



A diez años de la implementación del plan AUGE

I. Introducción

Hoy primero de julio se cumplen diez años de la entrada en vigencia del régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), también conocido como plan AUGE. La ley 19.966 que dio origen a este programa, era parte de un paquete mayor de iniciativas legales que pretendían mejorar el sistema de salud en beneficio de todos los chilenos, especialmente de aquellos con menores recursos. Este plan establece un conjunto de garantías explícitas para la “buena atención” de un conjunto prioritario de condiciones/ patologías, asegurando el acceso, la oportunidad, la calidad y la protección financiera.

A un año de la creación del plan, éste cubría 40 enfermedades, pasando a ser 56 en el 2007. Más adelante, el 1° de julio de 2010 –al cumplirse cinco años de su entrada en vigencia– se agregaron trece

RESUMEN EJECUTIVO

Hoy primero de julio se cumplen diez años de la entrada en vigencia del régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), también conocido como Plan AUGE, iniciativa que pretendía mejorar el sistema de salud en beneficio de todos los chilenos, especialmente de aquellos con menores recursos. A una década de su implementación se evidencia una baja en su evaluación, tanto a nivel general, como particular. Lo anterior, permite concluir que la negativa valoración tiene fundamentos objetivos asociados a una mala calidad de las prestaciones de salud. En el siguiente Ideas y Propuestas se analizarán los principales resultados obtenidos en una encuesta realizada por la Fundación Jaime Guzmán referente a este tema.

patologías más, y luego, el 1° de julio de 2013 se incorporaron once más. En total, son ochenta las enfermedades cubiertas.

Entre las novedades del sistema había algunas muy interesantes.

En primer lugar, esta ley surgió después de un amplio debate entre sectores oficialistas y de oposición, que incluyó además la opinión de centros de estudios, académicos y otros técnicos de políticas sanitarias. En general, puede decirse que la ley generó importantes niveles de consenso técnico.

En segundo lugar, se estableció de forma explícita que la garantía constitucional al acceso a la salud debía armonizarse con los recursos disponibles y priorizar aquellos programas que producen mayor beneficio para el país. Ello es muy importante a la hora de establecer políticas públicas que garantizan prestaciones específicas.

Un tercer aspecto a destacar es que la asimetría de información presente en el mercado de la salud hace que para una persona en particular sea muy difícil definir cuál es el mejor prestador y cuál le va a presentar el mayor beneficio. Precisamente por esto, el plan AUGE buscaba trasladar la responsabilidad de articulación de redes de los servicios de salud, desde las personas hacia los seguros, de manera que éstos fueran capaces de ofrecer una solución integral a este problema.

Cuando transcurrieron cinco años de la implementación del sistema la Fundación Jaime Guzmán, decidió evaluar algunos aspectos relevantes de esta reforma en materia de salud: especialmente el grado de conocimiento del plan; y cómo evaluaba la gente las garantías explícitas que lo constituyen. En la actualidad, cuando han transcurrido otros cinco años desde esa primera medición, se ha querido volver a preguntar a la ciudadanía sobre estos aspectos.

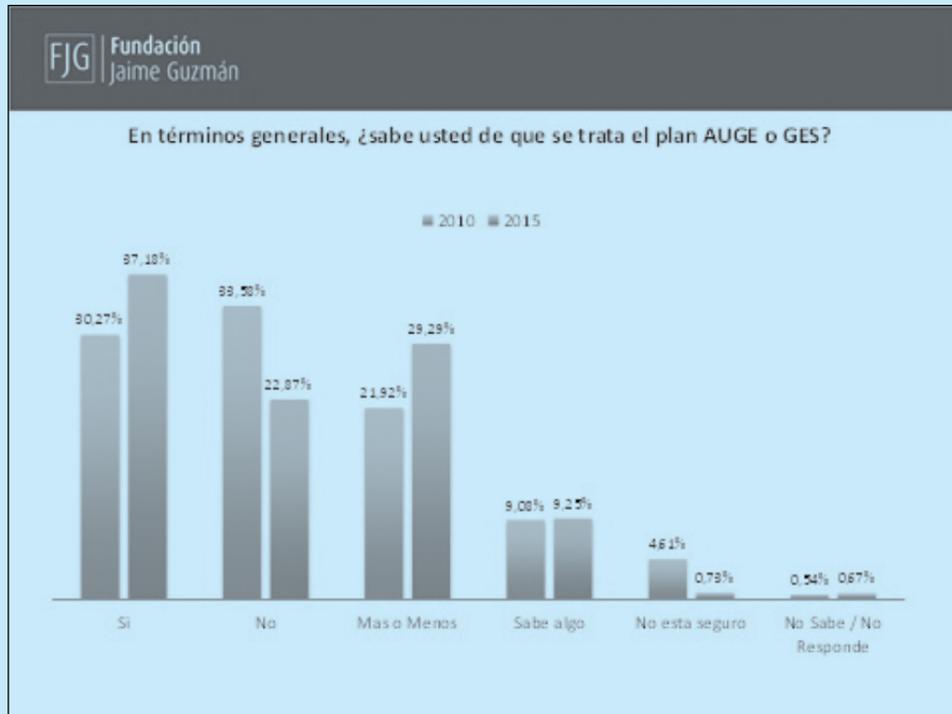
En las páginas siguientes se expondrán las principales conclusiones de esta nueva consulta formulada a la ciudadanía.

II. Conocimiento del Plan AUGE

A diez años de funcionamiento del plan, la gente lo conoce más. En efecto, según la gráfica de más abajo la gente que dice conocer de qué se trata el Auge, corresponde al 37% de los encuestados, siete puntos más en comparación con el año 2010. Por su parte el desconocimiento bajó casi once puntos, pues los que dicen no conocer de qué se trata, disminuyeron de un 33,5% a casi un 23%.

1. Con el objeto de facilitar el análisis, los 11 ejes presentados por el Gobierno han sido agrupados en estos 8 puntos.

Muchos son los factores que pueden explicar esa mejora, sin embargo, es preciso tener presente que entre los años 2009 y 2013, la Superintendencia de Salud ha desarrollado planes nacionales de difusión cuyo objetivo principal es contribuir a aumentar los conocimientos de la población a nivel nacional, sobre las garantías, derechos y deberes que otorga el Sistema de Salud Chileno, para facilitar la toma de decisiones. Dentro de este plan de difusión se contemplan, dentro de otros objetivos específicos, “desarrollar actividades educativas y de difusión, que promuevan el conocimiento de los derechos y deberes que otorga el sistema de salud chileno”¹.



Lo mismo ocurre cuando se le consulta a la gente por los derechos específicos que garantiza el AUGE. Como se sabe, este plan de salud contiene garantías explícitas que constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas a Fonasa y a las Isapres. Ellas son:

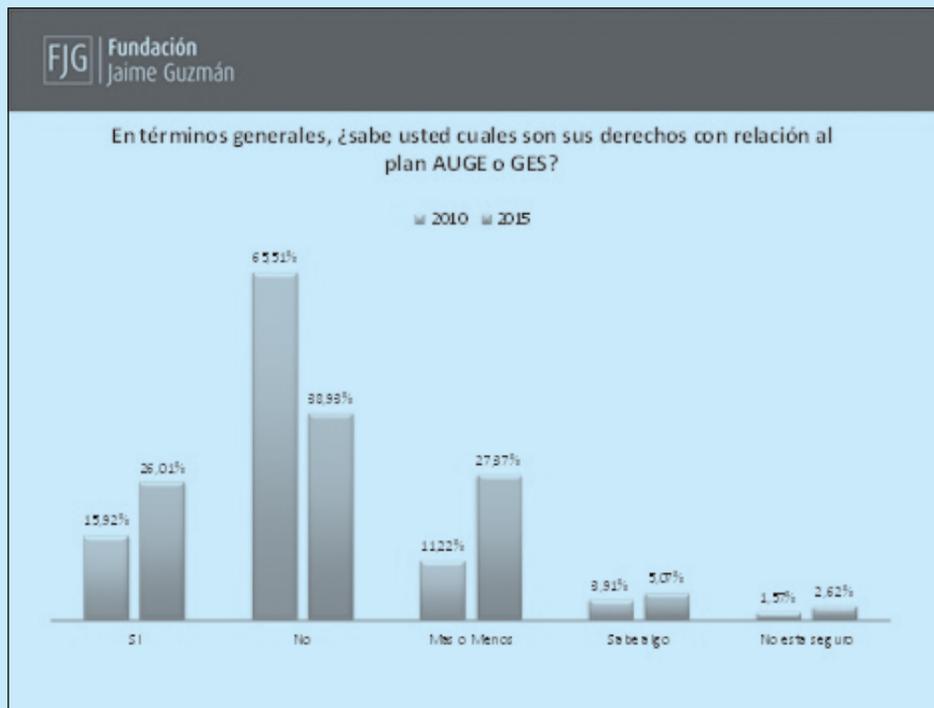
- 1. Garantía de Acceso:** Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad.
- 2. Garantía de Oportunidad:** Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas de acuerdo a plazos establecidos.

1. Véase http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-8575_recurso_1.pdf

3. Garantía de Protección Financiera: Cancelar sólo el copago: 0% Afiliados del Fonasa A y B; 10% grupo C y 20% grupo D y afiliados a Isapres.

4. Garantía de Calidad: Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud.

Como se observa en el siguiente gráfico, las personas que dicen conocer sus derechos corresponden al 26%, mientras que los que estaban en conocimiento de los mismos el año 2010 significaban casi un 16%.

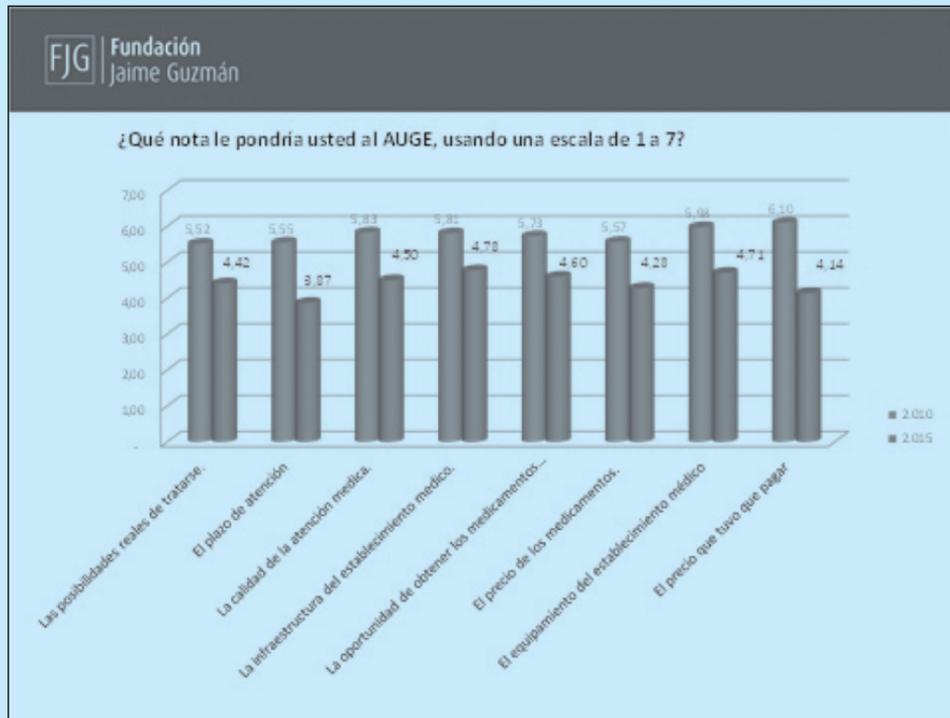


III. Calificación del Auge

Sabiendo que la gente conoce más el Auge, corresponde determinar cómo lo valoran –qué notan le ponen– tanto globalmente como en cada uno de los derechos asociados.

En general, llama la atención que la valoración de las personas ha disminuido en los últimos cinco años. La encuesta le pidió a la gente evaluar ocho aspectos concretos relacionados con el Plan de Salud. En relación con el tratamiento, se preguntó por el acceso al mismo, el plazo de atención, la calidad del servicio recibido y el precio cobrado; en relación con los recursos materiales, se consultó por la infraestructura y el equipamiento del establecimiento médico; y finalmente, en relación con los

medicamentos, se calificó el precio y el acceso a ellos. El gráfico siguiente da cuenta de los resultados comparándolos con los del año 2010.

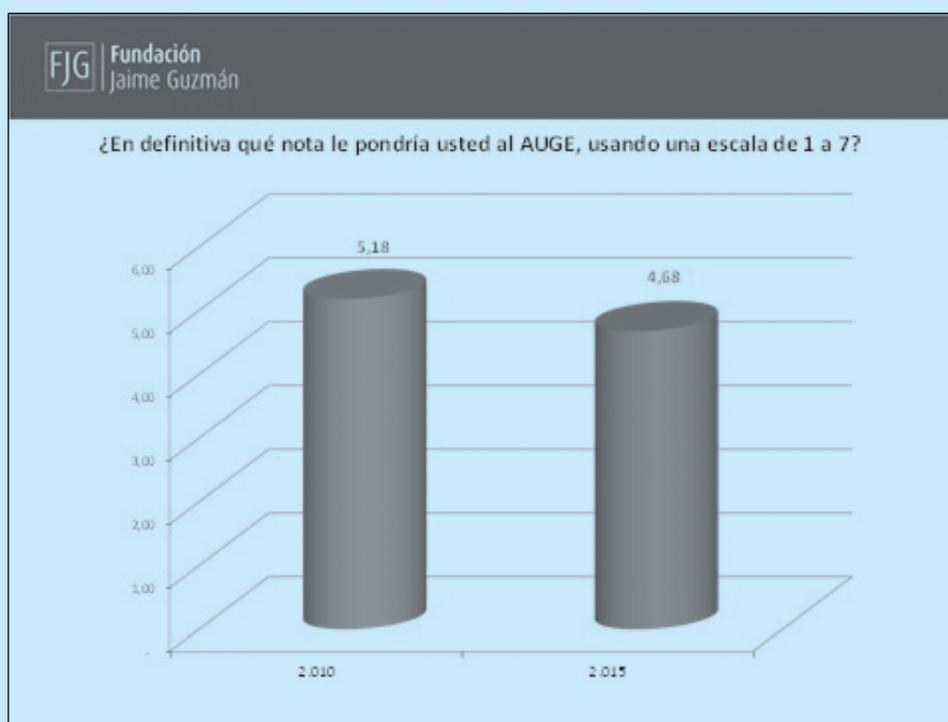


Como puede verse, todas las notas bajan. Si bien, en el año 2010 el promedio de nota que recibían estos aspectos era un 5,8, hoy en día es sólo un 4,4. Especialmente brusco es el descenso en el plazo de atención, lo cual es concordante con el crecimiento de las listas de espera y el retraso en la construcción de hospitales que ha sido tema a lo largo de todo el semestre. En efecto, la ministra de la cartera, Carmen Castillo, reconoció que no se podría cumplir el compromiso de construir 20 hospitales durante la gestión del gobierno de Michelle Bachelet y que sólo se levantarían 12 de los prometidos. Esta crisis llevó, incluso a que a fines del mes de mayo el jefe de inversiones del Ministerio de Salud fuera removido de su cargo.

Por otro lado, llama la atención la fuerte disminución de la nota que califica el precio a pagar por las prestaciones que baja de 6,1 a 4,1. Esta baja puede explicarse, además de la falta de infraestructura hospitalaria ya señalada, a la falta de médicos, especialmente de especialistas. En efecto, ya desde fines del año pasado la subsecretaría de Redes Asistenciales ha dado una señal de alerta. Un informe enviado a la Cámara de Diputados indicaba que eran 1.878.485 los casos que aguardaban ser resueltos, de los cuales más de 1.6 millones esperaban una consulta con un médico especialista y otros 226.340 pacientes enlistados, sin éxito, para ser operados. En cuanto a las consultas médicas, el informe establece que el 88% de los inscritos a septiembre, es decir 1.652.145 casos, ha esperado más de 120 días para ver a un doctor, plazo que el Ministerio de Salud ha definido, teóricamente, como el máximo

aceptable. Se trata, además, de una cifra que se ha abultado: en marzo eran 1.562.294 casos en lista de atención y el 86% tenía 120 días y más de retraso. Finalmente, el informe señalaba que hay 226.340 intervenciones quirúrgicas que aún no se concretan, pese a que el 57% de estos enfermos lleva más de un año inscrito y aguardando ser operado. La demora en la resolución de estas prestaciones también ha aumentado, pues en marzo eran 186.3377 los casos que se debían resolver, de los cuales el 56% tenía esperas mayores a un año².

No obstante, al evaluar el Auge de manera global, la gente es más benévola. En efecto, la disminución de nota corresponde sólo a medio punto, tal como lo demuestra el gráfico siguiente:



IV. Conclusiones

1. Se observa un importante aumento en el nivel de conocimiento del AUGE y sus garantías.
2. Al mismo tiempo se evidencia una baja en la evaluación del Plan de salud, tanto a nivel general, como particular.

2. Véase <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/12/680-607138-9-crece-lista-de-espera-y-llega-a-18-millones-de-casos-retrasados-en-red-de-salud.shtml>

3. Lo anterior, permite concluir que la mala evaluación tiene fundamentos objetivos asociados a una mala calidad de las prestaciones de salud.

4. Posibles causas de este deterioro, según datos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, son:

a. Falta de personal médico, sobre todo especialistas.

b. Deficiencias en la gestión de recintos asistenciales.

5. Finalmente, es previsible que las listas de espera seguirán aumentando, por cuanto, recientemente, el gobierno ha confirmado el retraso en la construcción de los veinte hospitales originalmente previstos para el término del actual gobierno.