

AUGE y caída de una política pública en salud en Chile

AUGE and Fall of Public Health Policy in Chile

Dra. Oriele Núñez S.¹

RESUMEN

Se analiza la formulación e implementación de una Política Pública en salud, iniciada en Chile en 2002 - 2005 durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos. Se considera en particular a uno de los ejes principales de la reforma al sector salud, la Ley N° 19.966, de Régimen General de Garantías en Salud, conocida como Ley AUGE o GES (Ley 19.966 de septiembre 2004), la cual, según sus creadores, apuntaba a resolver "las brechas de equidad" en salud.[1]

El GES, "alma de la reforma", bajo la lógica del modelo socioeconómico imperante en Chile, quedó sólo escrita en un papel, pues las acciones ejecutadas para lograrlo, han ido en dirección opuesta a este principio.

El AUGE se encamina a una rápida CAIDA. No resolverá los problemas en salud de la población, por razones que van desde su origen, al no considerar los determinantes sociales en su ideario; pasando por fallas en su implementación, pues necesita cerrar brechas en cuanto a: aumento del gasto público en salud, falta de infraestructura y de tecnología, escasez de especialistas médicos/as y profesionales no médicos/as y formación de profesionales comprometidos con el sector público. El AUGE representa la anti-salud.

Con esta perspectiva, es necesario dejar planteada una interrogante: ¿cuál es el rol de los salubristas para la toma de decisiones en Políticas Públicas de Salud?

***Palabras clave:* Política pública de Salud, Chile, AUGE, Derecho en Salud, Salud Pública**

ABSTRACT

This article analyzes the formulation and implementation of a public policy on health, initiated in Chile in 2002-2005 during the Government of President Ricardo Lagos. Whereas in particular one of the main axes of this health policy, based on law No. 19.966 "General regime in health

Recibido el 12 de mayo de 2016. Aceptado el 16 de junio de 2016

1 Médica General. Especialista en Medicina Interna. Académica Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Tutora de Medicina Interna FOREAPS. Candidata a Magister en Salud Pública. Universidad de Chile. Correspondencia a: dra.orielenunez.uchile@gmail.com.

guarantees”, known as Act boom or GES. This reform of the health system, according to its creators, was aimed at resolving “equity gaps” in health.

The GES, “soul of the reform”, under the logic of the prevailing socio-economic model in Chile, was only written in a role, because the actions implemented to achieve it, gone away from this principle.

The AUGE moves toward a rapid fall. It will not solve the problems of health of the population, for reasons ranging from its origin, not to consider the social determinants in their ideology; passing through flaws in its implementation, it needs to close gaps in terms of: increase in public expenditure on health, lack of infrastructure and technology, shortage of physicians as specialists and professionals non-medical workers and training of professionals committed to the public sector. The AUGE represents the anti-health.

With this perspective, it is necessary to let posed a question: what is the role of the public health for decision making in public health policy?

Key words: public policy of health, Chile, AUGE, right to health, public health.

ANTECEDENTES

Desde el año 1952 hasta los setenta, Chile resultó ser uno de los países mejor evaluados por su sistema de salud por las políticas públicas sanitarias implementadas a través del Servicio Nacional de Salud (SNS 1952-1978).

A partir de los noventa, las políticas neoliberales de privatización impulsadas por la dictadura militar, continuaron su desarrollo con los gobiernos de la concertación, profundizándose desde el año 2000 en adelante, con mayor “apertura al libre comercio internacional, la privatización de empresas estatales y el manejo conservador de la administración pública y las políticas sociales. Las utilidades de las grandes empresas de la minería, pesca, la banca, el comercio, las comunicaciones y la hotelería aumentaron, dando lugar al crecimiento de grandes fortunas en grupos reducidos” [2]

Por su parte, en el sector salud conviven dos realidades: por un lado, la privada, que obtiene grandes márgenes de utilidades y concentración de ganancias; y por el otro, el sistema público, que concentra la mayoría de la población chilena, con un desfinanciamiento continuo y progresivo, a pesar del clima económico favorable del país en ese período. [2]

Durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, entre los años 2002 al 2005 los partidos de la Concertación llevan a cabo la formulación e implementación de una Política Pública en Salud. Uno de los ejes principales de esta reforma al sector salud es la Ley de Acceso Universal Garantizado conocida como Ley AUGE (ley 19.966), publicada en Septiembre del año 2004. [3]

La ley AUGE generó un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un número limitado y específico de “patologías prioritarias de salud”. El objetivo principal era disminuir la inequidad existente [1].

Con el sistema económico neoliberal de libre mercado comienza a gestarse en Chile una transformación del sistema de salud dual creado a partir de 1980, con la construcción y consolidación de una interfase público-privada. Por una parte, un porcentaje importante de las prestaciones

de las clínicas privadas son financiadas por el sistema público con la llamada Modalidad Libre Elección. Y por otra parte en "virtud de la Ley del AUGE, se produce un flujo directo de dinero desde los usuarios a las ISAPRES (seguros privados)" institucionalizando el lucro de los privados con fondos públicos.[2,4]

Otra instancia de inequidad es el hecho de mantener intacta la dependencia financiera y administrativa municipal de los consultorios, en el nivel primario de atención de salud, política instalada por la dictadura. No fortalece la Atención Primaria de Salud, como estrategia política-sanitaria y territorial con enfoque de derecho. En realidad, la mayoría de las atenciones del AUGE se inician y se concretan en este nivel, dando lugar a una confusión en las fuentes y vías del financiamiento y de la información.

ANÁLISIS DE LAS GARANTÍAS

El AUGE no cumple en la práctica con los principios de universalidad, participación, solidaridad, pues restringe el actuar ético profesional a lo que dicta la Autoridad Sanitaria provocando frustración a los/as trabajadores/as de la salud y exclusión a los usuarios/as.

A continuación, los elementos que rigen esta ley de garantías explícitas en salud (GES), serán desglosados, según referencia [5-6], para un análisis crítico

Garantía Explícita de Acceso: se refiere a la garantía de recibir las actividades de salud, pero condicionada a lo que fije la Autoridad Sanitaria (en un protocolo de atención), según los recursos disponibles. También se refiere a la forma de entrar a una red de servicios según-capacidad de resolución y derivación de cada nivel; ejemplo, la garantía de analgesia en el parto, sólo es accesible en la medida que la mujer viva cerca de un centro hospitalario dotado de especialistas en anestesia. O la realización del procedimiento llamado Angioplastia, tratamiento de elección en la garantía N° 48 Infarto Agudo al Miocardio, que requiere de centros hospitalarios disponibles con un equipo de experiencia en los primeros 90 minutos del Infarto

Garantía Explícita de Oportunidad: corresponde a un "plazo máximo" para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, las que muchas veces requieren de certificación de médico especialista para comenzar a hacerse efectivas. Por ejemplo, para la garantía 72, "Tratamiento quirúrgico de cataratas", la "oportunidad de la atención" se hace efectiva desde el momento en que el especialista (oftalmólogo) certifica el diagnóstico y no antes. La misma situación ocurre con las neoplasias, que requieren de subespecialidades, las cuales son insuficientes en el sector público, generándose largas listas de espera. Lo mismo, en el caso del tratamiento quirúrgico de artrosis de cadera, la que se hace efectiva al momento de explicitarlo el especialista en Traumatología; en este caso además, genera una inequidad evidente, pues excluye la atención a las personas menores de 55 años, postergando y deteriorando la calidad de vida a este grupo etario, productivamente activo.

Garantía Explícita de Calidad: las prestaciones de salud incluidas en los decretos del AUGE, se deben ejecutar de acuerdo a estándares señalados en las respectivas guías clínicas. La aplicación de la garantía de calidad está postergada, y actualmente se limita a una cifra de prestadores inscritos en la Superintendencia de Salud,[4] los que además no cuentan con procesos de capacitación continua. (Es aquí donde se concreta la falta de comunicación entre la investigación y los gestores de la política.

A manera de ejemplo, la garantía número 19, en relación con el cáncer de vesícula, –una de las principales causas de muerte por cáncer en la mujer chilena- sólo se aplica a la cirugía preventiva, definida como la que se realiza en mujeres sintomáticas de entre 35 y 49 años, y no cubre a los casos diagnosticados en edades mayores. El tratamiento del cáncer cervicouterino no es accesible por falta de recursos tecnológicos y humanos en los servicios hospitalarios públicos, siendo reflejo de la realidad en las instituciones públicas prestadoras.

Otros temas que involucran la calidad, son la directa relación con la formación de pregrado y post grado, que se realiza en una educación de mercado neoliberal, con modelos centrados en la enfermedad AUGE, y con poco incentivo hacia la información en salud de la población.

Hay frustración de los equipos de salud, al ver limitadas sus capacidades resolutorias por la falta de información suficiente, así como de fármacos, insumos, laboratorio. Falta el tiempo necesario para análisis epidemiológicos, clínicos y sanitarios, pues el trabajo se prioriza según indicadores de rendimiento financiero establecidos por los “compromisos de gestión”, que dejan poco espacio para la evaluación, análisis y el mejoramiento continuo de los equipos.

En conclusión, se traspaasa esta responsabilidad del Estado al usuario/a y al trabajador/a del sistema de salud público.

Garantía de Protección Financiera: Esta garantía se refiere al financiamiento del diagnóstico y tratamiento de las patologías y condiciones incluidas en los decretos AUGE. La ley obliga al Sistema Público a traspasar fondos al sector privado, institucionalizando el desfinanciamiento del sistema público de salud. Esta situación se ha hecho explícita en el discurso oficial: “Si la oferta pública no fuera suficiente para satisfacer estas necesidades de los pacientes, Fonasa comprará aquellas prestaciones necesarias en el sector privado” (Presidente Ricardo Lagos, discurso del 21.05. 2002). [1]

“Con los aportes de las cotizaciones a FONASA, el Fisco compra servicios y subsidios a la red de prestadores privados, que desde la implementación del GES, ha implicado el traspaso de US\$ 6.809 millones entre 2005 y 2012, y podría explicar el vertiginoso crecimiento de la red privada, que aumentó su capacidad en 20% en el periodo el 2005-2011” [7] En cierta forma, el AUGE, es un modelo donde el Estado subvenciona a los privados con recursos públicos para garantizar el cumplimiento de la ley, sin posibilidad de crecer, ni fortalecer las instituciones públicas de salud del país [2].

A 10 años de la puesta en marcha se habían atendido más de 10 millones de personas, en su mayoría usuarios del sistema público. A Diciembre del 2015 existía una lista de espera de más de 1,5 millones para consultas de especialidad y más de 200 mil pacientes para cirugías, situación que exige analizar la funcionalidad de la ley, además de la inaceptable discriminación que se hace con los pacientes No-AUGE.[8]

EL AUGE VISTO DESDE OTROS ÁMBITOS

La creciente necesidad de recursos en los sistemas de salud, requiere de un análisis más profundo, pues la salud constituye en sí misma un bien público y no una mercancía de transacción.

El promedio de gasto público en salud de los países de la OCDE es del 72%. Sin embargo, Chile junto con EEUU son los países de la OCDE donde el gasto público de salud está muy lejos de esta proporción. Para el caso de Chile más del 50% del gasto total en salud, se destina a gasto

privado. Sólo el 49% corresponde al gasto público, donde está inscrita más del 80% de la población.[9]

En este contexto, la priorización del GES como política pública, se realiza en situación de escasez y se jerarquiza necesidades en desmedro de otras, llamando "programa" a un listado de enfermedades. En Enero del 2002 Consejeros del Colegio Médico apuntaban que "el listado basta, cuando se trata de productos comerciales pero no del proceso de atención médica" [1]

Se genera una desventaja intencionada con apoyo político y jurídico, que provoca la aparente ineficiencia del servicio público, al no recibir un financiamiento acorde a la población a cargo, pues se traspasan grandes cantidades desde el fondo público (FONASA) para el sistema privado (ISAPRE). "Los gastos por convenios con privados para prestaciones médicas comienzan a aparecer en los presupuestos anuales de FONASA en 2006 con un monto de \$ 51.344 millones de pesos, consolidándose durante el gobierno del Presidente Piñera: "el Ministerio de Salud abrió una licitación para que clínicas privadas atendieran a pacientes AUGE" financiado por el Estado. En 2012 el Estado pagó a centros particulares \$129 mil millones" [4]

El sistema vigente instaló un nuevo orden sanitario, **desde un sistema de salud universal hacia un sistema de salud centrada en la enfermedad y los enfermos**, sin considerar la salud como un principio universal que va más allá del enfermo. Rompe con el principio de atención integral de salud y con el modelo de atención bio-psico-social del individuo.

Existen diversos criterios de selección para elaborar este "listado de prioridades", sin consenso del más apropiado; lo que sí es claro es que estas "prioridades" serán decisiones políticas del sistema de salud, las cuales están en función de un modelo de sociedad. Es allí donde la legitimidad del AUGE se ve empañada, en la medida en que lo ético nos dicta otro actuar, que es el de la ética médica y la justicia social, recordando la declaración de Alma-Ata **"la salud, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante"**. [10-11]

El alma de la reforma, la equidad en salud, queda sólo escrita en un papel, ya que las acciones ejecutadas han ido en dirección opuesta a este principio.

AUGE Y SALUD PÚBLICA

La salud pública en Chile debe volver a crear lazos de comunicación efectivos de la investigación de la ciencia médica con el enfoque sanitario, bioético y filosófico, preconizando cambios:

Primero, en el contenido de la información, facilitando la comprensión de la terminología compleja y la interpretación de los estudios y de la evidencia.

Segundo, en los actores involucrados pues para el proceso de la política se requieren miradas interdisciplinarias, como se aplicó en Chile a principios de siglo pasado, contrastando con las del Chile de hoy, donde las decisiones en salud pública apuntan a "salir del paso".

En tercer lugar, sobre las presiones que ejercen los grupos de interés en quienes toman las decisiones. J. González señala: "la influencia ideológica sobre los hacedores de políticas es ilustrativa cuando se privilegian unos valores sobre otros, asimismo cuando el conocimiento es tratado como mercancía." [12]

Siendo la política la práctica de la ética, lo primero es clarificar y definir el modelo de sociedad que queremos construir y retomar el camino de la toma de decisiones que traspasen barreras, pues el proceso de decisión de la política sería mejor si se apoya con la investigación.

En ese sentido, debemos respondernos interrogantes como:

¿Cuáles son los elementos estratégicos que determinan las decisiones en los sistemas de salud?

Bajo la lógica del modelo socioeconómico imperante en Chile, el GES representa la anti-salud. Se trata de una política pública cuyo modelo está centrado en la enfermedad, ni siquiera en la persona enferma, sin considerar elementos de promoción, ni prevención a lo largo del ciclo vital del individuo.

Se requiere reflexionar sobre el rol de los salubristas en la toma de decisiones de políticas públicas en salud. Por un lado, pensar en un salubrista inmerso en un modelo donde se entiende la salud como un negocio, atentando contra la ética; donde se prioriza por soluciones estrictamente técnico-normativas y en la medida de lo posible. Por otro lado, debemos retomar el camino de los antiguos maestros quienes, superando las barreras ideológicas, lograron interpretar y definir un camino basado en "la salud pública como salud colectiva, más allá de la mera relación médico-paciente" [13].

Finalmente, el AUGE se encamina a una CAIDA. No resolverá los problemas en salud de la población, por razones que van desde su origen, al no considerar los determinantes sociales en su ideario. Desde su implementación, pues necesita dotarse de elementos como: aumento del gasto público en salud, mejoramiento de infraestructura y tecnología. Desde los recursos humanos: falta de especialistas médicos/as y profesionales no médicos/as; formación de profesionales comprometidos con el sector público. [14-16]

El sueño del Presidente Salvador Allende, era alcanzar el derecho pleno a la salud, en sus palabras nos inspiramos y trabajamos en esa dirección: "Queremos formar un nuevo trabajador de la salud, consciente de sus responsabilidades, y de alto nivel técnico y profesional. Queremos que entiendan que los pobladores no vienen a mendigar o a pedir un favor, sino que esos compañeros están ejerciendo un derecho".[18]

REFERENCIAS

1. Mensaje al país del Presidente de la República Ricardo Lagos Escobar. [Internet] Valparaíso, 21 de Mayo de 2002 [Fecha de consulta 10 de nov de 2015] Disponible en: https://www.camara.cl/camara/media/docs/discursos/21mayo_2002.pdf
2. Montoya-Aguilar, C. La salud dividida. Chile 1990-2010. Ed. Ceibo, Santiago de Chile; 2013. p. 283 - 405; 437-450; 519-520.
3. Sepúlveda Carvajal, C. El Sistema de Salud Chileno. Edición Chilena de Le Monde Diplomatique; Abril 2010.
4. Montoya-Aguilar C, ¿Dónde está y adónde va nuestra salud?. Ed. Ceibo, Santiago de Chile; 2014. P. 78-90; 199-200; 209-237.
5. Zuñiga Fajuri A. Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos. Acta Bioethica. Acta Bioethica 2011; 17(1): 73-84

6. Urriola Urbina R. Universalidad en cobertura y acceso en los sistemas de salud en América Latina. 2011.
7. M Goyenechea y D Sinclair. Las rentables heridas de la salud chilena. [Internet] CIPER 22 May 2013. [Fecha de Consulta 20 de nov de 2015] Disponible en: <http://ciperchile.cl/2013/05/22/las-rentables-heridas-de-la-salud-chilena/>
8. [Internet] Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. AUGE 80. [Internet] Santiago de Chile. [Fecha de consulta 15 de may de 2016] Disponible en: <http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/>
9. OECD. Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación [Internet] . [Fecha de consulta 18 Nov 2015] Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
10. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
11. Colectivo de autores. Por una Nueva Ética. Editorial Félix Varela. La Habana 2007
12. González F, José. Retos de la investigación en Salud Pública hoy. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública. 2007. p. 27-33
13. Goic, Alejandro. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Rev. méd. Chile 2015; 143 (6)
14. Ipinza M. Como solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados. Cuad. Med, Soc 2004; 44 (2)
15. Montero J, Tellez A., Herrera C. Reforma Sanitaria Chilena y la Atención Primaria de Salud. Algunos Aspectos Críticos. Centro Políticas Públicas PUC. 2010; 5 (38)
16. Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2014; 32 (1)
17. Illanes Oliva.M. A. En el Nombre del Pueblo del Estado y de la Ciencia. Santiago de Chile : Colectivo de Atención Primaria; 1993.
18. [Internet] [Fecha de consulta 10 Diciembre 2015] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-channel.html>.
19. Ferrer Lues, M. Equidad y Justicia en Salud Implicaciones para la Bioética. Acta bioeth. 2003; 9 (1)
20. Rodríguez.P. Hospital San José: Así opera el sistema que reduce falsamente las listas de espera. [Internet] [Fecha de Consulta 20 de oct de 2015] Disponible en: <http://ciperchile.cl/2013/06/10/hospital-san-jose-asi-opera-el-sistema-que-reduce-falsamente-las-listas-de-espera/>

