y Antonio Carlos de Azevedo.** 2006. The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. En *Revista Salud Pública de México*, vol.48, no.6, noviembre-diciembre de 2006. Pp: 504-511. México.
- **Lenz, Rony.** 2007. *Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una Mirada desde la Economía Política.* Serie Estudios Socio / Económicos N° 38, CIEPLAN. Chile.
- **Erazo, Álvaro.** 2011. *La protección social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos.* Serie de Estudios del Desarrollo, CEPAL, Chile.

6 Con el presupuesto del año 2015 se plantea la construcción de 37 centros de salud familiar, 50 centros comunitarios de salud familiar, 38 nuevos servicios de atención primaria de alta resolución, que se suman a los 14 en proceso de construcción, y 20 hospitales que se esperan terminen antes del 2018. Asimismo, se adquirirán y repondrán 320 ambulancias y se financiarán los fondos de medicamentos. Por otro lado, se inauguran 1.000 nuevas becas para estudiar especialidades médicas y 370 nuevos cupos en el programa de formación de destinación a zonas rurales.

7 <http://mutual.icc-crisis.com/?p=13819>

8 “Forma de pago que le permite al cotizante y/o beneficiario del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) conocer por anticipado el valor total de la cuenta en aquellas intervenciones quirúrgicas inscritas en los establecimientos de salud [privados] que tienen convenio con Fonasa.” <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-5135.html>