

AUGE: Un Régimen de Garantías Explicitas en Salud



NACIONES UNIDAS



Dr. Álvaro Erazo
Profesor Facultad de Medicina
UC de Chile

Montevideo, Uruguay
27 de Septiembre de 2012

Objetivos de la sesión

Una aproximación al concepto de “sistema de salud”.

Analizar la función de Rectoría en Salud

Describir el sistema de salud chileno pre y post reforma.

Describir algunos aspectos esenciales de las redes de salud.

Desafíos

¿Que es un sistema de salud?

“Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad primaria es promover, restablecer o mantener la salud” (WHR, 2000)

“Incluye todos los recursos, organizaciones y actores que desarrollan o apoyan las acciones sanitarias” (WHO, Regional Office for Europe. Background paper on HSPA. September 2001)

Funciones de los Sistemas de Salud

Rectoría / regulación

- “gestión cuidadosa y responsable de algo cuyo cuidado se confía a alguien”

Desarrollo de recursos

- inversiones y capacitación

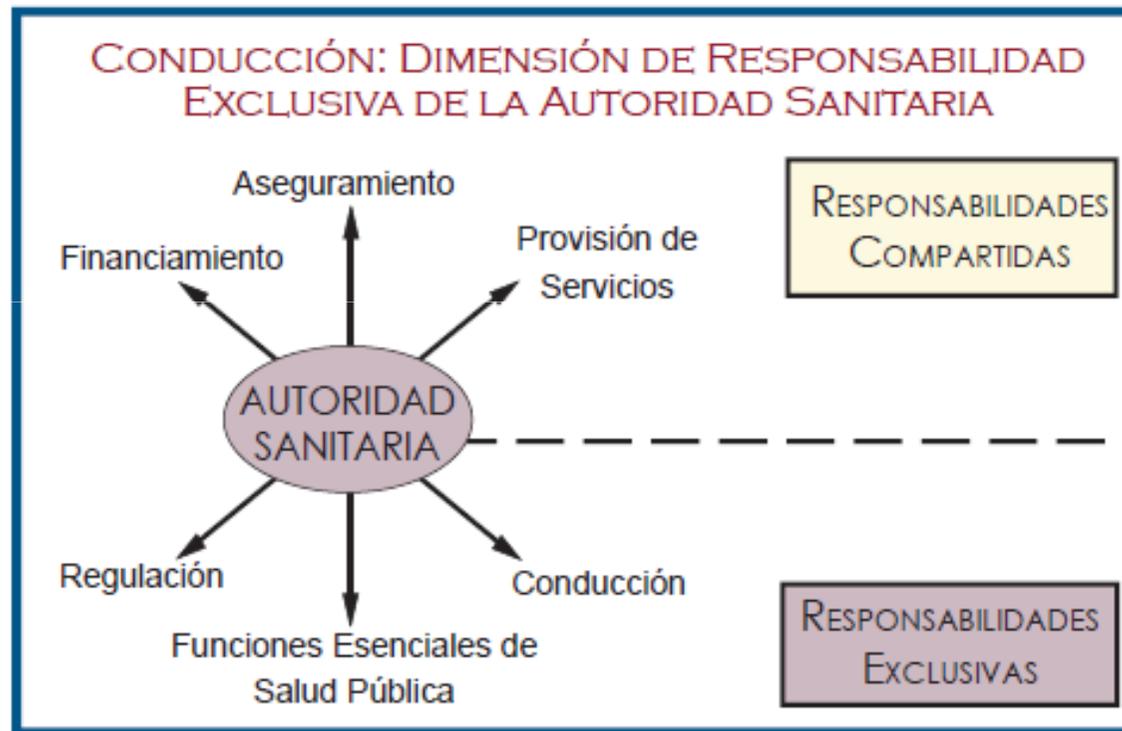
Prestación de Servicios

- personales vs. no personales/públicos
- algo que el sistema *hace*, no lo que es

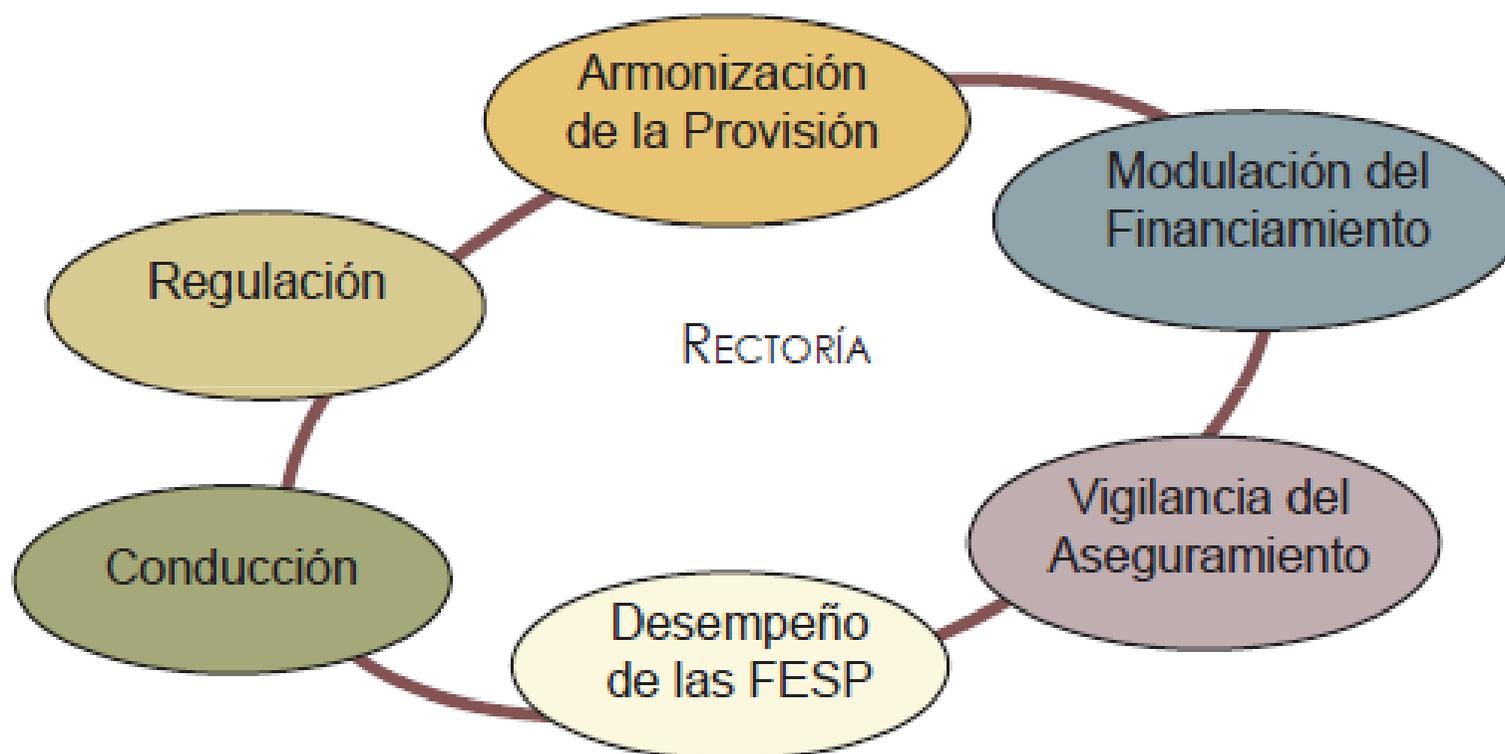
La Función de Rectoría



Conducción: capacidad de orientar las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales.



DIMENSIONES DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

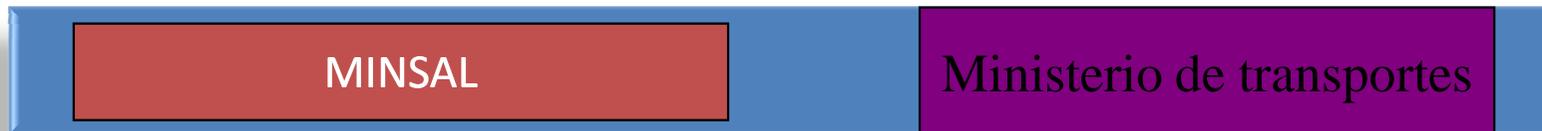


Rectoría del estado en Salud

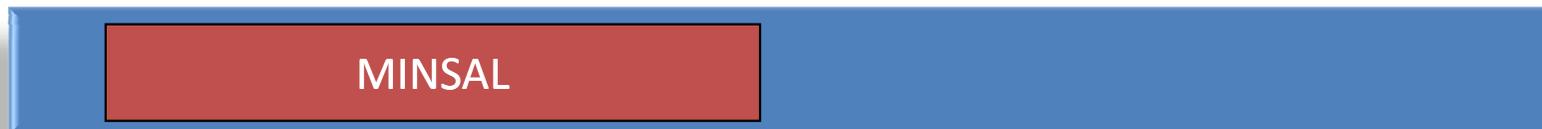
Financiamiento



Regulación en un área específica de salud (Accidentes)



Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública



Dimensiones de la función rectora en Salud

Áreas de responsabilidad y competencias Institucionales que corresponden a la Autoridad Sanitaria (Ratificadas durante el XL Consejo Directivo de la OPS/OMS,1997, por los Estados Miembros):

- 1. **Conducción Sectorial:** comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.*
- 2. **Regulación:** dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento.*

Dimensiones de la función rectora en Salud

*3. **Modulación del Financiamiento:** incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.*

*4. **Garantía del Aseguramiento:** focaliza su quehacer en asegurar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.*

Dimensiones de la función rectora en Salud

5. Armonización de la Provisión: constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.

6. Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESPs): son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria.

¿Cuál es el desafío principal?

Mejorar el desempeño en las funciones claves para alcanzar los objetivos del sistema.

El mal desempeño afecta gravemente a la población más vulnerable.

...Y en Chile

Las tres generaciones de reformas

Extensión de cobertura de servicios A Primaria y red hospitalaria y seguridad social pública y privada. En sistemas Segmentados o Integrados.

La hegemonía de los ajustes y las visiones economicistas sin contrapeso sanitario y de atomización del sector público.

La irrupción de los derechos sociales en las PP. y la universalidad efectiva, el reposicionamiento de un mejor Estado y no menos, y mayor demanda y calidad en salud.

Antecedentes de la Reforma

Cambio de estructura de la población \Rightarrow transición demográfica avanzada

Cambio de perfil epidemiológico \Rightarrow que se manifiesta en las principales causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, traumatismos)

Aumento de expectativas y exigencias de calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema

Introducción de tecnología y procedimientos de alto costo

Cambios profundos en aspectos políticos y económicos de gran impacto en el sector

El contexto del Estado

- El eje de la protección social
 - El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, **garantizándoles** derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso.
 - Implica recuperar la matriz solidaria de Chile.

Estructura del financiamiento y provisión del sistema de salud chileno (2009)

CHILE (2009)				
Recaudación de ingresos	Impuestos generales		Aseguramiento Social	Gasto de bolsillo, copagos
"Pooling" (mancomunación de recursos)	Fondo Nacional de Salud		Seguros Privados (ISAPRE)	No pooling
Compra	Ministerio de Salud	Fondo Nacional de Salud	Seguros Privados (ISAPRE)	Compra individual
Prestación de servicios	Otros semi-públicos	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Proveedores privados	

Nota.
La longitud de las franjas es proporcional a la corriente calculada de fondos.

Estructura del financiamiento y provisión del sistema de salud en el Reino Unido

REINO UNIDO (1994-1995)

Recaudación de ingresos	Impuestos generales	Seguro de carácter social	Seguro privado	de bolsillo
"Pooling" (mancomunación de recursos)	Ministerio de Salud			no pooling
Compra	Autoridades sanitarias	Médicos generales		compra individual
Prestación de servicios	Servicio Nacional de Salud	Proveedores privados		

Nota.

La longitud de las franjas es proporcional a la corriente calculada de fondos.

Fuente. The world health report 2000 - Health systems: improving performance

Objetivos de la sesión

Describir el sistema de salud chileno pre y post reforma AUGE y las que vienen...

Agenda de Gobierno en Reforma de Salud

LA SALUD PÚBLICA EN NUESTRO PAÍS



**“EN NOMBRE DEL PUEBLO, DEL ESTADO Y DE LA CIENCIA”
HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA CHILENA, MARIA ANGELICA ILLANES**

BREVE REVISIÓN



- 1887 se crea Comisión de Higiene propone la Junta General de Salubridad.
- 1889 Pdte. Balmaceda crea el Consejo Superior y Provinciales de Higiene Publica.
- 1891 Pdte. Balmaceda crea el Instituto de Higiene.
- 1899 se declara la Ley de Declaración de Enfermedades Infecciosas.
- 1925 se crea Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo.
- Previamente se había creado la Caja del Seguro Obrero Obligatorio. (antecedente previo es la Ley 4054, Ley de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Vejez)



SERVICIO DE VISITACION SOCIAL,1935



“La Dirección Jeneral de Sanidad, como encargada de dirigir los servicios sanitarios del Estado, tiene atribuciones jeneralmente de profilaxis, y en especial, le incumbe ordenar el aislamiento de los enfermos infecciosos, dirigir los servicios de vacunación, el de desinfección pública, el de inspección sanitaria, el de sanidad marítima y de las fronteras, el de profilaxis - extraordinaria de enfermedades infecciosas, y el de inspección de boticas y droguerías; puede ordenar que se practiquen visitas sanitarias a los establecimientos públicos, o a los locales destinados al uso común o a las industrias; ejercer la vijilancia técnica de los lazaretos u otros establecimientos consagrados a la profilaxis o tratamiento de las enfermedades infecciosas epidémicas; vijilar el ejercicio de la medicina y demás ramas del arte de curar”.





ATENCION EN EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD, 1952.

BREVE REVISIÓN

- **En 1937 el Pdte. Alessandri y el Ministro Cruz Coke envían el proyecto de Ley de Medicina Preventiva.**
- **En 1939 el Ministerio de Salubridad, ante la emergencia post terremoto otorga facultades extraordinarias al Director de Sanidad.**
- **En 1939 el que seria Ministro de Salubridad del Pdte. Aguirre Cerda (Dr. Salvador Allende) escribe la Realidad Medico Social de Chile.**
- **En 1952 se crea el SNS.**



HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL



- **DECADA DEL 20** : Chile recoge este y otros antecedentes (Doctrina Social de la Iglesia, iniciada con la divulgación de la Encíclica Rerum Novarum, constitución alemana, etc.) y dicta las primeras leyes relativas a la Seguridad Social: el Seguro Obrero y el Código del Trabajo .
- **DÉCADA DE LOS 40**: Informe Beveridge, Inglaterra, inicio de la Seguridad Social en el mundo : abarcó diversos aspectos: subsidios familiares, accidentes del trabajo, seguros sociales, Servicio Nacional de Salud. **PRINCIPIO**: prestaciones de Seguridad Social tenían que ser iguales para todos los habitantes del Reino. En salud, planteaba la creación de un Servicio Nacional de Salud con un financiamiento básicamente estatal...

HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL



- **1924: Ley N 4.054 Caja de Seguro Obrero Obligatorio**
Cubría riesgo de invalidez, vejez y muerte de obreros, artesanos, campesinos y servicio doméstico.
Financiamiento tripartito
Se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que unificó los servicios asistenciales y de salud del país.
Futuro Ministerio de Salud Pública
- **1938: Ley de Medicina Preventiva diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades prevalentes , por ej: TBC, sífilis, posteriormente cáncer e hipertensión.**
- **1942: Se crea el SERMENA Ley de Medicina Preventiva orientada a empleados públicos y privados, se le agrega en**

HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL



... En el año 1952 se crearía en nuestro país el Servicio Nacional de Salud ,que a partir de la década siguiente sería capaz de influir positivamente sobre los indicadores epidemiológicos de la época.

Conclusión: el desarrollo de la Seguridad Social en Chile , se vio directamente influenciado por los avances de la Seguridad Social logrados a nivel mundial.

HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- **1952: Servicio Nacional de Salud SNS , Ley 10383**
 - Se unificó la administración de los hospitales, transformándose en un importante poder centralizado.
 - Contribuyó a definir la responsabilidad del Estado en materia de salud pública, al encargarse de las acciones de fomento y protección para toda la población.
 - Entregaba atención gratuita en la red de establecimientos del Estado a obreros, y población indigente.
- **1968: Medicina Curativa de Empleados, seguro de atención médica, pago por acto médico a listado de proveedores inscritos en el sistema, primer sistema organizado de libre elección en el país**



HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL



1979: Se dicta el D.L. 2.763, que reorganiza el Ministerio de Salud (creando el FONASA) y pone fin a la existencia del SNS, creando el nuevo Sistema Nacional de Servicios de Salud (vigentes hasta hoy) .

1981: Reforma a la Seguridad Social y creación de las AFPs.

1981: Se dicta el D.F.L. N° 1 que inicia el traspaso de los establecimientos del nivel primario de atención a la administración municipal.

HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL



1981: Se dicta el D.F.L. N° 3 que crea las “Instituciones de Salud Previsional” (ISAPRE), a las cuales pueden acceder como afiliados todos los trabajadores que cotizan para su atención de salud.

1981: Se dicta el D.L. N° 3261 que elimina la obligatoriedad de inscripción en los Colegios Profesionales y les priva a estos de la tuición ética sobre sus asociados.

1990: Con el apoyo de organismos internacionales, se inicia la Reforma Financiera, que corresponde a una reestructuración del sistema de financiamiento de la MAI

HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1994: Se le confiere a FONASA una nueva función: gestionar el Seguro Social Público de Salud, que hoy cuenta con más de 11 millones de beneficiarios

1995: se promulga la Ley 19.378, que crea el “Estatuto de Atención Primaria Municipal”, que consolida la transferencia de la administración de esos establecimientos a los municipios, iniciada en 1981 por el régimen militar.



HITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1999: Se promulga la Ley 19.650 que perfecciona las funciones del Seguro Social Público de Salud, incorporando:

- Recaudación de las cotizaciones**
- Fiscalizar el cumplimiento del pago de cotizaciones**
- Fiscalizar la calidad, acceso y oportunidad en la MLE**
- Autorización para solicitar información a organismos públicos**
- Fijar criterios de protección financiera para la MAI**
- Celebrar convenios con privados y públicos**
- Resolución Taxativa para compra en el sector privado en la MAI**



UNIVERSALIDAD EN LA COBERTURA



Se cuestiona la capacidad financiera de los subsectores público/seguro social para realizar este principio y se alega que inclinan a las personas a la dependencia en el Estado para protegerlas de todos los riesgos en la vida, perjudicando así la iniciativa individual.

La baja cobertura en la mayoría de los países se explica porque la cotización al seguro social se percibe como un impuesto.

La mayoría de la población tendría un incentivo más fuerte para afiliarse y cotizar en aseguradoras/proveedoras privadas que al seguro social, ya que en las primeras regiría el principio de equivalencia entre la cotización y la prestación, en vez de solidaridad.

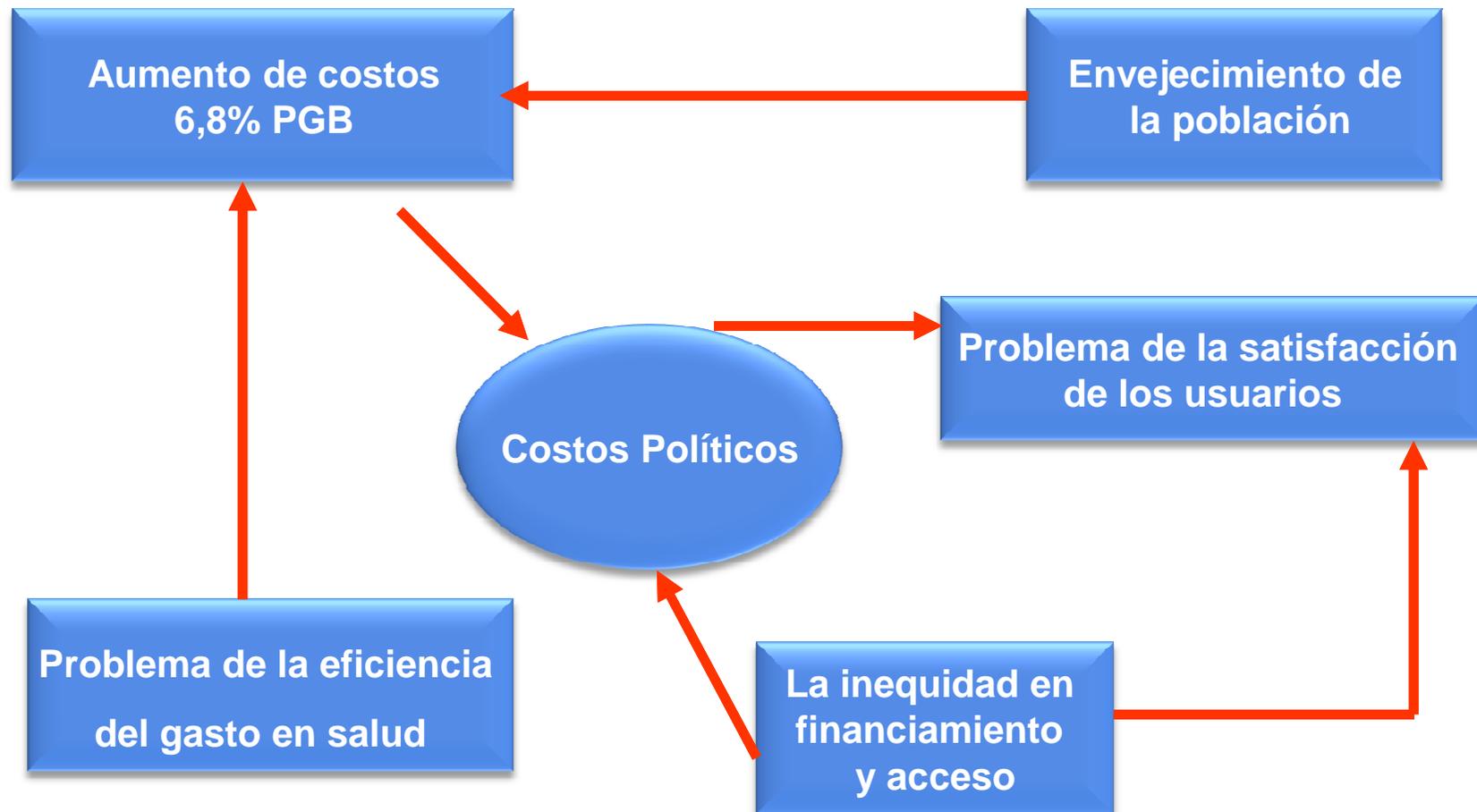
Proyecto de ley que establece régimen de garantías en salud

“Es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud de acuerdo a los Objetivos Sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y a los recursos de que disponga el país”.

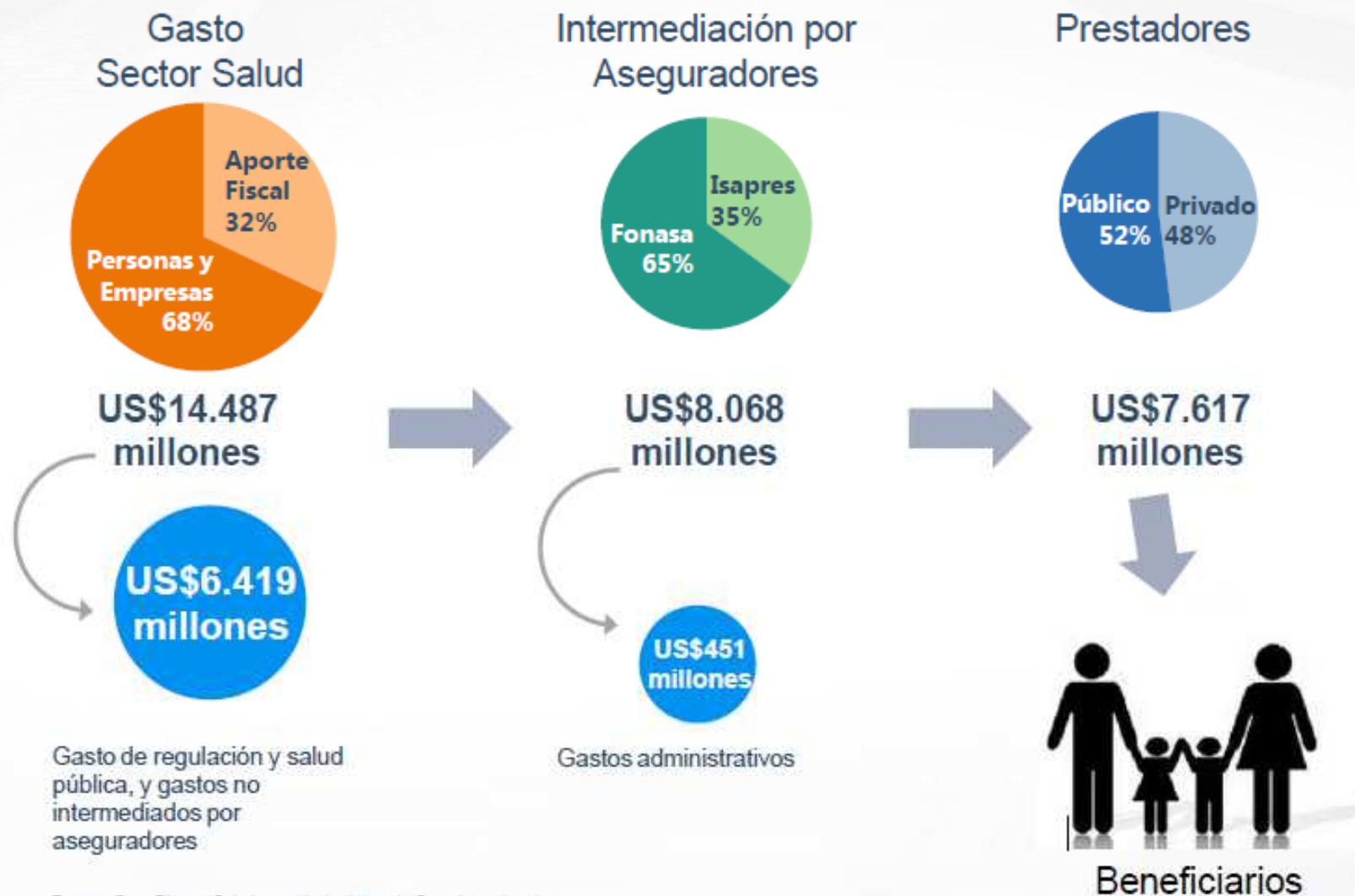
La Reforma. Objetivos sanitarios

- Disminuir las desigualdades en salud
- Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población
- Mejorar los logros sanitarios alcanzados

Justificación de la Reforma en Chile



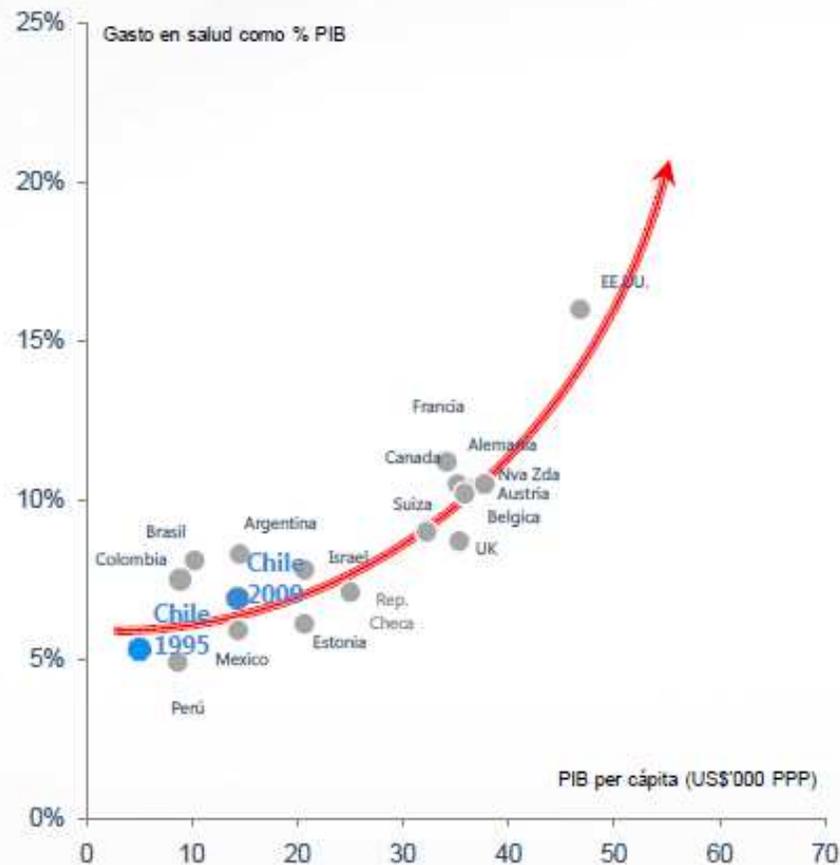
Sector Salud en Chile: Una industria de gran tamaño



Fuente: Cruz Blanca Salud a partir de datos de Superintendencia de Salud y Fonasa
Nota: Datos 2009

...que crece con el aumento en ingreso per cápita...

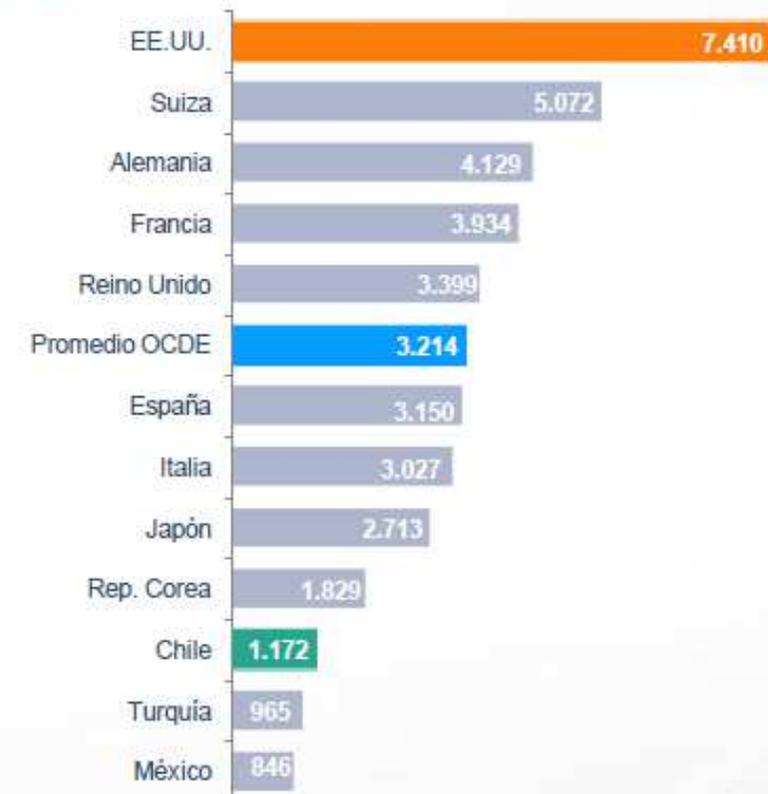
Mayor Gasto en Salud Per Cápita Esperado



Fuente: OCDE

Gasto en Salud Per Cápita – Muestra OCDE

US\$ PPP

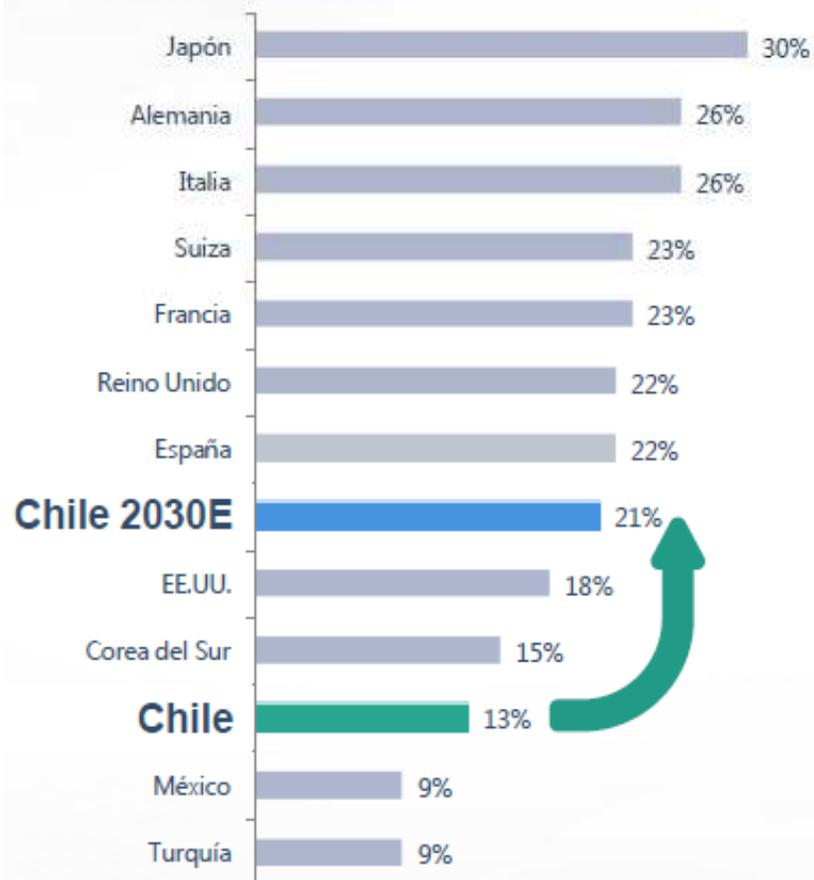


Fuente: Datos de Organización Mundial de la Salud (2009)

...y con el envejecimiento de la población...

Población >60 años

Muestra de Países de la OCDE



Fuente: Datos de Organización Mundial de la Salud (2009)

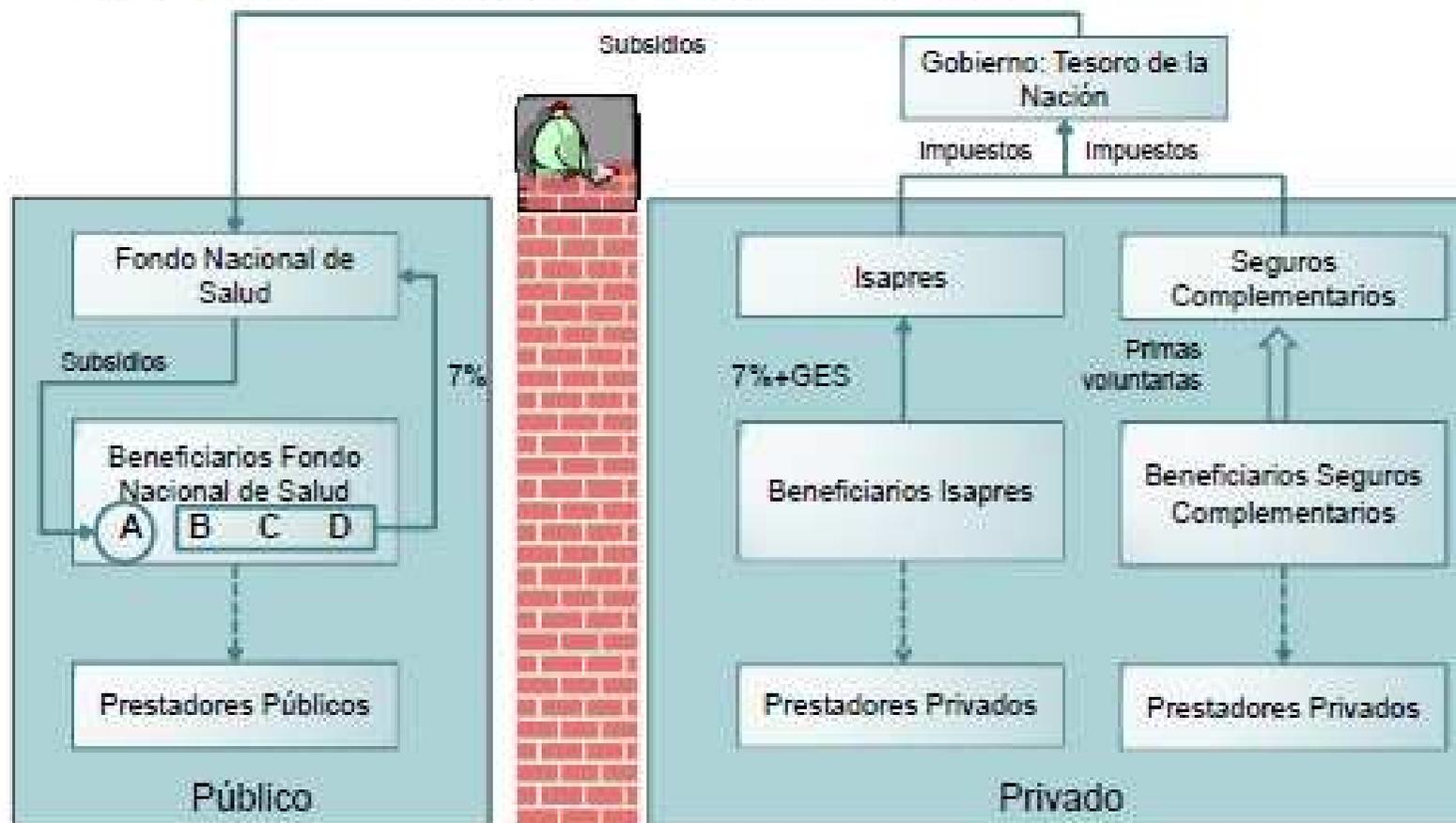
Mayor Gasto en Salud Población >60 años

Gasto Anual en Salud per Cápita de Beneficiarios de Isapres (Ch\$ miles)



Fuente: Superintendencia de Salud, gasto per cápita según grupo etario

El sistema chileno: Seguridad Social, Cobertura universal – Continúa siendo segregado



Ejes de la Reforma

Ley de
Autoridad
Sanitaria

Auge:
Régimen de
garantías
explícitas

Nuevo Modelo
de Atención

Leyes de la Reforma

Ley	Año	Descripción
Ley de financiamiento (Nº 19.888)	Agosto/2003	Asegura los recursos para la reforma de salud.
Ley de autoridad sanitaria y gestión (Ley Nº 19.937)	Febrero/2004	Separa las funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector. Crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados.
Ley del régimen general de garantías en salud (Ley Nº 19.996)	Septiembre/2004	Crea el sistema de garantías explícitas para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias.
Ley de solvencia de ISAPREs (Ley Nº 19.895)	Agosto/2003	Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados.
Ley de ISAPREs (Ley Nº 18.933)	Mayo/ 2005	Modernización de la Ley de ISAPREs y potenciación del rol de la superintendencia.
Ley de derechos y deberes de los pacientes	En discusión	Entrega responsabilidades y protección a los pacientes. Regula aspectos como el consentimiento informado.

Ley de Isapres

- El proyecto de Modificaciones a la Ley de Isapres se separó en dos proyectos, y se tramitó con suma urgencia las disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control, conocido –tras su aprobación– como la Ley “Corta” de Isapres.
- El segundo proyecto se relacionó con aspectos relacionados con la regulación de precios de planes de salud ; la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones; la difusión de información por parte de la Superintendencia, así como acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.

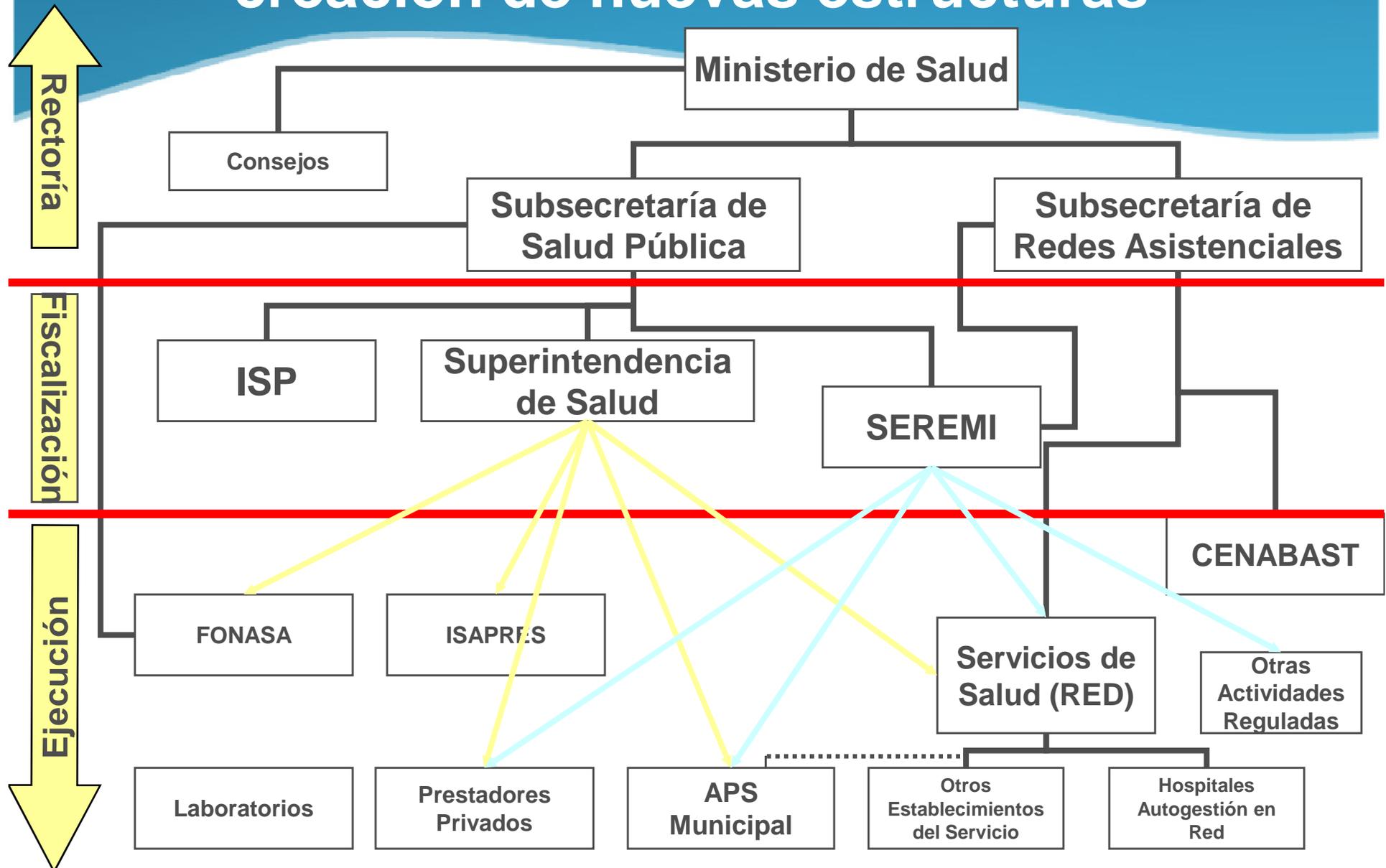
Ley de Financiamiento

- Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Autoridad Sanitaria y Gestión

- Separa las funciones de provisión de servicios de salud de las de regulación y fiscalización de la normativa sanitaria.
- Crea las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales y la Superintendencia de Salud (ex Super de ISAPRES).
- Redefine al Servicio de Salud como Red Asistencial y al Jefe de Servicio como Gestor de Red.
- Dota de mayor flexibilidad a la gestión de los hospitales de mayor complejidad con la creación de los Establecimientos de Autogestión en Red.

Diferenciación de funciones y creación de nuevas estructuras



Rectoría del AUGE

- El MINSAL es responsable de formular, evaluar y actualizar el Plan
- Se crea un “Directorio AUGE” para la definición y actualización del Plan
- Fiscalización régimen garantías a cargo de Superintendencia de salud (Isapres) y Fonasa
- Cambios en la “Autoridad Sanitaria”
 - Reestructuración del MINSAL
 - **SEREMIs como entidades reguladoras (Autoridad Sanitaria Regional)**
 - **Directores de Servicios de Salud como gestores de Red (¿relación con Municipios?)**

Cambio Modelo de Atención

Modelo Atención en Salud

OBJETIVO:

Lograr que cada persona y familia tenga un equipo de cabecera y un lugar de atención cercano, que le permita sentirse protegido y acompañado en su proceso de mantenerse saludable, contando con los mecanismos de derivación necesarios para enfrentar problemas de mayor resolutivead.



Centrado en Usuario
Promocional y Preventivo
Enfoque Familiar
Integral
Ambulatorio
Participativo
Intersectorial
De Calidad
Tecnología apropiada
Gestión de las Personas

Cambio Modelo de Atención

- Énfasis Promoción y Prevención
- Enfoque de Salud Familiar
(características del enfoque)
- Enfoque de Salud Integral
- Enfoque desde la Atención
- Interculturalidad
- Participación
- Ambulatorización
- Intersectorialidad

Fortalecimiento de APS

- **Estructural:**
 - Aumento de la resolutiveidad
 - Aumento del financiamiento (per cápita, por prestación)
 - Incremento de RRHH
 - Aumento de la inversión
- **Funcional:**
 - Cambio del modelo de atención
 - Modelo de gestión y financiamiento
 - Integración a la red
- **Nuevo paradigma**
 - Protección social: Chile Solidario; Chile Crece Contigo; Valoración de cuidados no remunerados

Autoridad Sanitaria y Gestión

- **La AS residirá en el MINSAL**
- **Reestructuración del MINSAL**
 - Ministro
 - Subsecretaría Redes Asistenciales
 - Subsecretaría Salud Pública
 - Secretarías Regionales Ministeriales

Autoridad Sanitaria y Gestión

- **Sub. Redes Asistenciales:** coordinación y control acciones de salud pública asociadas a prestaciones individuales (PAI, PNAC, otras)
- **Sub. Salud Pública:** coordinar lo relacionado con las funciones de regulación y fiscalización del sector salud
- **SEREMIs:** vigilancia epidemiológica, fiscalización medioambiental, verificación normativas de calidad en prestadores públicos y privados, recepción quejas

Autoridad Sanitaria y Gestión

- Los Hospitales de Autogestión en Red:
 - **SS: vigilancia y control**
 - **SEREMI: fiscalización**
 - **Administra y dispone de ingresos propios**
 - **Celebrar convenios con FONASA**
 - **Celebrar contratos de prestaciones de servicios con personas naturales o jurídicas**
 - **Todas las atribuciones en materias de gestión y administración interna de sus recursos**

Transformación Hospitalaria

MODELO GESTIÓN CLÍNICA

- Gestión del Cuidado-Atención Progresiva
- Ambulatorización de la Atención
- Adulto Mayor
- Nuevas formas de hospitalización:
 - Hospital de Día
 - Hospitalización Domiciliaria
- Salud Acogedora , comprometida y participativa: *Hospital Amigo*

AUTOGESTIÓN EN RED

- Cartera de servicios acordada con el Gestor de Red
- Autonomía Administrativa que requiere competencias en áreas de :
 - Planificación
 - Disciplina financiera
 - Gestión de las personas
 - Información para la gestión
 - Orientación al servicio de la Red

Transformación Hospitalaria

Ambulatorización de la Atención

- **Horas médicas en atención ambulatoria**
- **Cirugía Mayor Ambulatoria**
- **Flujos de Atención: altas de nivel secundario, cupos para atención primaria, disminución de interconsultas internas (nuevas v/s controles de especialidad)**
- **Cerrar brechas de equipamiento de especialidades**

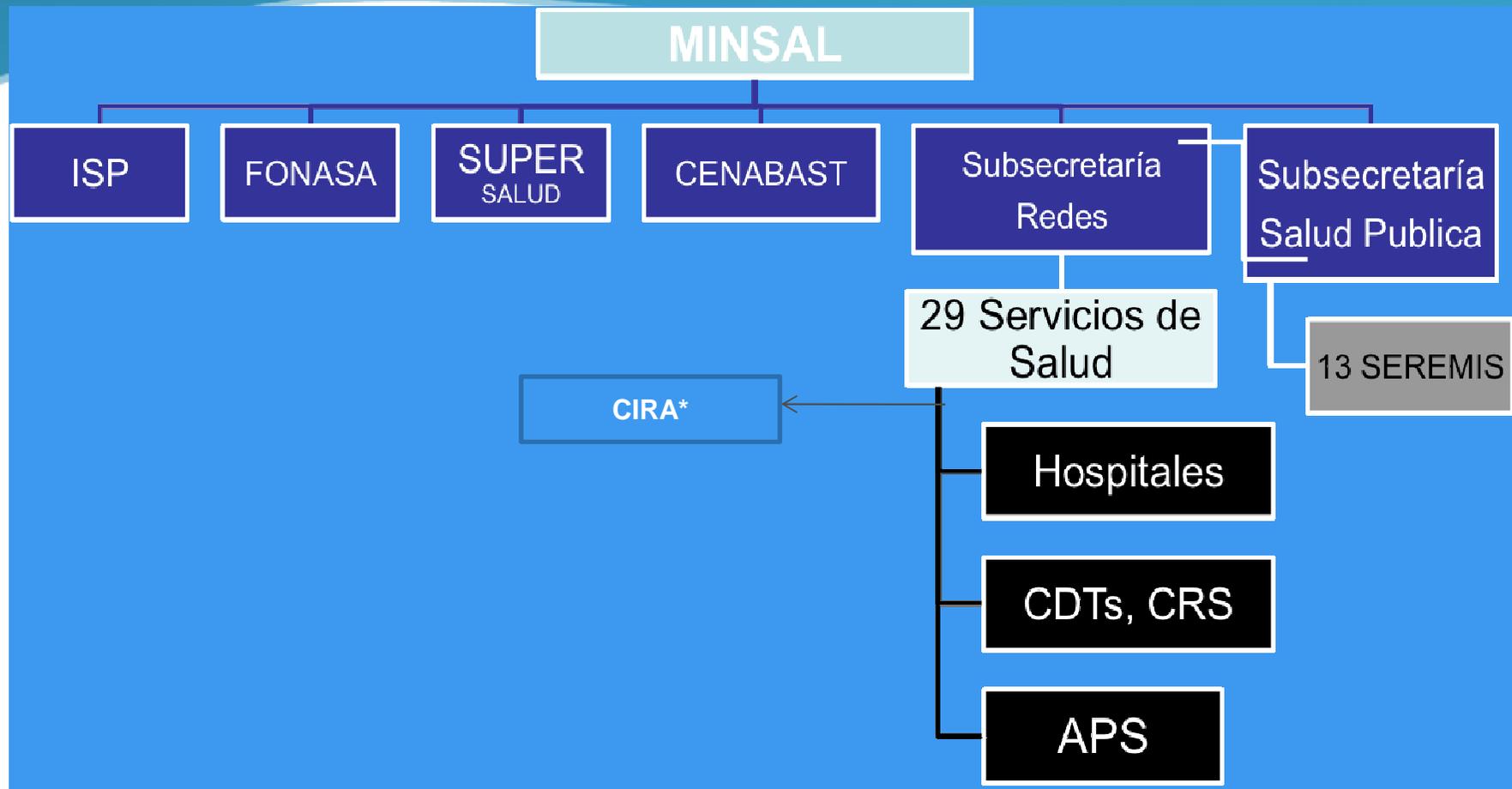
Transformación Hospitalaria

Atención Cerrada

- **Gestión Clínica:** categorización riesgo-dependencia, indiferenciación de camas, gestión centralizada de camas, hospitalización domiciliaria, hospitalización diurna,
- **Hospital Amigo:** apertura de horario de visitas, acompañamiento, alimentación asistida por familiares.

Establecimientos autogestionados en red

- Hospitales públicos tipo 1 y 2
- Requisitos:
 - **Mejoramiento en la gestión**
 - **Equilibrio financiero**
 - **Procedimientos de medición de costos, calidad de prestaciones y satisfacción usuaria**
- Características
 - **Mayor autonomía administrativa y financiera**
 - **Convenios directos con FONASA**
 - **Mayor flexibilidad administrativa**
 - **Disponibilidad de uso de recursos autofinanciados**
 - **Mayor facultad para contrataciones y asignación de incentivos**



*** Consejo de Integración de la Red Asistencial**

Rearticulación de Redes

La reforma establece en cada Servicio de Salud un “Gestor de Red” con la facultad de:

- **Fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención**
- **Garantizar una correcta articulación de la Red Asistencial.**
- **Dotar de herramientas de gestión a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, evitando la fragmentación del Sistema.**
- **Celebrar convenios de gestión con las entidades administradoras de salud municipal.**
- **Evaluar el cumplimiento de normas y metas**

Rearticulación de Redes

- Sistemas de referencia y contra referencia basada en protocolos
- Programación en Red
- Gestión de las Listas de Espera
- Gestión de la Demanda (cupos de especialidad a la APS)
- Sistemas de Información para la atención
- Sistemas de Información a los Usuarios
- Coordinación entre los distintos dispositivos de la red: CIRA, consejo regional, coordinación de la red de Urgencia (SAMU, SAPUS, UEH, Camas Críticas)
- Articulación con otras Redes: Macrorredes, Polos de Desarrollo

Redes Integradas de Servicios de Salud

Atributos esenciales

1. Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema;
2. Extensa oferta de establecimientos y servicios de salud: servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional;
3. Primer nivel de atención que actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado de la salud, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población;
4. Entrega de servicios de especialidad preferentemente en ambientes extra-hospitalarios;
5. Mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios;

Redes Integradas de Servicios de Salud

6. Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio;
7. Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el RISS;
8. Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico;
9. Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema;
10. Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del RISS;
11. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema;
12. Acción intersectorial amplia.

Auge

Acceso Universal con Garantías Explícitas

Derecho establecido por ley N° 19.966, exigible desde el 01 de Julio del año 2005



Tienen acceso todos los ciudadanos de Fonasa e Isapres



Canasta de prestaciones GARANTIZADAS en “patologías” clave:

2005: 25 enfermedades

2006: 40 enfermedades

2007: 56 enfermedades

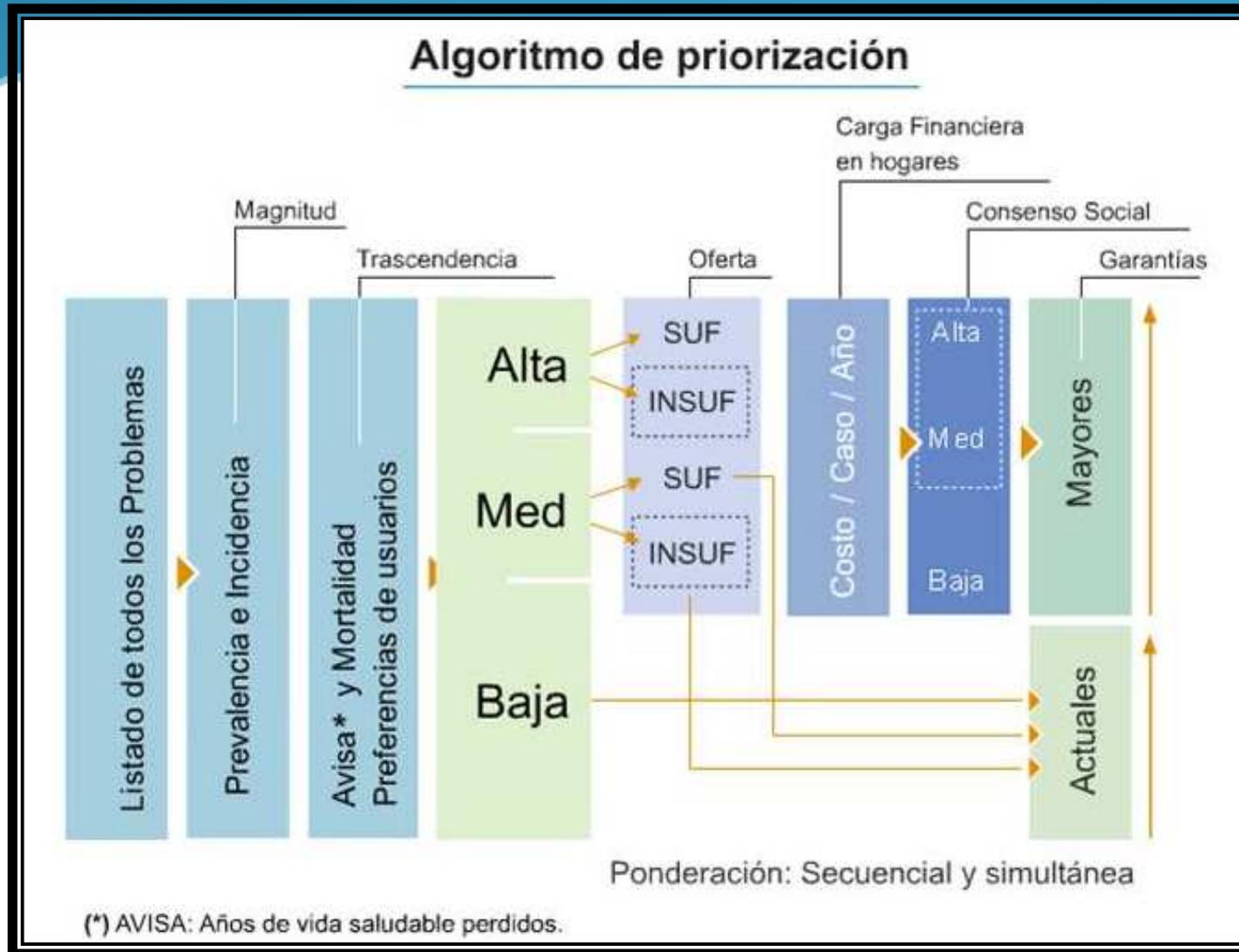
2010: 69 enfermedades

Garantías Explícitas: La Ley

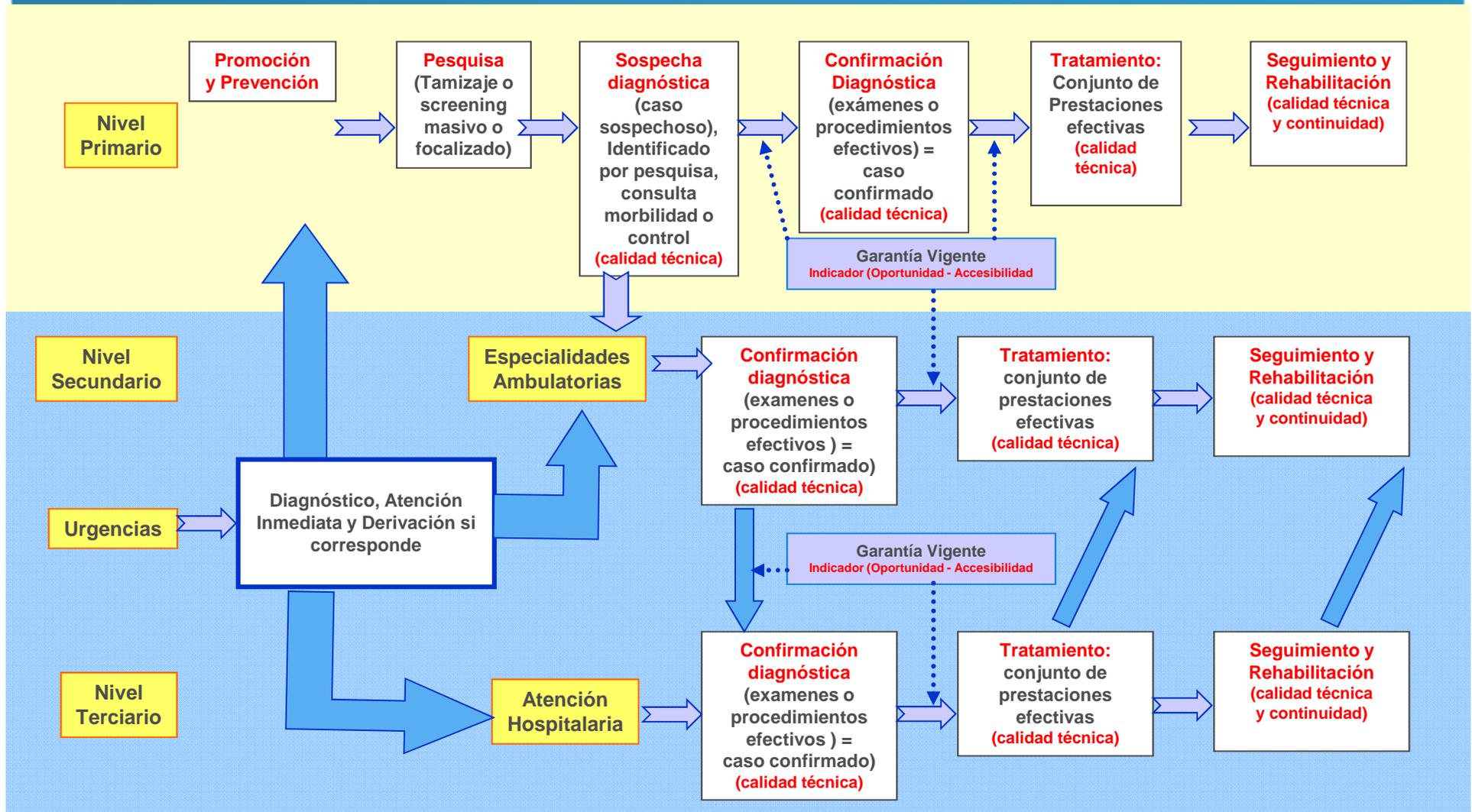
- **Ley 19.966 - Art. 2:** “Las garantías explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fonasa, las Isapres, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que corresponden”
- **Ley 19.966 - Art. 24:** “En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud”

Definición de Prioridades

EJEMPLO – PROBLEMAS DE SALUD AUGE



ALGORITMO DE EJECUCIÓN GES



Garantías en Salud y la política en salud

- **Las Garantías en Salud implican una serie de elementos, los cuales pueden estar presentes en mayor o menor grado, lo que puede implicar entender las garantías en un amplio espectro: desde un sistema de priorización de listas de espera, pasando por un plan básico de salud hasta estrategias de mayor complejidad, las que dependen de la definición como país, los recursos disponibles y de la madurez de las estructuras de los sistemas de salud de los diferentes países.**
- **Una estrategia debe poseer como principal característica la interrelación con la política pública en salud desde una perspectiva doble: Salud Pública y Gestión de Redes. Es esencial la participación de todos los agentes, tanto públicos como privados: prestadores, aseguradores, la comunidad, el Fisco, las Universidades y demás centros del conocimiento.**

- **Garantía Explícita de Acceso:** obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, garantizadas a los beneficiarios.
- **Garantía Explícita de Calidad:** otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado. Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, proceso ya iniciado.

- **Garantía Explícita de Oportunidad:** referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Decreto respectivo
- **Garantía Explícita de Protección Financiera:** la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos

COSTOS DE UNA ENFERMEDAD GES (Protección Financiera)

Caso Fonasa:

- Para el grupo A y B, mayores de 60 años de edad y para quienes reciben pensiones asistenciales y pensiones reparatorias (PRAIS) el **costo es cero**.
- El grupo C **paga el 10%** de las prestaciones con un tope de 21 cotizaciones mensuales por una enfermedad, y 31 cotizaciones por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de 1,47 veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses.
- El Grupo D **paga el 20%** de las prestaciones con un tope máximo de 29 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 43 cotizaciones mensuales por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de dos veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses.

COSTOS DE UNA ENFERMEDAD GES (Protección Financiera)

Caso Isapre:

Los afiliados a Isapre **pagan el 20%** de la prestación -según el arancel de referencia disponible en cada Isapre- **con un tope máximo de 29 cotizaciones**, en caso de una enfermedad, o de 41 cotizaciones mensuales en el caso de dos o más enfermedades. La suma de los copagos durante un año no podrá exceder las 122 UF en el caso de una enfermedad, o de 181 UF en el caso de dos o más enfermedades.

Además, acceder al GES implica un cobro adicional al plan de salud. El precio varía en cada Isapre, pero tiene un promedio de \$5.500 por cotizante.

Ejemplo: si se necesita un tratamiento GES y mensualmente se cotiza \$50 mil en la Isapre, todos los gastos por debajo de \$1.450.000 (29 x \$50 mil) se pagarán de acuerdo a la regla del 20%, o sea, el afiliado paga hasta \$290 mil. Lo que exceda las 29 cotizaciones lo cubre la Isapre.

LINFOMAS

Garantía de Protección Financiera: Copago Máximo a Cancelar

Atención Garantizada	Prestaciones o Grupo de prestaciones garantizadas	Periodicidad	Arancel \$	TRAMO A	TRAMO B	TRAMO C	TRAMO D
Diagnóstico	Confirmación Linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	135.300	-	-	13.530	27.060
	Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	878.030	-	-	87.800	175.610
Tratamiento	Controles y Exámenes por Tratamiento de Quimioterapia	cada vez	909.730	-	-	90.970	181.950
	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por tratamiento completo	796.760	-	-	-	-
	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por ciclo	621.650	-	-	-	-
Seguimiento	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más	por control	43.690	-	-	4.370	8.740

Enf. Catastróficas

GARANTÍA DE OPORTUNIDAD

TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA

17 LINFOMAS EN 15 AÑOS Y MÁS

DIAGNÓSTICO

35 Días

Desde la sospecha

1 Mes

Biopsia y otros exámenes.
Desde confirmación
diagnóstica

TRATAMIENTO

10 Días

Para quimioterapia. Desde
confirmación diagnóstica

25 Días

Para radioterapia. Desde
indicación médica

¿Qué sucede si la enfermedad no está contemplada en el GES?

Isapre

Tendrá una cobertura normal de acuerdo a su plan de salud.

En el caso de una enfermedad grave, como aquellas consideradas catastróficas, con riesgo de vida y alto costo, tendrá una cobertura adicional por enfermedades catastróficas (CAEC) donde los afiliados **pueden obtener el 100% de cobertura** exclusivamente dentro de la red cerrada de prestadores.

Fonasa

Existe el seguro catastrófico que otorga una **bonificación del 100%**, esto es, no hay costo para el beneficiario si se atiende en modalidad institucional.

Otros beneficios de las GES

Todas las personas, ya sean afiliados a Isapres o Fonasa, tienen derecho una vez al año y en forma gratuita, a realizarse un examen de medicina preventiva para detectar a tiempo ciertas enfermedades. Además, dependiendo de su problema de salud, tendrá acceso gratuito a fármacos.

¿Qué sucede si la Isapre o Fonasa no cumplen con las garantías?

Mecanismos de tutela: hacer efectivo el derecho

- Instancia administrativa
 1. Reclamo ante el prestador
 2. En incumplimiento del prestador, recurrir, ante FONASA o la ISAPRE para que designen un prestador diferente (**Bono Auge**)
 3. En incumplimiento de los dos prestadores anteriores, recurrir a la Superintendencia de Salud, la que designará un prestador con cargo a FONASA o la ISAPRE
- Arbitro Arbitrador: Superintendencia facultades para resolver controversias entre ISAPRES o el FONASA y sus cotizantes, sean o no GES en calidad de árbitro arbitrador.
- Instancia Judicial: para resarcir daños por incumplimiento
- El **Bono Auge** es un instrumento con el que el asegurado de Fonasa, a quien no le han respetado los plazos de atención para un problema de salud Auge, puede acceder a la prestación requerida en otro establecimiento asistencial, público o privado, designado -en un plazo de 48 horas- por Fonasa. El nuevo prestador debe atenderlo dentro de un plazo máximo de 10 días contados desde la emisión del bono.

I. GESTIÓN DE CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS

- **Sigges**
- **Monitoreo**
- **Fiscalización**

Definiciones:

Monitoreo: Revisión y seguimiento periódico del estado de todas las Garantías de Oportunidad registradas en SIGGES,

Fiscalización: Instrumento de verificación de cumplimiento en garantías retrasadas .G op.

Objetivo: Efectuar el análisis que permita gestionar el cumplimiento de Garantías de Oportunidad

Actores principales

-Las Personas con Rol de “Coordinadores y Encargados GES” de Establecimientos Asistenciales Públicos de los 3 niveles de atención (APS - Secundario - Terciario)

-Las Personas con Rol de “Fiscalizadores GES” del Fondo Nacional de Salud.

II. GESTIÓN DE USUARIOS

- **Reclamos**
- **Educación y difusión de derechos**
- **Satisfacción usuarios**

III. GESTIÓN COMERCIAL

¿Cómo Gestionar Garantías?

1. FONASA responsable de:

- a. El efectivo cumplimiento de las garantías ejerciendo su rol asegurador, monitoreando las garantías y actuando ante eventual incumplimiento.
- b. Asegurar que el proceso de compra de prestaciones o atenciones de salud que permita cumplir con las garantías GES
- c. Planificar adecuadamente la compra y mantener una oferta organizada y disponible

2. Política de compra FONASA:

- a. Privilegiar en primer lugar la oferta pública disponible por parte de los establecimientos del SNSS y establecimientos APS municipalizados, y en coordinación con el MINSAL propender a la optimización de la oferta de éstos.
- b. Complementar la oferta pública a través de la oferta privada, en concordancia con las facultades que le confiere la Ley N° 19.650.

Impacto del AUGE

Prestaciones:

- En cuidados paliativos:
 - **Aumento de 15% de ingresos al Programa Nacional de Cuidados Paliativos entre 2004 y 2006**
- En Cx. cataratas:
 - **Aumento mayor a 300% entre 2004 y 2007**

Problemas del AUGE

- **Exclusión de ciertas enfermedades frecuentes**
- **Excesiva focalización (determinados grupos etareos, determinadas prestaciones, etc.)**
- **Desplazamiento de Pacientes NO AUGE**
- **Complejidad de “Protocolos de Tratamiento” de cada enfermedad : Guías, canastas, garantías, etc.**
- **burocratización del sistema (SIGGES, cumplimiento de garantías por su complejidad y madurez en los desarrollos**
- **SOBRECARGA DE LA APS**

Financiamiento del AUGE

- Componente Salud Pública: aporte fiscal
- Componente Salud de las Personas:
 - **Mantención 7% cotización para cubrir Prima Universal**
 - **Aporte fiscal al FONASA para cubrir a personas sin recursos y patologías GES**
 - **Fondo de Compensación Solidario administrado por MINSAL?**
 - **En sistema privado cotización adicional cada afiliado**

Financiamiento del sistema

- Impuestos generales
- Aportes comunales
- Cotización obligatoria de los trabajadores afiliados a FONASA o ISAPRES
- Copago de los usuarios de FONASA o ISAPRES
- Cotización Ley 16744
- Pago directo de los usuarios a los prestadores

Variación de las fuentes de financiamiento (Millones de \$ 2009)

	Año 2000	Año 2009	Variacion
Aporte fiscal	\$ 1.531.029	\$ 2.450.446	60,1%
Aporte municipal (fondos propios)	\$ 46.195	\$ 66.488	43,9%
Fonasa	\$ 507.640	\$ 1.023.351	101,6%
Mutuales	\$ 163.448	\$ 244.135	49,4%
Isapres	\$ 559.959	\$ 715.516	27,8%
Cotizacion voluntaria Isapres	\$ 183.032	\$ 332.704	81,8%
Copagos prestaciones	\$ 420.500	\$ 567.344	34,9%
Copagos en medicamentos	\$ 660.655	\$ 851.182	28,8%
Otros Directo	\$ 1.121.027	\$ 1.418.747	26,6%

Fuente: Tesis FEN U de Chile

ASPECTOS GENERALES (I)

- **No modifica las normas establecidas en el Régimen de Prestaciones de la Ley 18.469:**
por parte del Estado de proveer los recursos para que Fonasa otorgue las prestaciones contenidas en el Régimen a los indigentes o carentes de recursos
- Esto implica que se mantienen los recursos para financiar el plan de beneficios del Fonasa para los grupos A y B principalmente; con esto, los aporte que implica la puesta en marcha del Auge son adicionales **con lo cual se garantiza la mantención de los beneficios “no Auge”.**

ASPECTOS GENERALES (II)

Los recursos adicionales contemplados para el Auge a través de los 3 instrumentos definidos, **no llevan implícito un subsidio o traspaso de fondos públicos a los seguros privados.**

- **Los instrumentos definidos INICIALMENTE agregarían solidaridad entre jóvenes y viejos, y mayor equidad al existir mecanismos de compensación de riesgos...**

-

ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS

- I. **Gestión de Cumplimiento de Garantías:** Sigges, monitoreo y fiscalización
- II. **Gestión de Usuarios:** Sistema de reclamos, educación y difusión de derechos, satisfacción usuarios
- III. **Gestión Compra:** Compra anticipada, por riesgo de retraso, por retraso, por incumplimiento
- IV. **Gestión Financiera:** Monitoreo garantía protección financiera, cobro centralizado de copagos

En resumen...

- El Sistema de Salud Chileno es mixto, dual y de predominio público en el aseguramiento y la provisión
- Los subsistemas funcionan de manera segmentada y fraccionada respecto de la población que atienden y respecto de las funciones que realizan. Existe selección de riesgos por sexo, edad e ingresos. La rectoría se ha desarrollado progresivamente
- El sistema público (asegurador y prestador) atiende la mayor parte de la población, concentrando la población de menores ingresos y mayor edad
- El gasto público en salud y el gasto total crecen sostenidamente en el tiempo.

EL AUGE EL LOGRO DE UNA DÉCADA



Propuesta que cerraría el ciclo de reforma en salud iniciado el 2000



Contexto:

- 1) Evaluación del proceso de reforma de salud. AUGE, AS, organización de Minsal en separación de funciones, Plan de Salud Pública. Hospitales Autogestionados. Los efectos en el auge y no auge, listas de espera. Inversión post terremoto.
- 2) Fallo del Tribunal Constitucional (trazador fundamental).
- 3) Nuevo Gobierno con una Agenda en desarrollo en Salud. Compromisos 21 de Mayo y los objetivos de la Comisión Presidencial

Iniciativas de reformas Gobierno Piñera

- 1er Intento
 Comisión Presidencial
- 2ª Intento :
 PGS
- Escenarios probables





GRACIAS!