

## TRANSFORMACIONES DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO POST REFORMA AUGÉ-GES EN VALPARAÍSO

### HEALTH SYSTEM TRANSFORMATIONS FOLLOWING AUGÉ-GES REFORM IN VALPARAISO, CHILE

#### RESUMEN

*La Reforma de Salud emprendida en el año 2005 tiene como su principal componente el Plan AUGÉ-GES. Pese a que su propósito fundamental ha sido mejorar la equidad en el acceso a la atención, esta política no ha sido evaluada de manera integral. El presente estudio forma parte de una investigación mayor de carácter nacional, con el objetivo de caracterizar la implementación de la política de salud desde la perspectiva regional, a nivel de servicios de salud, de hospitales y otros organismos en relación a la reorganización estructural.*

*Para ello se utilizó metodología de investigación cualitativa, efectuándose 42 entrevistas semiestructuradas a informantes clave (regionales y locales) a las cuales se realizó análisis de contenido.*

*Los resultados señalan que la implementación de la Reforma AUGÉ-GES en Valparaíso es valorada positivamente por todos los actores al compararla con la situación previa a la Reforma. Tanto las garantías no cumplidas como las listas de espera NO GES son resultados criticados. Se percibe una "angización" de la política. Los equipos de los tres niveles de atención han sido tensionados y enfocados a la atención curativa, postergando las actividades de prevención y promoción de la salud. El GES se visualiza como una estrategia de priorización que ha aumentado la exclusión de grupos poblacionales. Los derechos de las personas son restringidos a los derechos propios de consumidores. En base a estos resultados, es posible concluir que la Reforma AUGÉ-GES no ha cumplido cabalmente con la finalidad de promover el acceso equitativo a la atención en salud.*

**Palabras clave:** reforma sanitaria, garantías explícitas, acceso, equidad.

**MARIO PARADA**

**CAROLINA REYES**

**KATHERINE CUEVAS**

Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile.

**ANTONIO ÁVILA**

Instituto de Sociología de la Universidad de Valparaíso.

**PAULINA LÓPEZ**

Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

**VALERIA CARRASCO**

**FABIÁN MORAGA**

**JUAN FRANCISCO**

**GONZÁLEZ**

**PEDRO RIQUELME**

**LIBNY LLANPICHUN**

Estudiantes de la carrera de Sociología de la Universidad de Valparaíso.  
Email: mario.parada@uv.cl

**ABSTRACT**

**Introduction.** Health Reform launched in Chile in 2005 has as its main component the AUGE-GES Plan. Although its main purpose has been to improve equity in access to care, this policy has not been evaluated comprehensively. The present study is part of a larger national investigation with the objective to characterize the implementation of health policy from a regional perspective, at the level of health services, hospitals and other agencies, in relation to structural reorganization.

**Methodology.** The present study employed qualitative research methodology where 42 semi-structured interviews to key informants (local and regional) were conducted, and content analysis was performed. **Results:** The results show that the implementation of the GES Reform in Valparaíso is highly valued by all stakeholders when compared to the previous situation. Unfulfilled guarantees and Non-GES waiting lists are both criticized results. GES is perceived as extremely focused public policy. Health teams have been stressed and have focused primarily on curative care, postponing prevention and health promotion. GES is seen as a prioritization strategy that has increased the exclusion of certain groups of the population. The rights of persons are restricted to their rights as consumers.

**Conclusion.** Based on the present analysis, one can conclude that the AUGE-GES Reform has not fully complied with the objective to promote equitable access to health care.

**Keywords:** health reform, explicit guarantees in health, equity.

**INTRODUCCIÓN**

En Chile, durante la dictadura militar (1973-1990) se produjo un cambio radical en el sistema de salud que implicó transitar desde un Sistema de Salud con vocación pública y universal a la implementación de un sistema neoliberal que privatizó la administración del seguro público obligatorio en salud, así como la expansión de la prestación de servicios de salud privados.<sup>1-5</sup> Las reformas comenzaron a implementarse en el año 1979 con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que debía recaudar y asignar los recursos. En lo administrativo, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) fueron reemplazados por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con servicios regionalizados y autónomos. A partir de 1981, la atención primaria fue traspasada en su mayoría a los municipios, manteniendo la tuición técnica a cargo del Ministerio de Salud (MINSAL), a través de los Servicios de Salud (SS). En 1982, se crean las Instituciones de Salud Previsional

(ISAPRE), aseguradoras privadas con fines de lucro, que administran las cotizaciones de los trabajadores con mayores sueldos y menos enfermedades.<sup>5,6</sup>

En la década de los noventa, con los gobiernos de la posdictadura, las políticas de salud se dirigieron al rescate y fortalecimiento del Sistema Público y a la implementación de instancias reguladoras del mercado de seguros privados de salud.<sup>5-7</sup> No obstante los avances en las políticas públicas, el sistema continuó presentando importantes grados de inequidad respecto al acceso a los servicios de salud, calidad de atención y gasto de bolsillo.<sup>8-10</sup> Reconociendo las brechas de equidad, en la década del 2000 se avanzó en el diseño de una reforma a la salud, que inicialmente se planteó como una respuesta a la grave crisis en el sistema de salud producida por la política neoliberal heredada de la dictadura, que llevó al sistema público a un colapso, provocando grandes inequidades en los resultados sanitarios.<sup>5,11</sup>

El gobierno de Ricardo Lagos (2000 – 2006) estableció los “Objetivos sanitarios de

la década 2000-2010”, entre los cuales se cuenta el mejoramiento de los logros sanitarios del siglo XX, la disminución de la inequidad en salud, hacer frente a los cambios en la estructura social, y proveer servicios que cumplan con las expectativas de los chilenos.<sup>12</sup> Paralelamente, se comenzó a diseñar la Reforma de Salud, la que se expresó en el envío al Parlamento de un conjunto de proyectos que definieron sus pilares:

Su financiamiento, en agosto de 2003, a través de un aumento del 1% del Impuesto al valor agregado – IVA.<sup>13</sup>

- La definición de autoridad sanitaria y gestión, en febrero de 2004, que reformuló la nueva institucionalidad dentro del MINSAL mediante la creación de dos subsecretarías (Salud pública y Redes asistenciales).

La creación de la Superintendencia de Salud (SIS) y de los Hospitales Autogestionados en red.<sup>14</sup>

A nivel regional, este cambio a la legislación significó la división entre las funciones de salud pública a cargo de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) y lo relacionado con las redes asistenciales, potestad de los Servicios de Salud (SS) correspondientes. Además, se produjo la modificación a la Ley de ISAPRE en mayo de 2005 (<sup>15</sup>) y la Ley sobre derechos y deberes de las personas en salud, aprobada recientemente el año 2012 por el Congreso Nacional.<sup>16</sup>

En septiembre de 2004 se aprobó la Ley 19.966 sobre el Régimen general de garantías en salud, donde se establecieron explícitamente garantías legales asociadas a un grupo de enfermedades. Las garantías son cuatro: de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad.<sup>17</sup> Esta reforma, conocida inicialmente como el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE), consiste básicamente en la priorización de enfermedades e intervenciones, de acuerdo a la carga de enfermedad, mortalidad, la capacidad instalada para tratarlas y otros factores socioeconómicos vinculados.<sup>18</sup> Actualmente, se conoce como GES (Garan-

tías Explícitas en Salud), e incorpora 80 patologías e intervenciones garantizadas por este sistema.<sup>19</sup>

Existe evidencia respecto a que la implementación y resultados de la Reforma AUGE-GES ha sido percibida por los diversos actores como un proceso fragmentado.<sup>20-23</sup> Por otra parte, hay información que apunta a que, si bien la garantía de acceso ha tenido una implementación exitosa, en la garantía de oportunidad ha existido incumplimiento importante para la solución de varias patologías, generando listas de espera no previstas ni legales.<sup>24</sup> En cuanto a la garantía de protección financiera, consistente en la fijación de copagos máximos para los beneficiarios, lo que se vislumbra como un instrumento a favor de la equidad, permaneciendo como el único aspecto deficitario la entrega no oportuna de algunos medicamentos de la canasta AUGE.<sup>24</sup> Por su parte, la garantía de calidad aún no ha sido implementada.

Al tratarse de un mecanismo de priorización y focalización, el AUGE-GES ha implicado la segmentación de la población de acuerdo a si tiene o no los requisitos para ser beneficiada por este plan. Por otra parte, para los establecimientos públicos, especialmente hospitalarios, las atenciones AUGE-GES son completamente financiadas por el Estado, generándose así un incentivo para que la producción de servicios esté fundamentalmente orientada a las patologías AUGE-GES. Es así como estas segmentaciones atentan contra la integralidad y universalidad pretendida por el sistema, ya que se generan restricciones a la garantía de acceso por factores como el sexo, edad o la severidad de la enfermedad.

Como consecuencia de lo anterior, se ha observado una postergación de atenciones de afecciones no incluidas en el AUGE-GES, generándose las denominadas listas de espera NO-GES.<sup>25</sup> Como el sistema contempla la posibilidad de contratar servicios de atención privados para responder a las garantías explícitas cuando el Sistema Público no cuenta con la capacidad para responder, se ha producido un traspaso de fondos desde el sector público hacia el sector privado de prestadores con fines de lucro.<sup>26</sup> Bajo esta modalidad, por cada

1 peso que subsidia el Estado al sistema público, traspasa casi 3 pesos (2,9) a las clínicas privadas.<sup>27</sup>

El marco contextual de la investigación es la región de Valparaíso. Por sus indicadores socioeconómicos es la cuarta región más pobre del país luego de las regiones del sur (La Araucanía, Biobío y Los Ríos), con 16,9% de personas en situación de pobreza según la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2011). Esta cifra representó un aumento relativo de +12% respecto de la encuesta del 2009.<sup>28</sup>

En la región de Valparaíso, existe una SEREMI (autoridad sanitaria) y tres Servicios de Salud (redes asistenciales); uno de ellos es el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), en el cual se sitúa la presente investigación. Este cuenta con una red compuesta por un hospital de alta complejidad (Carlos Van Buren-HCVB-, autogestionado) y otros tres hospitales de menor complejidad, más un hospital psiquiátrico. La Red de Atención Primaria de Salud (APS) está compuesta por dos Centros de Salud Familiar (CESFAM) propios del SSVSA ubicados en la comuna de Valparaíso y 20 CESFAM de administración municipal del área del Servicio de Salud. Posee una población asignada de 476.970 personas, de las cuales el 85% se encuentra afiliada al seguro público de salud.<sup>29</sup> En el SSVSA la implementación de la reforma ha sido similar a la del resto del país. En relación con la Reforma AUGE-GES, solo un 36% de las garantías son cumplidas en el plazo establecido, un 43% fuera del plazo y un 15% son catalogadas como exceptuadas, siendo el cuarto Servicio a nivel nacional con mayores incumplimientos, al mes de agosto del año 2013.<sup>30</sup> Un 60% de los pacientes que se atienden bajo la modalidad GES lo hacen en algún centro de atención primaria.<sup>29</sup> En cuanto a las transferencias al sector privado, estas se han duplicado desde que se implementó la reforma en el año 2005, pasando de los 16.667 millones de pesos a 32.800 millones de pesos en el año 2012.<sup>31</sup>

La presente investigación aborda el desconocimiento respecto a los cambios generados por la implementación de la Reforma

AUGE-GES en Valparaíso. Interrogándose si: ¿La reforma fortalece al sector público a nivel hospitalario y de APS? ¿Se ha avanzado en el principio de acceso a la salud con equidad? ¿Cómo se relaciona el sector público y privado a partir de la reforma? ¿Se ha producido una augización (entendida como la concentración de objetivos de atención y recursos en torno al AUGE), en las prestaciones de salud?

En este marco, se plantea como objetivo del estudio, caracterizar la implementación de la política de salud desde la perspectiva regional y local, a nivel de un servicio de salud, de un hospital, dos centros de salud de atención primaria, y otros organismos relacionados con la reorganización estructural originada a partir del proceso de reforma del sector.

## METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, de diseño exploratorio, con utilización de entrevistas individuales semiestructuradas a informantes clave, actores dentro del sistema. Fueron realizadas un total de 42 entrevistas durante el segundo semestre del 2012, El muestreo fue teórico, razonado e intencionado, constituido por actores relevantes para el estudio, tanto del nivel regional: SEREMI, SIS, FONASA, SSVSA, Colegio Médico, como también del nivel local: directivos, profesionales que trabajan relacionados al AUGE-GES y usuarios/as del AUGE-GES, del Hospital Van Buren, CESFAM Padre Damián, CESFAM Jean et Marie Thierry, además de los dirigentes gremiales de la FENATS, FENPRUSS y AFUSAM.

Las categorías de análisis fueron predefinidas por los investigadores. Estas fueron: diferencias de la política GES – NO GES, cambios en el modelo de atención y percepción de derechos, hospitales autogestionados y red asistencial. Se realizó análisis de contenido, utilizándose primeramente el software de apoyo al análisis cualitativo Atlas-ti 6.0, y triangulación de investigadores, esta última mediante el análisis por niveles (atención primaria y hospitalaria), cruzando los resultados entre investigadores según niveles de aten-

ción, lo que permitió obtener los resultados finales por cada categoría.

## RESULTADOS

A continuación se sintetizan los principales hallazgos respaldados por una selección de los discursos encontrados, ordenados por las diferentes categorías de análisis.

### Diferenciación de la política: GES – NO GES

Para los actores entrevistados, la Reforma AUGÉ-GES es considerada una política positiva para el Sistema Sanitario, en tanto ha significado un progreso en relación a las carencias y déficit con los que operaba el sector previo a la implementación de la reforma. Esta percepción es un elemento común en el discurso de la mayoría de los actores contemplados, particularmente directivos regionales, usuarios y profesionales operativos. En base a ello, constantemente se apela por una profundización mayor del GES, mejorando su cobertura e incluyendo más patologías.

*Nos vino a ordenar un sistema de atención que fue maravilloso porque hay necesidades de la ciudadanía que necesitan ser abordadas en plazos súper definidos, y no tener esas largas listas de espera* (Directivo regional, E6, P20).

Sin embargo, también señalan que la puesta en marcha de la reforma fue incompleta y con múltiples dificultades. Una de ellas apunta directamente a la escasa preparación que tuvieron los equipos coordinadores para asumir los cambios derivados del GES.

*...cuando era el pre-AUGÉ, el “Augito”, cuando hubo que prepararse para la gran llegada definitiva el año 2005 (...) El AUGÉ se veía como un monstruo, y como monstruo deforme no conocido...* (Profesional regional, E6, P20).

En el discurso de los actores del nivel regional y hospitalario, se encuentra una

convicción de la centralidad del GES como motor de la política de salud. Se plantea que se ha producido una evidente “augización” de la atención a la enfermedad, lo que implica una sobrepriorización al interior de los establecimientos y la aparición de lo NO GES, además de la focalización del trabajo de algunas especialidades médicas en los problemas incluidos en el plan.

Hay una opinión muy crítica de esta “augización” en los representantes de los principales gremios, sobre todo a nivel médico y de profesionales hospitalarios. Frente a este punto, los directivos dan cuenta de intentos gubernamentales por superar las listas de espera para la solución de los problemas No GES.

*... O sea, las prácticas que se han generado a raíz de la implementación del AUGÉ han permitido extrapolar a lo NO GES, y de hecho por ejemplo lo vemos en el compromiso presidencial de las listas de espera NO GES que está vigente todavía, que tenemos el plazo a cumplir hasta el próximo año* (Profesional regional, E6, P22).

*“Pero al no aumentar la capacidad instalada, se edificaba de inmediato que se desatendía o se atendía en forma más diferida otras patologías NO GES, de tal manera que la actual administración, entendiendo eso, estableció un compromiso de resolver las listas de espera quirúrgicas”* (Directivo hospital, E10, P26).

La puesta en marcha del AUGÉ presentó severas falencias en la información y comunicación de los usuarios/as tanto internos/as como externos/as, lo que redundó en un malestar creciente que afectó las condiciones laborales de los/as trabajadores y en una insatisfacción de las personas usuarias del sistema.

*Yo empecé cuando el AUGÉ recién empezó a iniciarse acá en el consultorio, sí, como que la gente igual decía AUGÉ y era como que tenían absolutamente derecho a todo, o sea igual empezó a exigir más de lo que se exigía antes...* (Trabajador no profesional APS, E22, P14).

Se hacen críticas a las limitaciones que imponen las reglamentaciones del sistema, tanto por los representantes de gremios y los directivos regionales. Estas se vinculan con una forma de atención desigual y discriminatoria, mientras se mencionan las desigualdades existentes, aun en las mismas personas que poseen una patología GES, pero que no cumplen con las condiciones de entrada exigidas.

*... O sea, no sé cuál fue la ventaja fuera del GES que provocó esta asimetría de llegar a la atención de salud, que para mí es una discriminación. Nunca ningún abogado ha querido echar a andar una demanda por discriminación, que por ejemplo un enfermo NO AUGE diga, "mire, yo estoy tres años esperando que me operen tal cosa, y porque no es AUGE no me dejan, porque el hospital lo poco que tiene es p'al puro AUGE". Ningún enfermo tampoco va a querer quedar mal con nadie, entonces es muy difícil, desgraciadamente en Chile eso es muy difícil, pero es conceptualmente una discriminación por donde se le mire (Gremialista regional, E15, P48).*

### **Cambios en el modelo de atención**

Uno de los efectos no deseados identificado por los actores, especialmente desde la SEREMI, es la despreocupación del enfoque promocional-preventivo. Se explicita que la razón de aquello es la fuerte tensión que se ha impuesto desde el nivel central por el cumplimiento de metas asociadas a prestaciones del ámbito curativo, debido a que su cumplimiento trae incentivos económicos para los centros del nivel primario.

*...pero en términos generales de promoción de la salud la verdad es que muchas veces la atención asistencial de la atención primaria y en otros niveles de atención se ve francamente superada por la asistencialidad y el cumplimiento de metas. En ese contexto, está fuertemente tensionada la salud municipal por el cumplimiento de metas y objetivos programáticos que le significan obtener recursos en metas colec-*

*tivas o metas individuales. (Directivo regional, E1, P24).*

A la vez, destacan el vuelco hacia la asistencialidad en APS como un efecto positivo que permite lograr las metas y cumplir con las garantías explícitas. Particularmente, los profesionales del nivel APS consideran que la ley ha significado mejorar la pesquisa dentro de los centros de salud, ya que las enfermedades están priorizadas y normadas, y que existen protocolos, sanciones y gratificaciones. Se percibe un mayor ordenamiento dentro de los establecimientos, y mayor colaboración grupal entre los profesionales, a la par de una atención más expedita a las personas.

*Ha habido una buena coordinación, cómo se coordinan entre las distintas profesionales, es que eso sale de acuerdo a los reglamentos, a las normas que hay sobre los pacientes diabéticos, por lo tanto el médico lo ve y lo deriva al nutricionista, lo deriva a psicólogo, deriva a enfermeras y ahí se van cumpliendo los controles que le corresponden al diabético (Trabajador profesional APS, E36, P62).*

*La gente está tratando más de alcanzar las metas. Están como más motivados por eso, porque metas es igual una compensación monetaria para el consultorio y poder tener mayor equipamiento y recursos (Trabajador profesional APS, E20, P31).*

Por otro lado, a nivel hospitalario se da énfasis a la necesidad de cambiar la cultura organizacional, ya que hay tensión con el cumplimiento de garantías en algunas patologías y no en otras; se apunta a que el personal no está habituado a trabajar con metas, ni con tiempos de cumplimiento. También se reconoce que el trato integral y respetuoso hacia el paciente pasa por cambios estructurales profundos, que van más allá de la imposición de reglamentaciones normativas, y que se vinculan con prácticas habituales en los centros asistenciales.

*...y la transformación cultural es tema pero fuertísimo en este sector, es decir, nosotros*

*desde decir llegó la vesícula en vez de llegó la señora tanto, eso no es un tema que pase porque tú envíes un lineamiento claro en la reforma del punto de vista clínico, administrativo, gestión de servicios y de derecho... claro, evidentemente aquí tenemos que hacer un tema de cambio cultural enorme (Directivo hospital, E11, P116).*

En relación a la implementación del modelo de salud familiar, los gremios efectúan objeciones respecto a su real capacidad y efectividad. Mencionan una contradicción entre la importancia que tiene esta política en el discurso oficial y el rol secundario que tiene en el trabajo cotidiano al interior de los dispositivos de atención, señalando que las transformaciones son únicamente de tipo administrativo y que no poseen implicancias relevantes en la práctica sanitaria o asistencial.

*...en ese tiempo, trabajábamos en medicina familiar, que no es el tema de los CES-FAM, no es el estilo que se aplica ahora. Allá había un equipo multidisciplinario que buscaba a una familia, trabajaba con la familia y no sé poh, si había algún crónico... (Gremio regional, E19, P33).*

Pese a ello, para los profesionales del sector primario, entre los aspectos del modelo de salud familiar que aparecen como bien evaluados se encuentran las visitas domiciliarias integrales y la necesaria mayor coordinación entre los profesionales del centro para su realización. También el trabajo con la comunidad es reconocido por los funcionarios de los centros de salud.

*...las visitas domiciliarias, ahora son integrales, que antes salía por ejemplo un puro profesional, un psicólogo, solo a hacer una visita, ahora no, sale psicólogo, enfermera y médico, sale un equipo, si van a ver a dos o tres familias, desconozco cuántas, siempre van en equipos... (Trabajador no profesional, E23, P52).*

El equipo y los usuarios de APS señalan que diversas áreas han mejorado la atención

dentro de los establecimientos (cambio en la modalidad de entrega de horas, incorporación de agendas y las horas escalonadas, reducción de las filas de madrugada).

*En el año 81 me acuerdo que la gente a las tres de la tarde desaparecía (...) Ahora es impensable no tener una agenda escalonada y es una obligación tener una (Directiva APS, E13, P112).*

Un hallazgo importante relativo al modelo de atención, indica que los usuarios/as de APS continúan valorando la atención hospitalaria por sobre la otorgada en la atención primaria. Se percibe al hospital como el lugar en donde se otorga una atención más completa y donde se resuelve la necesidad sentida.

*Yo creo que la de allá es mucho más completa, es un hospital muy grande, de alta complejidad, atiende no solo a Valparaíso sino que a San Antonio y todos los alrededores, y eso sí que es difícil (Usuaría APS, E30, P69).*

### **Percepción de derechos**

A nivel de directivos y de operadores del GES existe un cambio en la visión de las personas de beneficiarias a ciudadanas. Sin embargo, al mismo tiempo, se expresa temor a un mayor empoderamiento ciudadano, producto de que no se cuenta con los recursos humanos ni materiales para dar respuesta a una masiva participación de los usuarios. Hay énfasis en que se habría ganado el derecho a reclamar ya que las garantías son legales, especificando eso sí, que si no existe reclamación no se activan los mecanismos para hacer efectivas estas garantías. Se entiende a las personas como consumidoras de servicios de atención y no como ciudadanos/as con derecho al cuidado de la salud.

*Mira, yo participé en el seminario del AUGE, encontré que es bueno, pero tal cual como comentábamos hace mucho, las personas reclaman, pero no acuden como debieran a solicitar los beneficios (Usuaría APS, E32, P12).*

*Y lo otro que es fundamental que cae dentro de lo inconstitucional, que de un derecho se pasa a un acceso a la salud. Eso es fundamental porque hoy se ve constantemente en los hospitales que tan solo entrando ya se les cumple el derecho, y a veces ingresan y salen sin ninguna atención (Gremio regional, E16, P16).*

Finalmente, en relación a la percepción de derecho es muy llamativa la carencia de curso en los funcionarios de APS, respecto de los derechos de salud.

### **Desarrollo de los hospitales autogestionados en red y las redes asistenciales**

El GES ha significado una tensión positiva sobre los establecimientos, al obligarles a funcionar en red, cumplir con protocolos, conocerse entre sí y coordinarse. Pero por otra parte se señala que hay sobrecarga de la red producto del AUGE-GES, generando un efecto contrario al funcionamiento en red ya que se ponen por delante los intereses propios de cada establecimiento, especialmente los autogestionados, lo cual está dado por la fuerte relación entre autogestión y financiamiento.

*Es por eso que la implementación de hospitales autogestionados si bien es cierto conceptualmente podría haber funcionado, en la práctica los hace absolutamente vinculados a la red del Servicio de Salud. Si uno analiza los estados presupuestarios de los hospitales, al menos en esta región, se da cuenta que el sistema de autogestión no es eficiente en lograr una operación adecuada de los hospitales, y por otro lado genera incentivos perversos. Por eso el Ministerio de Salud cambió la lógica, y de hecho es un análisis que el ministro de Salud hizo en plena conciencia de aquello, generando un foco de especial interés sobre las patologías NO GES (Directivo regional, E1, P28).*

Esta situación es fuertemente cuestionada por parte de los gremios y por profesionales de la atención. Se acusa que la autogestión se ha transformado en una herramienta para la compra de servicios externos sin controles, y

que en la práctica no ha ido acompañada por esfuerzos conscientes por fortalecer los hospitales públicos.

*Recién hoy vemos que en algunos locales, pero es mixto porque se inclinan más en la privatemia de generar hospitales autogestionados que se han privatizado, en la cual gran parte de los servicios de apoyo se garantizan y se entregan a privados para que puedan por un lado entregar ese servicio en condiciones que existiría una sobreexplotación... (Gremio regional, E16, P57).*

*Y por otro lado, han fomentado, y esta es una opinión más personal, el traspaso al manejo privado de la... (Gremio regional, E15, P11).*

*Yo tengo entendido que si el hospital no puede asumir las radiografías, tienen la opción de que FONASA las vaya a comprar al extrasistema... Esos dineros podrían gastarse en el sistema público pero estamos claros que el sistema público no da abasto (Médico APS, E19, P52).*

Las instancias formales para coordinar la red se han ido desarrollando con dificultad y motivadas por la solución de problemas de incumplimiento de garantías. A nivel hospitalario, se señala que los protocolos de referencia y contrarreferencia no se cumplen eficazmente, y explican que la razón estaría fundamentalmente en la falta de recursos humanos adecuados a nivel de la APS.

*...tenemos una serie de protocolos, referencias y contrarreferencias pero que están sobre la mesa pero que no se ve una dinámica de invertir tiempo con los médicos generales en el APS (Directivo hospital, E11, P121).*

*Que se haya visualizado un ente de articulación yo lo encuentro genial, ¿Ya?, que nosotros culturalmente entendamos, y aprovechemos y explotemos... no sé cómo decirlo, esta instancia, como todas las cosas se tiene que instalar, se tiene que instalar*



*en nuestra visión... Uno tiene que sostener, tratar de perfeccionarlo* (Profesional regional, E8, P27).

## DISCUSIÓN

La implementación de la Reforma AUGÉ-GES en Valparaíso, es valorada como positiva por todos los actores, especialmente al compararla con lo que existía anteriormente, aunque al momento de realizar esta investigación aún no se pone en marcha la garantía de calidad, a pesar de reconocer una implementación con múltiples dificultades.

*...pero el AUGÉ para mí es excelente porque gracias a eso estoy viva* (Usuaría hospitalaria, E26, P14).

*En el caso de mi enfermedad, digamos, yo lo encuentro bueno, nunca hay problemas, me dan la hora y me dan la hora para el día que yo necesito* (Usuario APS, E31, P8).

Publicaciones en el tema entregan resultados similares en el sentido de que el AUGÉ ha significado una mejoría en el acceso y la oportunidad. Respecto del no cumplimiento de la calidad, se identifica la insuficiencia actual de recursos en el sistema público como uno de los factores que impiden que la garantía de calidad se haga realidad, tal como lo señalan Valdivieso y Montero.<sup>24</sup>

Existe una clara diferenciación de la política pública entre lo que es GES y lo que no. Se percibe una “augización” de la política y por ende de la atención en todos los niveles. Los equipos de salud han sido tensionados y enfocados a la atención curativa, postergando la prevención y, sobre todo, las actividades de promoción de la salud. Frecuentemente se señala que el nuevo sistema ha impuesto un ordenamiento y dinamismo muy diferente en el sector, que ha roto con la lógica con que tradicionalmente han funcionado las instituciones públicas del Sistema de Salud.

*Uno de los problemas de la priorización de algunas enfermedades por sobre otras, que*

*es en el fondo lo que hace el GES, implicó que en la práctica muchos centros asistenciales perfeccionaran su servicio en cierto grupo de patologías que le reportan ingresos frescos, a través de FONASA, en prestaciones valoradas. Y en ese contexto, también se desarrollaron ciertos grupos asistenciales con mucha fuerza* (Directivo regional, E1, P26).

Tanto las garantías no cumplidas como las listas de espera NO GES, son resultados criticados, no esperados, que motivaron medidas gubernamentales para solucionarlas, tales como los programas de disminución de listas de espera que incluyeron un fuerte traspaso de fondos públicos a prestadores privados.<sup>31</sup>

Los cambios generados en el modelo de atención por el GES están provocando efectos poco deseables, sobre todo a nivel primario. Uno de los principales es el desplazamiento de los recursos hacia las actividades derivadas del GES en detrimento de las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. El GES, más allá de lo explicitado en documentos oficiales, ha priorizado las acciones curativas. Las metas y los incentivos asociados a dicha priorización, son la materialización de este cambio de orientación del modelo. Algunos estudios –Valdivieso en 2010<sup>24</sup> y Román en 2008–,<sup>26</sup> señalan que al dar preferencia a las patologías crónicas o de peor pronóstico, se privilegian acciones para evitar la muerte y no la enfermedad, acciones que no tienen impacto sobre los factores de riesgo presentes en la población.

Del mismo modo, al contrario de lo sostenido por el discurso oficial, la salud familiar no se ha visto fortalecida como modelo central en la APS; más bien se ha visto desdibujada por la alta presión asistencial existente.

*Honestamente, para mí es pura pantalla, porque si bien supuestamente estamos la mayoría de los consultorios en la segunda etapa, estamos trabajando como consultorio tradicional, los médicos... o sea, no veo un cambio* (Gremio regional, E19, P68).

El GES ha reforzado la idea de que el modelo de atención está centrado en el hospital.

Para todos los actores la percepción es que lo importante y sustancial para el GES ocurre en el hospital.

No obstante, la gestión clínica necesaria para el funcionamiento del GES, es un efecto positivo dentro del trabajo de los diferentes niveles.

*Se ha visto una rapidez en la atención de las personas, no en todas, solamente en las patologías GES, solamente en las patologías vimos un cambio que era más rápida su atención, la llamada a su especialista y lo confirmaba o le daba un diagnóstico más especializado (Trabajador no profesional APS, E23, P16).*

El GES ha reforzado la idea de que el modelo de atención es hospitalocéntrico. Para todos los actores, la percepción es que lo importante y sustancial para el GES ocurre en el hospital.

Los derechos de las personas, en salud, son entendidos como derechos de reclamo y/o de consumidores que son atendidos. Los gremios hacen una crítica a la parcialidad de los derechos, que se ve expresada en la segmentación de la atención GES, vale decir, que no se alcance la universalidad, a lo menos, en las enfermedades priorizadas.

*Pero dentro de los 40 artículos de derechos, no está contemplado el derecho a ser informado de lo que corresponde, y ahí entra el deber a informar a la población; la población no exige el derecho a informarse, en cambio exige el derecho a ser atendido rápidamente, oportunamente, cosa que está bien, pero resulta que no se ha informado ni siquiera por qué se está atendiendo tan mal. Entonces te exige como si fuera el único paciente que viniera al hospital (Gremio regional, E15, P35).*

La carencia de discurso en los funcionarios de APS respecto de derechos de salud de la población es muy preocupante, y abre una serie de cuestionamientos respecto de sus causas y consecuencias.

La red asistencial y la autogestión se perciben como una especie de tautología, al deno-

minar a los hospitales como autogestionados y a la vez en red, ya que el foco en objetivos comunes se manifiesta como algo no logrado.

*Y en ese sentido muchas veces la existencia de una patología NO GES, después de varios años de funcionamiento del sistema hacía prácticamente inviable lograr una atención en el sistema, porque la red asistencial completa está dedicada por completo a resolver las patologías que son GES, que tenían plazos, cumplimiento de obligaciones legales y exigibles, y por otro lado financiamiento específico que permitían un mejor funcionamiento de la red asistencial (Directivo regional, E1, P28).*

La autogestión hospitalaria está muy vinculada a los mecanismos de financiamiento y a unas mejores vías de acceso a recursos. Asimismo, se percibe como un riesgo de profundización de las formas de privatización en el sector público, por la facilidad con que este nivel puede contratar servicios a privados, con el consiguiente debilitamiento del aparato público.

*Yo creo que se ha aprovechado esta insuficiencia para ir privatizando, y se eligió la mejor manera, pob, estimular a los médicos a que trabajen privadamente, ¿ya? Entonces los médicos bajan su horario hospitalario, el hospital queda en falencia de esa especialidad, se ve obligado a comprar, autorizado a comprar, y, ¿no es cierto?, estos mismos colegas vienen y le venden su servicio técnico especializado a los hospitales... (Gremio regional, E15, P11).*

Román en 2008 (26) coincide en que este proceso de financiamiento ha profundizado la brecha entre el sector público y el sector privado, estableciéndose mecanismos de capitalización encubierta del sistema privado, conjuntamente con la desacreditación del sector público.

La comprensión de que el sistema AU-GE-GES no incluye todas las enfermedades y que dentro de ellas, no todas las situaciones estaban consideradas, implicó una confusión

y frustración importantes de los actores. Esta confusión se vio alimentada por las campañas publicitarias al inicio de la implementación, que no especificaban las condiciones que debían tener los pacientes para acceder a las garantías contempladas por el GES.

*O sea, que para nosotros una persona tenga una patología AUGE, y que esa patología por lo tanto tenga prioridad sobre otras patologías, discriminaba por el hecho de que la persona no eligió tener esa patología, o si le tocó esa quedó privilegiada, ¿ya?, y la que no era AUGE quedaba postergada (Gremio regional, E15, P9).*

*Finalmente se produce una gran desigualdad, que es justamente uno de los objetivos que la reforma permitía abordar, entre aquellas personas que no teniendo la edad, por ejemplo, pero sí teniendo la patología invalidante y compleja, como por ejemplo una artrosis de caderas, solo un ejemplo, y es una persona de menos de 55 años, prácticamente tiene que vivir con su incapacidad hasta cumplir la edad suficiente, o hasta que el centro asistencial le permita el cupo que una persona GES no usó (Directivo regional, E1, P28).*

Al inicio, en agosto del año 2002, se implementó el plan piloto del Plan AUGE para tres patologías. Una de ellas fue la Insuficiencia Renal Crónica. Un estudio realizado por el nefrólogo F. González(32), luego de seis meses de implementado el plan, predijo a través de modelos matemáticos, serias dificultades en la real capacidad de absorción de la demanda de atención tanto GES como NO GES. Al mismo tiempo, advirtió que la priorización en la atención no responde a una de las bases fundamentales de la reforma que reconoce que “la salud es un bien social”. Posteriormente, con la reforma en práctica, la noción de racionamiento de un derecho se hace más evidente y es señalada en distintas publicaciones.<sup>23, 24, 26, 32</sup>

El presente estudio se sitúa doce años después del inicio del Plan AUGE y muestra que los diferentes actores coinciden en que

la estrategia de priorización ha aumentado la exclusión de grupos poblacionales y problematiza la real capacidad del GES para disminuir las inequidades en el acceso a la atención, favoreciendo las prestaciones curativas y configurando el nuevo espacio NO GES.

A nivel de los equipos de trabajo, la reforma ha introducido nuevas exigencias y competencias tales como el trabajo en redes, el trabajo basado en protocolos y normas. En cuanto al usuario, este debe reclamar para que su descontento sea efectivamente considerado. Este aspecto tensiona a los equipos de salud por cuanto exige el cumplimiento de plazos y metas e introduce un estado de comparación permanente, aunque en desigualdad de condiciones, con el sector privado, al que debe recurrirse en caso de no poder dar respuesta a la creciente demanda.

El presente estudio, si bien incluyó un número reducido de centros de salud, tiene la ventaja de haber considerado una amplia gama de actores que fueron consultados en cada uno de los diferentes niveles de atención. A lo anterior se agrega la inclusión de los gremios, los que en general son escasamente consultados en las investigaciones del ámbito de la salud.

Otro aspecto de interés de la investigación es el aporte interdisciplinar de los investigadores, dado que contribuye favorablemente al proceso de análisis y triangulación de los resultados.

Finalmente se sugiere, para futuras investigaciones en el área, indagar en mayor profundidad los aspectos relacionados con la percepción de derechos a la salud a nivel de usuarios como de funcionarios de salud, incorporando otras técnicas de recolección de información como focus groups o grupos de discusión, que posibiliten la interacción entre los participantes.

## REFERENCIAS

1. De Azevedo A, Mardones-Restat F. The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. *Salud Pública Méx.* 2006, Nov-Dec; 48(6): 504-11.

2. Manuel A. The chilean health system: 20 years of reforms. *Salud Pública Méx.* 2002 Jan-Feb; 44(1): 60-8.
3. Labra M. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cad Saúde Pública.* 2002 Jul-Aug; 18(4): 1041-52.
4. Unger J, De Peape P, Cantuarias G, Herrera O. Chile's neoliberal health reform: An assessment and a critique. *PLoS Med.* 2008 Apr 1; 5(4): e79. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050079.
5. Parada M. *Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico* [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
6. Tetelboin C. *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990: reformas de primera generación.* México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2003.
7. Barrientos A. Health policy in Chile: the return of the public sector? *Bull Latin Am Res.* 2002; 21(3): 442-459.
8. Arteaga O, Astorga L, Pinto A. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. *Cad Saúde Pública.* 2002 Jul-Aug; 18(4): 1053-66.
9. Warren H, Giusti A, Sotelo J. The chilean mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bull World Health Organ.* 2007 Oct; 85(10): 798-804.
10. Subramanian S, Delgado L, Jadue L, Vega J, Kawachi L. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *Epidemiol Community Health.* 2003 Nov; 57(11): 844-8.
11. Sandoval H. Mejor salud para todos los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al Sistema de Salud Chileno. *Cuad Méd-Soc.* 2004; 43(1): 5-20.
12. Chile. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. *El Vigía* [en línea]. 2002 [consultado 3.04.2013] 5(15). Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>
13. *Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno, Ley 19.888* [en línea] (13 agosto 2003) [consultado 5.08.2013]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=213493>
14. *Modifica el D.L. 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Ley 19.937* [en línea] (24.02.2004) [consultado 5.08.2013]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
15. *Modifica la Ley 18.933, sobre instituciones de salud previsional. Ley 20.015* [en línea] (17.05.2005) [consultado 4.08.2013]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102>
16. *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley 20.584* [en línea] (14.04.2012) [consultado 3.08.2013]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
17. *Establece un régimen de garantías en salud. Ley 19.966* [en línea] (3.09.2004) [consultado 3.08.2013]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>
18. Erazo A. *La protección social en Chile. El Plan AUGE: avances y desafíos.* CEPAL, Serie financiamiento del desarrollo [en línea]. Santiago: CEPAL; 2011 [consultado agosto 2013] Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/44517/lcl-3348.pdf>
19. Chile. Ministerio de Salud. *Aprueba garantías explícitas en salud del Régimen General de Garantías en Salud; 2013* [consultado 4.08.2013]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d692c627c623b9cae040010164016563.pdf>
20. Méndez C, Miranda C, Torres M, Márquez M, Matthews T. Implementación de la política de Hospitales Autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios. *Rev Chil Salud Pública.* 2011; 16(3): 247-255.
21. Núñez P, Méndez C. Implementación de la política nacional de medicamentos de la Reforma de Salud: percepción del profesional químico farmacéutico. *Rev Chil Salud Pública.* 2011; 15(1): 21-28.
22. Durán J, Méndez C. Implementación de la reforma de salud: percepción del profesional

- químico farmacéutico. *Cuad Méd-Soc.* 2010; 50(2): 124-131.
23. Paraje G, Vásquez F. Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. *Int J Equity Health.* 2012; 11: 81.
  24. Valdivieso V, Montero L. El Plan AUGE: 2005 al 2009. *Rev Méd Chile.* 2010; 138(8): 1040-1046.
  25. Bitrán R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's Health Reform: Increase in coverage and access decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood).* 2010 Dec; 29(12): 2161-70.
  26. Román O, Muñoz F. Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Rev Méd Chile.* 2008; 136(12): 1599-1603.
  27. Calvin M, López L. *A 40 años de un modelo privatizador: la salud en la dictadura del mercado* [en línea] 2013 [consultado 3.08.2013]. Disponible en: <http://www.epes.cl/2013/10/le-monde-diplomatique-la-salud-en-la-dictadura-del-mercado/>.
  28. Chile. Ministerio de Desarrollo Social. *Encuesta CASEN 2011* [en línea]. 2011 [consultado el 1.12.2013]. Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/ResultadosRegionalesCasen2011\\_RegionValparaiso.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/ResultadosRegionalesCasen2011_RegionValparaiso.pdf)
  29. Chile. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. *Cuenta Pública 2013* [en línea] Valparaíso: SSVSA; 2014. [consultado 6.08.2013]. Disponible en: <http://www.ssvs transparencia.com/CuentaPublica/CUENTA%20P%daBLICA%20%202013.pdf>
  30. Chile. *Superintendencia de Salud.* [en línea]. 2012 [consultado 2.08.2013]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-channel.html>
  31. Chile. *Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio* [en línea]; 2013 [consultado 2.05.2013]. Disponible en: [www.ssvsa.cl](http://www.ssvsa.cl)
  32. González F. Implementación del Plan AUGE en Pacientes con IRC. *Rev Méd Chile.* 2003; 131(5): 545-551.