

Sección 2:
**Políticas de salud y prestación
de servicios en el ámbito
nacional e internacional**

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile

Óscar Arteaga*

Introducción

Durante la década de los años 90 diversos países del mundo iniciaron procesos de reforma de sus sistemas de salud, muchas veces impulsados principalmente por organismos multinacionales. América Latina no fue una excepción. Más allá de las singularidades de estos procesos en cada país, es posible reconocer en ellos ciertos elementos comunes: descentralización de la organización del sector público, cambios en los establecimientos públicos para hacerlos semejantes en su operación a establecimientos privados; cambios en los mecanismos de pago a los prestadores, tratando de vincular desempeño e incentivos; estímulo de una mayor pluralidad y competencia a nivel de los prestadores de salud; búsqueda de financiamiento para salud proveniente de fuentes distintas a impuestos; empoderamiento de los consumidores incluyendo mayor libertad de éstos para elegir a los prestadores de servicios (Mills *et al.*, 2001).

En el caso de Chile, en forma previa a lo ocurrido en otros países de América Latina, el sistema de salud se vio sometido a transformaciones radicales que ocurren entre los años 1979-1981, durante el régimen militar. A principios de la presente década, el gobierno estableció a la salud como una prioridad de la gestión y a la reforma del sector como una de sus tras-

* Médico, PhD en Salud Pública. Académico Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

formaciones para el periodo 2000-2006. Esto se expresó en un conjunto de proyectos de ley cuyo núcleo fue una ley que establece un Plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE) y otra ley que fortalece la regulación y el ejercicio de la autoridad sanitaria.

En el presente trabajo se hace un análisis de la actual reforma de salud chilena. Con este propósito, el artículo se ha estructurado con una primera sección que recoge los antecedentes históricos más relevantes del sistema de salud chileno. La segunda sección describe los contenidos fundamentales de la reforma y, la tercera sección, analiza algunas evidencias iniciales que se han recopilando en el proceso de implementación de la misma.

Antecedentes históricos relevantes del sistema de salud chileno

Perspectiva general

El sistema de salud chileno fue un componente de sucesivos esfuerzos del país por organizar un sistema de seguridad social desde las primeras décadas del siglo XX. Los hitos más relevantes en este periodo inicial fueron (Illanes, 1993; Jiménez y Bossert, 1995): i) la promulgación del Código Sanitario en 1918, en cual estableció responsabilidades públicas por la salubridad y programas de salud preventiva; ii) la Ley del seguro social, promulgada en 1924 y que aseguró cobertura de atención de salud para los obreros y sus cargas familiares; y, iii) la creación del Ministerio de Salud en 1924.

Algunos académicos explican estos tempranos desarrollos como una respuesta a las presiones de las asociaciones de trabajadores de la minería del salitre en el norte del país y la influencia de los modelos europeos de seguridad social sobre políticos de corte liberal y sobre la *intelligentsia* médico-sanitaria (Miranda, 1993; Illanes, 1993). Es importante destacar que los empleados no fueron incluidos como beneficiarios de la Ley de seguro social, lo que podría señalarse como un primer hito en la construcción de un sistema de salud segregado.

En 1938 se aprobó la Ley de medicina preventiva, lo que permitió iniciar programas de pesquisa para algunas enfermedades como tuberculosis,

sífilis y cáncer (Jiménez y Bossert, 1995). Si bien, tanto obreros como empleados fueron incluidos en los beneficios de la ley, estos últimos fueron autorizados a organizar su propio sistema de salud preventiva. Esto permitió que en 1942, se creara un servicio médico exclusivamente para empleados y que se llamó Servicio médico nacional de empleados (SERMENA) (Horwitz, *et al.*, 1995). Esto puede ser destacado como un segundo hito en la construcción de un sistema de salud segregado.

En el año 1952 se creó el Servicio nacional de salud (SNS). De manera similar a la creación del NHS (National Health Service) en 1948, el SNS chileno fue un esfuerzo de unificación de diferentes organizaciones de salud preexistentes en un único sistema centralmente organizado a nivel nacional (Jiménez y Bossert, 1995). Si bien, el SNS tuvo una vocación universal respecto de las acciones de prevención y promoción de la salud, las que estaban orientadas a toda la población chilena, también es cierto que los empleados no fueron incluidos como beneficiarios de las acciones de atención de salud. Esto es importante, pues aunque el SNS pasó a ser un paradigma mundial de sistema de salud integrado para los países en vías de desarrollo (Roemer, 1991), este arreglo sanitario no logró integrar a toda la población chilena. En efecto, el SNS excluyó a los empleados de los beneficios de atención de salud, lo que otorgó base para los arreglos que ocurren en la década siguiente por presiones de los sectores de clase media de la población chilena.

En 1968, se aprueba la Ley de medicina curativa, permitiéndose que el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), creado en 1942 como antes se señaló, pudiese otorgar no sólo prestaciones preventivas, sino que también prestaciones curativas a sus beneficiarios mediante un esquema de prestador preferido (Jiménez y Bossert, 1995). Este sistema se financió con contribuciones de los trabajadores, empleadores y gobierno. Mediante este arreglo, los beneficiarios de SERMENA podían elegir el prestador entre aquellos inscritos en la lista de SERMENA y recibir un subsidio por parte de esta institución a través de un mecanismo de *voucher*. A los prestadores se les pagaba mediante un mecanismo de pago por acto (*fee for service*).

En el mismo año 1968, se estableció la Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, la que permitió desarrollar un seguro orien-

tado a proteger a la población trabajadora contra riesgos específicos de salud asociados al ambiente de trabajo. En este caso, las primas debían ser pagadas sólo por lo empleadores, representando un 0,9 por ciento del total de remuneraciones. Para administrar este seguro se crearon compañías privadas, sin fines de lucro, organizadas por los empleadores y que se llamaron Mutuales de Seguridad (Jiménez y Gili, 1991).

Durante los años 1950 e incluso hasta los años 1970, la tendencia de las políticas de salud fue incrementar la participación pública en el sector salud, tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios, proceso que se ve interrumpido por el régimen militar que toma el poder en Chile en 1973. En el contexto de la dictadura militar, las políticas se orientan a incrementar la participación privada y disminuir la participación del Estado. El cuadro 1 resume los principales cambios ocurridos durante este periodo.

Adicionalmente, el gobierno militar impulsa una serie de medidas orientadas a favorecer la migración de beneficiarios desde el asegurador público (FONASA) a las ISAPRE. Entre estas medidas pueden mencionarse: aumento en el porcentaje de contribución para salud; creación, en el año 1985, de un fondo especial para pagar el subsidio maternal de las mujeres beneficiarias de ISAPRE; creación de un subsidio especial, equivalente a un 2 por ciento de la remuneraciones, para que los trabajadores de ingresos bajos pudieran optar a cambiarse de FONASA a una ISAPRE; disminución del aporte fiscal a salud, lo que llevó a un incremento en el gasto de bolsillo como co-pago (Miranda, 1993).

Después del restablecimiento de la democracia en 1990, las políticas de los sucesivos gobiernos democráticos han estado orientadas a fortalecer el sector público de la salud e incrementar la regulación sobre el sector privado (Jiménez, 1991, Massad, 1995).

Cuadro 1

Principales características de las reformas al sistema de salud chileno en el periodo 1979-1981

- El Servicio Nacional de Salud (SNS), de naturaleza centralizada, fue transformado en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por 28 servicios de salud de base geográfica y tres agencias nacionales, todas instituciones descentralizadas, autónomas, con patrimonio y personería jurídica propia.
- El nivel primario de atención se descentraliza, transfiriéndose la mayoría de los establecimientos a la administración municipal. Una pequeña proporción de establecimientos de nivel primario no se descentraliza y continúa dependiendo de los servicios de salud.
- Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como agencia nacional, de naturaleza pública, integrante del SNSS, encargado de administrar las contribuciones de los trabajadores para salud¹, así como la proporción del presupuesto nacional destinado a salud.
- Se crea un mercado para instituciones privadas que administran la contribución obligatoria para salud. Estas empresas, llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) han sido caracterizadas como *Health Maintenance Organizations* (HMO) (Miranda, *et. al.*, 1995). Las personas pueden optar por cambiarse desde FONASA a estas ISAPRE, pero pueden ser rechazadas por éstas debido a un nivel de ingreso insuficiente o por un alto nivel de riesgo de salud.

Fuentes: Oyarzo, 2000; MIDEPLAN, 2000; Arteaga, 1997.

Antecedentes generales de la organización y funcionamiento del sector salud en Chile

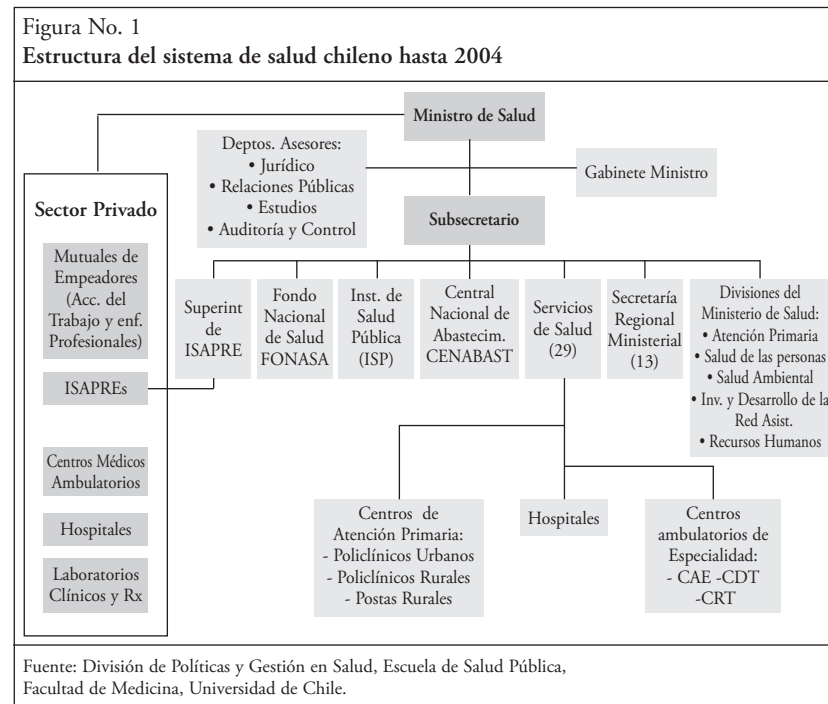
El sistema de salud chileno es un sistema mixto, es decir público-privado, tanto en el aseguramiento como en el financiamiento y la prestación de servicios. La figura 1 muestra la estructura del sistema de salud chileno hasta antes de la reforma iniciada el 1 de Enero de 2005.

El sector público corresponde al Sistema nacional de servicios de salud (SNSS) y está conformado por un conjunto de agencias de nivel nacional y servicios de salud de base geográfica. Las agencias corresponden a organismos autónomos: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Superintendencia de ISAPRE (SIPS) (que pasó a ser Superintendencia de Salud en

1 La recolección de las contribuciones de los trabajadores para salud no se hacían directamente por FONASA, sino que por una agencia del Ministerio de Hacienda, hasta 1999, año en que se aprueba un cambio legislativo que fortalece a FONASA como seguro público y recaudador de estas contribuciones.

la última reforma), Instituto de Salud Pública (ISP) y, Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST). Cada una de estas instituciones son entidades con autonomía y patrimonio propio.

FONASA es el administrador público del seguro de salud y, en el ejercicio de dicha función, recauda y gestiona los recursos financieros provistos por diferentes fuentes para los planes y programas establecidos por el nivel central del Ministerio de Salud (Quiroga, 2000). Al momento de su creación en 1979, FONASA absorbió las funciones de SERMENA, preservando la libertad de elección de prestador en una de sus modalidades de atención. La SIPS tenía por función supervigilar el mercado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), entidades privadas que administran la contribución obligatoria para salud. La reforma del año 2005 cambió el nombre de esta institución a Superintendencia de Salud, otorgándole también más atribuciones.



El Instituto de Salud Pública (ISP) se encarga de autorizar y controlar la producción, distribución y ventas de productos farmacéuticos. También actúa como laboratorio de referencia nacional, estableciendo el estándar de comparación para todos los demás laboratorios públicos y privados del país. La CENABAST es la entidad a cargo de proveer medicamentos e insumos quirúrgicos y de laboratorio para la red de prestadores públicos del SNSS. En el cumplimiento de esta tarea, CENABAST actúa como agencia intermediadora, comprando por encargo de las instituciones públicas mediante un sistema de bolsa electrónica, en la cual las compañías farmacéuticas van realizando sus ofertas de precios, generándose así una competencia que permite comprar a los precios más bajos.

Los servicios de salud corresponden a una red de hospitales y centros de nivel primario (consultorios o policlínicos y postas rurales) ubicados en una determinada zona geográfica. El máximo nivel directivo del servicio de salud es la dirección del servicio. Cada uno de los 29 servicios de salud es autónomo, con personería jurídica y patrimonio propio. La casi totalidad de los establecimientos de nivel primario dependen administrativamente de los municipios.

En cada región del país, al igual que para cada uno de los ministerios del gobierno central, existe un secretario regional ministerial de salud, quien representa al ministro de Salud en el gabinete del gobierno regional, que es encabezado por el Intendente regional, quien es el representante del Presidente de la República en la región.

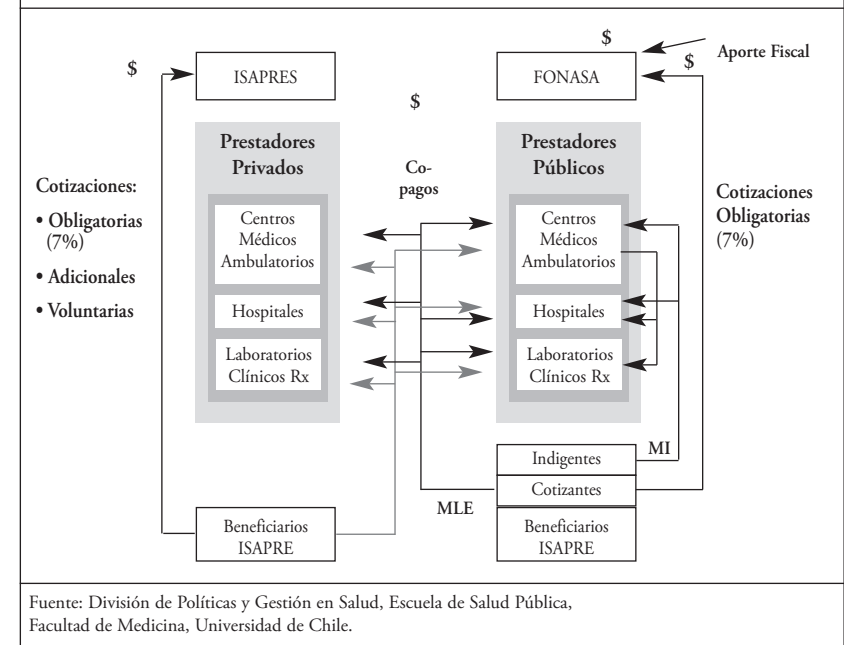
El sector privado de la salud en Chile considera aseguradores y prestadores. Los aseguradores corresponden a las ISAPRE (Institutos de salud provisional), instituciones privadas que administran la contribución obligatoria para salud (ver cuadro 1). Los prestadores privados ofrecen prestaciones de todos los niveles de complejidad: servicios de primer nivel de atención, exámenes ambulatorios de diagnóstico o tratamiento, atención hospitalaria. Aproximadamente un tercio de las camas hospitalarias en Chile son de prestadores privados.

La figura 2 muestra los flujos de dinero y de personas en el sistema de salud chileno. El financiamiento del sistema de salud chileno tiene varias fuentes. Los impuestos generales financian el presupuesto del sector público de salud en el presupuesto de la Nación de cada año; los gobiernos

municipales destinan parte de sus respectivos presupuestos a financiar parcialmente los establecimiento de salud a su cargo; las personas contribuyen al financiamiento mediante pre-pagos (contribución obligatoria para salud) y co-pagos (pagos al momento de la atención). FONASA, como asegurador público, se financia con la contribución del 7 por ciento del salario de cada uno de sus afiliados y además con el aporte fiscal establecido en el presupuesto de la Nación. Las ISAPRE sólo reciben las contribuciones de sus afiliados (7 por ciento obligatorio más contribuciones adicionales de acuerdo a riesgos individuales). FONASA y las ISAPRE cubren aproximadamente el 85 por ciento de la población; el resto es cubierto por otros tipos de arreglos: fuerzas armadas, universidades, seguros privados propiamente tal, etc. Sólo alrededor del 18 por ciento de la población está cubierta por ISAPRE, de modo que FONASA corresponde al principal arreglo de seguro de salud en Chile.

La atención de salud es gratuita al momento de uso en establecimientos públicos de nivel primario para todos los beneficiarios de FONASA, en tanto que en hospitales públicos el co-pago máximo alcanza un 20 por ciento del costo de las prestaciones para los beneficiarios de más altos ingresos. Los beneficiarios de FONASA se clasifican en cuatro grupos, de acuerdo a sus niveles de ingresos (grupo A de indigentes, sin ingresos; grupo D contribuyentes con los ingresos más altos, pero igualmente inferiores al ingreso de los beneficiarios de ISAPRE).

Figura 2
Fuentes, flujos y de atención y de recursos en el sistema de salud chileno



En FONASA co-existen dos tipos de esquemas. Por una parte, la Modalidad de atención institucional (MAI), en virtud de la cual los beneficiarios sólo pueden acceder a prestadores públicos sin posibilidad de elegir prestador. Todo beneficiario de FONASA, contribuyente o no, puede usar la MAI, para lo cual debe registrarse en un establecimiento de nivel primario, desde el cual es referido a prestadores hospitalarios si es que el problema de salud lo amerita. Por otra parte existe también la Modalidad de libre elección (MLE), en virtud de la cual los beneficiarios pueden elegir el prestador de su preferencia de una lista de prestadores públicos y privados inscritos que han hecho contrato con FONASA y recibir un subsidio (*voucher*), que es el mismo para cualquier nivel de precio del prestador. Sólo los beneficiarios contribuyentes tienen acceso a la MLE; la población indigente sólo tiene acceso a la MAI, sin libertad de elección.

La actual reforma del sistema de salud chileno

En términos formales, el conjunto de leyes que sustentan la actual reforma del sistema de salud chileno fueron presentadas al parlamento en 2002 y sólo han entrado en vigencia en los últimos dos años. Sin embargo, durante la década de los años 90 se desarrollaron varias iniciativas que son importantes precedentes para el cambio estructural contemplado en la actual reforma. Entre estas iniciativas se pueden mencionar: aumento del gasto en salud cercano a 200 por ciento entre 1990 y 2000 (MIDEPLAN, 2000); separación de funciones fortaleciendo a FONASA como el comprador de prestaciones para los establecimientos de nivel primario y hospitales (Oyarzo y Galleguillos, 1995); aumento de la rendición de responsabilidades (*accountability*) mediante el desarrollo de compromisos de gestión² (Lenz y Fresard, 1995); modernización de la gestión de recursos humanos modificando el marco jurídico que regula las relaciones laborales en las instituciones de salud (Quiroga, 2000); aumento de la opciones de elección para el usuario al incorporar en 1995 un mecanismo de financiamiento del nivel primario en base a un per cápita de acuerdo al número de personas inscritas en el establecimiento (Duarte, 1995; Bossert *et al.*, 2003); fortalecimiento de la regulación sobre el sector privado, siendo el hito más relevante la creación en 1990 de la Superintendencia de ISAPRE (Ferreiro, 2000).

Durante los años 1990 el sistema de salud chileno fue criticado a nivel internacional por su falta de equidad (Hsiao 1995; Reichard, 1996; López, 1997), expresado en que, brindando cobertura a sólo un cuarto de la población, las ISAPRE concentraban un 43,4 por ciento del gasto total en salud en 1991 (Miranda *et al.*, 1995) y un 37,3 por ciento en 1998 (Superintendencia de ISAPRE, 2000). El mercado de las ISAPRE ha sido, además, criticado por la existencia de monopolios, heterogeneidad del producto y dificultades de acceso al mercado (Miranda *et al.*, 1995). Por otra parte, respecto al asegurador público, se ha señalado que personas

2 Compromisos de gestión son equivalentes a un contrato entre dos partes (ej. nivel central del Ministerio de Salud y Dirección de un Servicio de Salud), en el cual se especifican objetivos y metas a alcanzar en un determinado periodo en el contexto de la restricción de los recursos que también se especifican en el compromiso.

que no son afiliados de FONASA obtienen beneficios netos de esta institución en una clara expresión de drenaje de subsidios gubernamentales (Bitrán *et al.*, 2000).

En este contexto, el gobierno elegido en 2000 prometió una reforma del sistema de salud con el propósito de mejorar la solidaridad y la equidad y cuyos objetivos fueron explicitados en los siguientes términos (MINSEGPRES, 2007):

- Integrar sanitariamente los sectores público y privado.
- Definir garantías explícitas y exigibles para los ciudadanos.
- Mejorar los modelos de atención y gestión del sistema de salud.
- Establecer mayor solidaridad.
- Regulación única tanto para el aseguramiento como para la prestación.

Los ejes fundamentales de la reforma de salud establecidos en las leyes aprobadas por el Parlamento son dos: i) establecer un Plan de acceso universal con garantías explícitas (Ley 19.966 de régimen general de garantías en salud) y, ii) fortalecer la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional, a la vez que generar condiciones administrativas para una gestión más flexible a nivel hospitalario, en el contexto de una separación de funciones entre entidades reguladoras y prestadoras de servicios de salud (Ley 19.937 de autoridad sanitaria y hospitales autogestionados en red).

El Régimen de garantías en salud (GES³) establece cuatro garantías (acceso, oportunidad, calidad y protección financiera) para un conjunto de problemas de salud⁴.

Estos, fueron inicialmente cincuenta y seis (ver cuadro 2) y en el actual gobierno (2006-2010) se ha prometido aumentar en número hasta ochenta (Bachelet, 2005).

3 El nombre original de la propuesta fue Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), pero el tratamiento legislativo del proyecto lo modificó a Régimen GES (Garantías Explícitas en Salud) o simplemente GES.

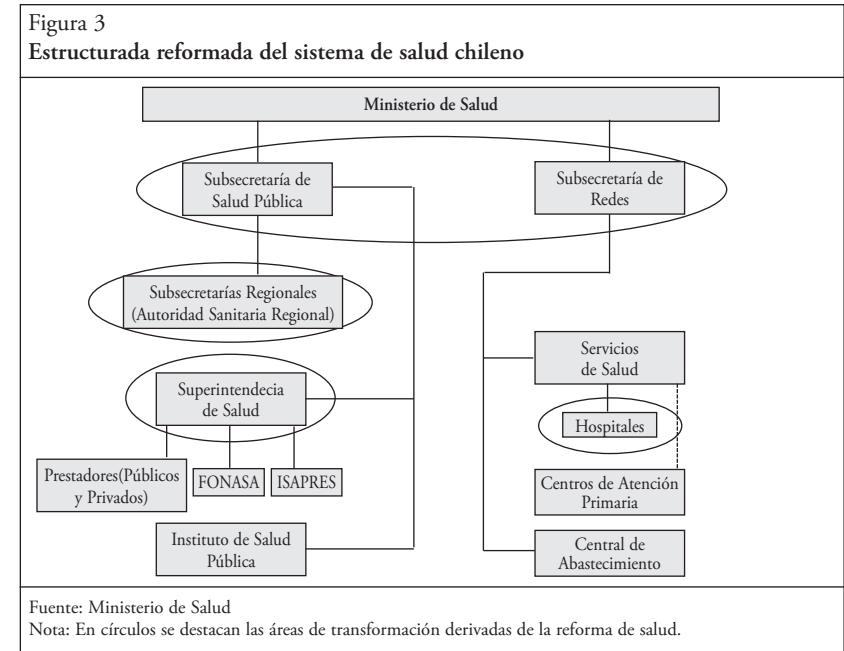
4 De las cuatro garantías, la única que aún no entraba en aplicación al momento de preparar el presente artículo es la garantía de calidad.

Cuadro 2 Problemas de salud considerados en Régimen GES	
1. Atención del parto con analgesia	29. Hipoacusia
2. Todos los cánceres infantiles	30. Hiperplasia benigna de la próstata
3. Cáncer cervicouterino	31. Neumonías en el adulto mayor
4. Cáncer de mama	32. Ortesis adulto mayor (bastones, silla de rueda, otros)
5. Leucemia (adultos)	33. Hemofilia
6. Linfoma (adultos)	34. Fibrosis quística
7. Cáncer de testículo	35. Escoliosis
8. Cáncer de próstata	36. Depresión
9. Cáncer gástrico	37. Dependencia al alcohol y drogas
10. Cáncer de vesícula y vías biliares	38. Psicosis (trastornos psiquiátricos severos)
11. Cánceres terminales (cuidados paliativos)	39. Asma bronquial
12. Enfermedad isquémica (infarto miocardio)	40. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
13. Trastornos de conducción	41. Hipertensión arterial
14. Cardiopatía congénita operable	42. Accidente vascular encefálico
15. Defectos del tubo neural	43. Diabetes Mellitus Tipo I y II
16. Labio leporino y fisura palatina	44. Prematurez
17. Insuficiencia renal crónica	45. Retinopatía del prematuro
18. VIH / Sida	46. Dificultad Respiratoria del recién nacido
19. Cataratas	47. Accidentes que requieren UTI
20. Gran quemado	48. Artritis reumatoidea
21. Politraumatizado con y sin lesión medular	49. Artrosis
22. Hernia núcleo pulposo	50. Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil)
23. Tumores y quistes SNC	51. Trauma ocular
24. Aneurismas	52. Desprendimiento de retina
25. Retinopatía diabética	53. Estrabismo (menores de nueve años)
26. Vicios de refracción	54. IRA (menores de 15 años)
27. Pérdida de dientes en el adulto mayor	55. Salud oral integral
28. Cirugía que requiere prótesis	56. Urgencias odontológicas

Fuente: Ministerio de Salud. <http://www.minsal.cl/> Visitado el 16 de Septiembre de 2003.

En el segundo eje, es decir fortalecimiento de la autoridad sanitaria y hospitales autogestionados en red, la implementación de la Ley 19.937 se inició el 1 de Enero de 2005. El nuevo marco legal genera varias transfor-

maciones en diferentes niveles la organización del sistema de salud chileno (ver figura 3).



Para efectos del presente trabajo, sólo se destacan los cambios más relevantes:

- División de la pre-existente subsecretaría de Salud en dos subsecretarías: una subsecretaría de Salud Pública y una subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Transformación de la anterior Superintendencia de ISAPRE en Superintendencia de Salud, con atribuciones para supervigilar no sólo a las ISAPRE sino que también a FONASA y a los prestadores públicos y privados de salud.

- Reconocimiento de las secretarías regionales ministeriales de salud como autoridad sanitaria Regional, transfiriéndoles a éstas un conjunto de atribuciones que antes correspondían a las direcciones de servicios de salud, así como los recursos para el desempeño de dichas funciones.
- Establecimiento de régimen de hospitales autogestionados en red, a través de la desconcentración de atribuciones para la gestión de recursos humanos y financieros desde las direcciones de salud hacia las direcciones de hospitales.

Análisis de la implementación de la reforma

La historia de las reformas al sector salud desarrolladas en diversos países en las últimas décadas ha dejado como enseñanza que el tránsito desde el diseño de políticas públicas hasta la implementación de los cambios que ellas implican es generalmente más largo y difícil que lo que imaginan quienes han diseñado las políticas (Walt y Gilson, 1994; OMS Euro, 1997).

Antes de comentar algunos antecedentes de evaluaciones específicas de la reforma chilena, conviene destacar algunos aspectos del proceso. En primer lugar, para poder establecer algoritmos y protocolos de atención para los problemas contemplados en el régimen GES, la autoridad de salud encargó estudios para acopiar la mejor evidencia sobre efectividad y costo de las intervenciones consideradas en GES. Valorando el enfoque de incorporar la evidencia en la construcción de políticas, debe señalarse que este esfuerzo mostró que la evidencia actualmente disponible en las bases de datos de los centros internacionales dedicados a este tema es menor que lo que habitualmente se cree. En este sentido, al momento de tomar decisiones, el diseño del eje del plan garantizado considerado en la reforma chilena tuvo un nivel de incertidumbre más alto que lo que seguramente se imaginaron los diseñadores.

Una segunda dimensión, relacionada con lo anterior, es que el análisis de la evidencia muestra que a nivel internacional existen numerosos protocolos o guías de manejo clínico que están disponibles para muchos problemas de salud, pero que éstos no son respetados por los profesionales

que deben llevarlos a la práctica. Una manera de facilitar el cumplimiento de los protocolos y guías es que los profesionales que deberán aplicar dichos protocolos hayan sido parte del proceso de construcción de los mismos. En el caso chileno, las sociedades médico-científicas son críticas respecto a la escasa participación que habrían tenido en el proceso (Arteaga, 2003).

La implementación de GES se empezó a hacer en forma gradual, partiendo con algunos problemas en modalidad de planes piloto en 2004. Evaluaciones no sistemáticas de estas experiencias destacaron efectos positivos para algunos de los problemas priorizados (cáncer infantil y terapia anti SIDA), mientras otras destacaron aspectos negativos como incremento en las listas de espera de pacientes con algunos otros problemas considerados en GES (insuficiencia renal crónica, por ejemplo) o con problemas no considerados en GES (Arteaga, 2003).

Respecto al eje de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el cambio más dramático ocurre a nivel de las Secretarías regionales ministeriales de salud (SEREMI de Salud), las que se transforman en una organización completamente distinta a la pre-existente, aunque mantienen su nombre. Las trece SEREMI incrementaron sus responsabilidades y recursos, creciendo alrededor de 10 veces en el número de funcionarios, con el mismo equipo de apoyo administrativo pre-existente. Los procedimientos administrativos fueron tardíos lo que generó innecesaria y evitable confusión y malestar. A modo de ejemplo, el traspaso de atribuciones y recursos para las nuevas SEREMI se hace el 1 de enero de 2005, de acuerdo con la ley; sin embargo, el decreto presidencial que establece el traspaso de los funcionarios desde los servicios de salud a las respectivas SEREMI sólo se termina de preparar y publica con un retraso de aproximadamente seis meses.

Aunque aún insuficientes, empiezan a acumularse evidencias sobre evaluación de aspectos específicos de la reforma de salud en Chile. Algunos de estos antecedentes son positivos respecto al acceso de ciertos grupos de pacientes a problemas considerados en GES. (Campos *et al.*, 2007), en un estudio que busca evaluar el cambio en el manejo intrahospitalario de 3 536 pacientes con infarto agudo al miocardio en un grupo de hospitales públicos chilenos, después de instaurado el Régimen GES,

concluyen que la instauración de GES para el infarto agudo del miocardio ha tenido un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por esta enfermedad. Los autores atribuyen este positivo impacto a la optimización de las terapias farmacológicas, al aumento en el empleo de medicamentos trombolíticos y al mayor acceso de los pacientes a los estudios y procedimientos invasivos de tipo terapéutico (Campos *et al.*, 2007).

Hay también evaluaciones críticas. En un estudio que busca determinar el grado de cumplimiento de las Garantías explícitas en salud para el problema de hipertensión arterial en un centro de salud de nivel primario de la región metropolitana (Ramírez, 2007), encuentra que el cumplimiento de garantías de acceso y oportunidad sólo alcanza alrededor de un 50 por ciento. En el mismo sentido, una auditoría realizada en 2007 por la Contraloría General de la República, órgano fiscalizador de las instituciones públicas en Chile, reporta información consistente con los hallazgos de Ramírez. Esta auditoría contempló treinta y dos establecimientos de salud de nueve regiones del país, en los cuales se hizo un seguimiento de las interconsultas emitidas desde el 1 de enero de 2005 hasta el 30 de junio de 2006 para una muestra de ocho patologías (cataratas, artrosis de caderas, escoliosis, insuficiencia renal crónica terminal, cáncer de mamas, alivio del dolor por cáncer avanzado, esquizofrenia y coleditiasis).

Entre las conclusiones más relevantes de este reporte se pueden destacar: el sistema de información de gestión de las garantías explícitas en salud (SIGGES) no es confiable, pues omite o distorsiona datos ingresados a nivel de los establecimientos de salud, situación que ha obligado a habilitar registros paralelos en dichos establecimientos con el fin de poder demostrar ante el organismo financiador (FONASA) que las prestaciones han sido efectuadas; en siete de las patologías examinadas se constata incumplimientos de garantías, lo que se atribuye a un deficiente sistema de control y seguimiento de los pacientes; el incumplimiento de garantías se concentra en la etapa de diagnóstico, constatándose que para siete de las patologías examinadas existe un número importante de pacientes con plazos vencido (Contraloría General de la República de Chile, 2007).

En relación con el eje de fortalecimiento de la autoridad sanitaria regional, en un estudio cualitativo desarrollado en base a entrevistas semi-estructuradas en profundidad a profesionales de varias SEREMI de salud

del país, Arteaga y Muñoz (2007) reportan: el proceso de cambio en la SEREMI no ha tenido un debido acompañamiento por parte del nivel central del Ministerio de Salud, nivel respecto del cual se reclama falta de conducción e improvisación; las SEREMI empiezan a perfilarse como actores investidos con mayor poder, lo que les permite convocar e interlocutar con otros actores relevantes de la región, ofreciendo potencial para insertar las políticas de salud en un contexto más amplio de políticas de desarrollo regional; no se logra percibir que entre los actores entrevistados exista una adecuada conceptualización de las diferentes funciones de la SEREMI de salud y que dicen relación con desarrollo y adecuación de políticas para la región, regulación y fiscalización.

En un intento de balance respecto al actual proceso de reforma sectorial de salud en Chile, puede señalarse:

- La actual reforma del sector salud en Chile pone el acento en el ciudadano como sujeto de derechos. En efecto, situar a los usuarios de los servicios de salud como centro de la reforma, intentando aumentar el poder ciudadano para favorecer un mayor control social, es un esfuerzo de la mayor relevancia.
- Con la reforma de salud se establece un cambio en las políticas de seguridad social al establecer mínimos garantizables, lo que se ha extendido a una política de protección social más allá de salud por parte de actual gobierno, marcando así un cambio con políticas basadas en un estado asistencialista.
- El régimen GES obliga a las ISAPRE a entregar el plan garantizado sin discriminación de precios y, en ese sentido, los derechos de los ciudadanos estarán mejor protegidos que en la situación previa. Sin embargo, las prestaciones GES son marginales en funcionamiento global de las ISAPRE y, por lo mismo, el cambio es aún insuficiente para cambiar la lógica de seguro individual con que seguirán operando dichas instituciones.

- El complejo diseño de explicitación de garantías de salud por el cual se optó en Chile, sólo permitirá que, en el mediano plazo cuando GES se encuentre operando completamente y las personas enfrenten la experiencia cotidiana de ser incluidos o excluidos en los beneficios del plan, se pueda conocer el grado de tolerancia de la sociedad chilena a este diseño. No puede descartarse que la tolerancia a las exclusiones sea baja si es que las concepciones fundacionales de la seguridad social europea, con que organizó el sector salud chileno, siguen presentes en la sociedad chilena.
- La complejidad del diseño de reforma de salud de Chile ha significado dificultades adicionales para la implementación, lo que era previsible, particularmente respecto al sistema de información requerido para el control y seguimiento del cumplimiento de las garantías.
- Hay evidencias de algunos logros y también de problemas. Aunque, en rigor, la reforma no termina de implementarse, hay evidencias que destacan aspectos positivos y otros negativos de la reforma de salud en Chile. Con estos antecedentes aún no es posible hacer un balance global y comprehensivo de los resultados e impactos de la reforma de salud y, en consecuencia, es necesario seguir monitoreando los cambios

Para finalizar, podría afirmarse que los antecedentes sobre la implementación de la actual reforma de salud de Chile son aún insuficientes, pero algunos de ellos orientan a pensar que este caso no sería una excepción a lo señalado respecto al difícil tránsito que existe entre el diseño y la implementación de políticas públicas. Si la voluntad política es aumentar la viabilidad de la reforma de salud en Chile, el esfuerzo debiera orientarse a simplificar el diseño de la misma, sin abandonar lo sustantivo de ella, que es situar al ciudadano con reconocimiento de sus derechos en el centro del esfuerzo de las políticas públicas.

El giro chileno hacia recuperar una concepción de la seguridad social en sintonía con aquella que existe en países desarrollados es tímido, perdiéndose una valiosa oportunidad de recuperar la naturaleza original de

un seguro de salud como solución colectiva y solidaria a los problemas de salud. Dicho de otro modo, la actual reforma no logra reestructurar la seguridad social chilena hasta el grado en que exista un solo sistema de seguridad social en salud en el cual FONASA y las ISAPRE actúen en igualdad de condiciones.

Bibliografía

- Arteaga, Oscar (1997). "Reforming the Chilean Health Care System". *Eurohealth* 3 (3): 26-28.
- _____ (2003). *El Plan AUGE y la reforma de salud: todo un cambio cultural*. Anuario de la Universidad de Chile 2003-2004, 94-104
- Arteaga, O., Muñoz, E. (2007). "Autoridad sanitaria regional: ¿En qué va la reforma tras 2 años de implementación". En *Foco* No. 109. Pag 1-9. Fundación Expansiva.
- Bachelet, M. (2005). "Estoy Contigo". Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2006-2010.
- <http://www.anuariocdh.uchile.cl/anuario2/doctos/15ProgramaBachellet-completo.pdf>. Visitado el 27 Noviembre 2007.
- Bitran, R., Muñoz, J., Aguad, P., Navarrete, M., Ubilla, G. (2000). "Equity in the financing of social security for health in Chile". *Health Policy*. 50(3): 171-196.
- Bossert, T.J., Larrañaga, O. Giedion, U. Arbalaez, J.J., Bowser, D. (2003). "Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile". *Bull World Health Organ*. 81(2):95-100
- Campos, P., Nazzari, C., Sanhueza, P., Corbalán, R., Bartolucci, J., Lanasa, E., Prieto, J.C. (2007). "Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con SDST en hospitales chilenos". Resumen trabajo presentado en el XLIV Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Viña del Mar, 2-5 Diciembre.
- Contraloría General de la República de Chile (2007). Informe Final Consolidado Garantías Explícitas de Salud. Agosto 2007. Informes Finales Area Salud, Agricultura, Medio Ambiente. Visitado en 17 Enero 2008. Disponible en sitio web:

- http://www.contraloria.cl/cgrweb/Portal/appmanager/portalCgr/portal?_nfpb=true&_pageLabel=B92001
- Duarte, D. (1995). "Asignación de recursos per cápita en la atención primaria: la experiencia chilena". Documento de Trabajo No. 8/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- Ferreiro, A. (2000). *El rol de las superintendencias de seguros de salud: la experiencia de Chile, Argentina y Perú*. Trabajo presentado en Seminario Internacional Nuevas Tendencias en la Regulación del Financiamiento y Aseguramiento de Salud. OPS/OMS 16-18 Enero. Santiago de Chile.
- Horwitz, N., Bedregal, P., Padilla, C., Lamadrid, S. (1995). *Salud y Estado en Chile*. Serie Publicaciones Científicas, OPS-Chile. Santiago de Chile: OPS.
- Hsiao, W.C. (1995). "Abnormal Economics in the Health Sector". En: Berman P. (ed.). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press.
- Illanes, M.A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y la ciencia: historia social de la salud pública en Chile*. Colectivo de Atención Primaria (eds.). Santiago de Chile: La Unión.
- Jiménez, J. (1991). "Programa de salud de la concertación de partidos por la democracia". En: Jiménez, J. (ed.). *Sistema de salud en transición a la democracia*. Santiago de Chile: Aborada S.A.
- Jiménez, J., Bossert T.J. (1995). "Chile's Health Sector Reform: Lessons from Four Reform Periods". En: Berman, P. (ed.) *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press.
- Jiménez, J., Gili, M. (1991). "Subsistema mutuales de seguridad". en: Jiménez, J. (ed). *Sistema de salud en transición a la democracia*. Santiago de Chile: Alborada S.A.
- Lenz, R., Fresard, C. (1995). "Compromisos de gestión: algunos aspectos conceptuales y empíricos". Documento de Trabajo No. 14/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- López, J. (1997). "Latin American Health Care Reforms at the Crossroads: An introduction". *Eurohealth* 3; (3): 21-23.

- Massad, C. (1995). "Principios orientadores para la reforma de la salud". Documento de Trabajo No. 15/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- MIDEPLAN (2000). *Propuesta de políticas para la seguridad social en Chile: componente Salud*. Unidad de Estudios Prospectivos, Ministerio de Planificación y Coordinación. Santiago de Chile: MIDEPLAN.
- Mills, A., Bennett, S. y Russell, S. (2001). *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Hampshire, New York: Anthony Rowe Ltd.
- MINSEGPRES (2007). Reforma de Salud. Gobierno de Chile, Ministerio Secretaría General de la Presidencia. <http://www.modernizacion.cl/1350/propertyvalue-23007.html>. Visitado en 29 noviembre de 2007.
- Miranda, E. (1993). "Aporte de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) a la seguridad Social". En: Solimano, G. (ed.). *Propuestas para el rediseño del sistema de salud: cuatro temas básicos*. Santiago de Chile: CORSAPS.
- Miranda, E., Scarpaci, J.L., Irarrázabal, I. (1995). "A decade of HMOs in Chile: market behaviour, consumer choice and the state". *Health and Place* (1): 51-59.
- OMS Euro (1997). *European Health Care Reform: Analysis of current strategies*. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO regional publications. Europe series; No. 72. Copenhagen: WHO.
- Oyarzo, C. (2000). "La descentralización financiera en Chile en la década de los noventa". *Revista Panamericana de Salud Pública*; 8(1/2): 72-82.
- Oyarzo, C., Galleguillos, S. (1995). "Hacia la creación de un seguro solidario en salud. La agenda de reforma del FONASA". Documento de Trabajo No. 13/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- Quiroga, R. (2000). *Regulación de recursos humanos de salud en Chile*. División de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ramírez, F. (2007). "Evaluación del cumplimiento del Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud, en el caso de hipertensión arterial prima-

- ria o esencial en personas de 15 años y más, en el Centro de Salud San Rafael de la comuna de La Pintana y Red Asistencial que le corresponde”. Tesis para optar al Grado de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Noviembre de 2007. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Reichard, S. (1996). “Ideology drives health care reforms in Chile”. *Journal of Public Health and Policy*; 17 (1): 80-98.
- Roemer, M.I (1991). *National Health Systems of the World*. Volume I The Countries. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Walt, G., Gilson, L. (1994). “Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis”. *Health Policy and Planning*; 9 (4): 353-70.