

La CUS no es un invento argentino

Consecuencias de su implementación en otros países de América latina (Chile - parte 3)

Dr. Daniel Esteban Manoukian¹

Distintos puntos de partida . . .

El caso chileno con el **Plan AUGE** (actualmente GES), creado durante el gobierno de Ricardo Lagos hace más de una década, es un caso interesante no solo para analizar en forma aislada, sino comparando los puntos desde los cuales se partía a la hora de pergeñar reformas sanitarias en los países de la región y verificar puntos en común con los procesos de reformas sanitarias que abordamos en estos tres artículos.

Al presentar el nuevo plan el entonces mandatario nacional declaró: *"hemos logrado un hecho inédito: esta legislación hace que la salud sea un derecho exigible para los chilenos y chilenas"*. Durante el acto de presentación oficial del plan, en abril de 2005, al que asistieron la señora Luisa Durán de Lagos y el Ministro de Salud, Pedro García, entre otros secretarios de Estado, parlamentarios y autoridades, el Jefe de Estado expuso que la nueva legislación aseguraba a cada usuario su atención en plazos definidos, con calidad y protección financiera. Dijo Lagos: *"Se establecen **garantías explícitas**, en donde se señala claramente cuáles son los compromisos que adquiere el Estado, la sociedad chilena, acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Y si estos compromisos no se cumplen, pueden ser exigidos. Esto es lo importante: **nunca más queremos que exista el temor a la enfermedad, porque no sabemos si nos van a atender y si nos atienden, no sabemos cómo podemos pagar"***.

Esta última frase marcaba claramente desde donde partía Chile en la necesidad de reformar su sistema de salud. Lisa y sencillamente, desde un estadio de exclusión de grandes mayorías al acceso a servicios de salud, aún para situaciones de enfermedad de poca complejidad. Es decir, en Chile enfermar, significaba ingresar en un laberinto de incertidumbres y angustias, tal lo expresado por el presidente de la nación.

Un plan que fue un AUGE para Chile ...

¹ Médico generalista, Hospital Zonal Chos Malal.

Auge significa "crecimiento o desarrollo notables y progresivos de algo, en especial de un proceso o una actividad". En efecto, el **Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE)**, actualmente identificado con la sigla **GES** (por garantías explícitas en salud) entró en vigencia a partir de abril de 2005 y fue un gran avance para un país unitario, que pese a esa supuesta ventaja relativa, según la cual desde un único punto se deciden políticas para toda la nación, no solamente no se garantizaban mínimos en salud para todo el país, sino que además mostraba importantes brechas entre las diferentes regiones, tal como documentan investigadores chilenos que estudiaron diferencias significativas en indicadores sanitarios tales como expectativa de vida al nacer y mortalidad infantil.

El plan establece una serie de atenciones prioritarias, referidas a un determinado número de patologías. Comenzó con un listado de 25 patologías, al año siguiente se sumaron 15 más y actualmente el listado incluye 80 patologías garantizadas.ⁱ De conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966 y al Decreto Supremo N° 3 de 2016, que aprueba las garantías GES desde el 1 de Julio de 2016, para cada una de ellas está establecido un protocolo de actuación que determina consultas, prácticas diagnósticas e intervenciones terapéuticas incluidas medicamentos y otras acciones.

Entrevistado por el Diario El Mercurio diez años después, en 2015 Ricardo Lagos señaló con una mirada retrospectiva que *"el plan AUGE, como todos sabemos, implicaba un gran cambio: que **el concepto de derecho pasa a ser modificado por el de garantía. Vale decir, el Estado garantiza, no el Estado reconoce el derecho; garantiza el acceso a la salud en ciertas circunstancias. Y esa garantía es un cambio focal muy importante. Por eso hablamos que las garantías, que se referían a un máximo de 56 patologías, se implementaron gradualmente. Aspirábamos a que se pudieran aumentar las patologías en la medida en que el país iba creciendo. Con todo, esas 56 patologías, hoy son 80, dan cuenta más o menos del 70% de lo que son las atenciones hospitalarias en Chile. Y dan cuenta de que se han atendido 23 millones de casos, y no digo personas porque puede que una persona haya tenido varias garantías"***.

En esa respuesta aparecen algunas de las claves que a modo de crítica, pero reivindicando la propuesta básica, al comparar la situación actual con la anterior a la reforma, esbozan algunos investigadores trasandinos.

El Plan AUGE en pocas líneas

De las garantías explícitas. De acuerdo a la definición oficial El Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (**AUGE**), también conocido como Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (**GES**), es un programa integral de salud que prioriza un grupo de **80 patologías o problemas de salud**, y garantiza en todas ellas el acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financieraⁱⁱ.

Las garantías que otorga obligan al Fondo Nacional de Salud (**FONASA**) y a las Instituciones de Salud Previsional (**ISAPRE**) a otorgar atención de salud para esos 80 problemas de salud. El FONASA es ente financiero público encargado de recaudar,

administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud y las ISAPRE son empresas privadas de protección contra los riesgos para la salud, que administran la cotización obligatoria de los asalariados de asegurar las prestaciones de salud con el 7% de los ingresos imposables. La afiliación las ISAPRE es individual y voluntaria.

Las garantías exigibles refieren a:

- **Acceso:** Derecho por ley a la prestación de salud según el protocolo establecido para cada una.
- **Oportunidad:** Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones.
- **Protección financiera:** La persona beneficiaria cancelará un porcentaje de la atención (co-pago) que se fija de acuerdo a la categoría de beneficiario: afiliados a FONASA A y B: 0%; afiliados C: 10%; afiliados D: 20% y afiliados a ISAPRE: 20%.
- **Calidad:** Otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado por la Superintendencia de Salud.

Canasta básica. Desde un punto de vista socio-político, el AUGE **restringe la demanda de atención a un grupo de afecciones**, y por tanto, a un determinado número de pacientes, vulnerando así el derecho a la salud integral de toda la población, lo que forma parte del principio del bien común. Este hecho constituye un atentado ético a los principios de solidaridad y equidad.

Sobre las patologías incluidas en el plan. Actualmente son 80, en varias patologías existen segmentaciones por edad, sexo, gravedad del episodio, especialmente en urgencias (infarto del miocardio), enfermedades con pronóstico serio (SIDA) y con significativa repercusión social, como dependencia alcohólica, consumo de drogas, salud dental en embarazadas y otras. Estas segmentaciones atentan contra la integralidad de la atención de salud.

La mayoría de las patologías incluidas en el AUGE, segmentadas o no, quedan supeditadas a normas y protocolos de diagnóstico o tratamiento, que son al menos discutibles, según las observaciones de Román y Muñoz ya referenciadas. Tales protocolos exhiben variaciones y aspectos controversiales según sean los expertos consultados y el momento en que se deben cumplir.

La atención integral de salud no debiera definirse exclusivamente por el peligro de mortalidad, sino por las complicaciones e incapacidades de larga evolución que determinan muchas patologías, que se denominan crónicas o invalidantes. Además, por sus frecuentes reagudizaciones (enfermedades pulmonares crónicas obstructivas, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes, etc.), determinan un considerable aumento de la demanda de atención.

Como en varias de ellas se establece un corte vertical en la atención garantizada, la fase aguda puede ser incluida, pero las etapas ulteriores escapan de la atención comprometida por la Ley. Por ello, pueden quedar marginadas algunas de las variadas

complicaciones que sufren las afecciones crónicas y que muchas veces requieren intervenciones quirúrgicas o tratamientos complejos.

Además, en estas enfermedades crónicas, en su fase inicial asintomática, pero con reconocidos factores de riesgo, es preciso realizar **prevención y promoción, acciones que el AUGE no considera** quedando hipotéticamente a cargo del sector público sin financiamiento específico dentro del plan.

Un aspecto cuantitativo a considerar es la proporción de atenciones que incluye en relación al total de atenciones en un determinado lapso de tiempo. Se estima tal proporción en 48%. **Las afecciones no AUGE, que constituyen 52% restante**, aunque se mantienen en el sistema general de salud, pueden sufrir postergaciones en su atención, tanto en el acceso como en el tiempo necesario para realizar un diagnóstico e instituir la terapia adecuada y tampoco en cuanto a un adecuado sostén financiero.

Sobre el financiamiento y la transferencia al sector privado. En relación al financiamiento, la atención garantizada en un sistema público que presenta importantes falencias y limitaciones, obliga a recurrir frecuentemente a la ayuda del sector privado. De esta forma se favorece, en forma encubierta, la capitalización del sistema privado, pues el Estado, por imperio de la ley, además de financiar gran parte de la atención del sector público, debe cubrir las atenciones garantizadas que exceden su oferta.

La idea inicial de la reforma de considerar afecciones de alta mortalidad y costo (catastróficas) se desdibuja al incluir otras patologías de menor letalidad pero más prevalentes. Ello puede ser adecuado siempre que se hubiera potenciado el rol de la prevención primaria. Al dar énfasis a la atención de patologías de mal pronóstico, realizando una prevención terciaria, se pretende sólo evitar la muerte y no prevenir la enfermedad.

Políticas curativas vs. Conductas anticipatorias. Epidemiológicamente, el avance de la Medicina ha hecho variar el enfoque desde "enfermedades de personas" a enfermedades o "patologías colectivas poblacionales", como ha sucedido con la patología geriátrica, la inmunodepresión, la resistencia física, las afecciones por estrés, vacunación, violencia intrafamiliar, drogadicción etc. Por tanto, existe un nuevo paradigma que acompañará al siglo XXI cuyo objetivo fundamental será mejorar y prolongar la "vida sana". Ello implica disponer de una serie de otros recursos administrativos, de gestión y de recursos humanos, necesarios para modificar conductas de la población. Es necesario, por tanto, impulsar una nueva política de salud de tipo anticipativo del daño, de manera que no quede restringida al manejo de las enfermedades ya declaradas, lo que puede ser considerado como un fracaso. El AUGE no ha considerado este aspecto esencial para el futuro de la medicina, pues es el único que, al parecer, permitirá reducir la mortalidad de la población mundial y nacional.

El sector público sobrepasado. Analistas chilenos coinciden en que el estrés que significa para los hospitales y consultorios públicos atender alrededor del 70% de su carga asistencial bajo plazos establecidos por ley, ha ayudado a dejar en evidencia que el **sistema público de salud no es capaz de hacer mucho más que lo ya garantizado**. Prueba de ello es la imposibilidad de resolver las **listas de espera** por

parte del Estado, a lo que se suma un nivel de **deuda hospitalaria** creciente y sistemas de notificación y de registro muy deficientes.

Pero además al difundirse que el AUGE garantiza el manejo de ciertas afecciones, se ha inducido una sobredemanda por ellas, a veces excesiva, que sobrecarga al sistema de salud en su conjunto. Se produce así una descompensación en el abordaje de los problemas de salud a favor de aquellos incluidos en el listado de los 80 y en desmedro del resto, cuando la población no es libre de elegir con que afección deberá lidiar.

Ampliación de la lista de patologías sin aumento presupuestario. Durante los últimos diez años, la ley AUGE aumentó de las 56 patologías que estaban en el diseño original a 80, pero sin incrementar el financiamiento para estas, lo que ha generado un deterioro -o al menos la imposibilidad de mejora- de las ya contenidas.

De como el AUGE podría significar retroceder en el ejercicio del derecho a la salud

Efectivamente, en el escenario chileno de fines del siglo XX, el plan significó un claro avance. Sin embargo al analizar las aristas salientes que perfilan el GES resulta evidente que más allá de que explicitar compromisos resulta pertinente en función de la exigibilidad posible en caso de incumplimiento, **la matriz de fondo que inspira el plan permite sostener diferencias que para la cuestión salud resultan éticamente cuestionables.**ⁱⁱⁱ

El Plan AUGE sigue los lineamientos propuestos por la OMS y el BM, proponiendo una canasta básica que se limita a 80 patologías. Cada una está protocolizada pero no se incluyen ni todos los métodos diagnósticos potencialmente necesarios, ni todas las opciones terapéuticas. Véase a modo de ejemplo que para las prestaciones odontológicas (patologías 23, 46, 47 y 66) se excluye la atención de personas de 6 a 60 años a excepción de las mujeres embarazadas.

Por otra parte como se mencionó, el plan puso en tensión al propio sistema de salud en general pero en particular al sector público que al verse sobrepasado salió a contratar al sector privado para suplir falencias concretándose una capitalización de un sector desamparando al garante natural. El Dr. David Villena Pedrero, Magister Salud Pública y ex Presidente del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile ha manifestado durante la última campaña electoral en Chile que *"el Auge o Ges, el cual es una expresión del Modelo de Mercado en la Salud, solo resuelve los aspectos curativos de las enfermedades garantizadas, siempre y cuando sean atractivas de resolver para la industria de la salud, no en vano en el periodo 2002-2017 ocurrió el aumento explosivo en la oferta de camas privadas y de programas especiales para compra de Servicios"*.

Aún así los retrasos e incumplimientos para dar respuesta a los plazos establecidos en los protocolos, son significativos. Las listas de espera son más abultadas cuando se trata de pacientes cubiertos por FONASA. Según un informe de fiscalización realizado por la Superintendencia de Salud, a abril de 2016 habían 19.605 casos Auge en lista de espera, a nivel nacional. Y además de la abultada cifra, el análisis de la autoridad añadió otro componente: el 36% corresponde a problemas de salud críticos, es decir, que implican riesgo vital, de agravamiento o de daño irreparable para el paciente.^{iv}

Una mirada crítica sobre el caso chileno, que no deja de rescatar las virtudes que oportunamente significó, desnuda empero las debilidades propias de un modelo neoliberal que destaca las desigualdades entre los individuos y no entre clases o grandes grupos sociales, priorizando políticas focalizadas en los individuos.

Por el contrario cuando se asume la Salud con enfoque de derecho se asume la universalidad de los derechos sociales y la ciudadanía social, entendida como la exigibilidad de estos derechos. Esta concepción lleva proponer políticas de redistribución del ingreso vía la prestación gratuita de servicios públicos para igualar las condiciones básicas de vida^v.

Son lecciones, las de los tres países someramente analizados, respecto de las cuales entendemos que los argentinos debemos tomar nota en momentos de bombardeo mediático utilizando eufemismos como el de "cobertura universal de salud" que esconden otras intenciones y que podrían provocar un franco retroceso en el ejercicio de un derecho esencial.

Daniel Esteban Manoukian

Chos Malal, Neuquén, enero de 2018

ⁱⁱ **Plan AUGE.** Listado de patologías garantizadas. <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-501.html>.

ⁱⁱⁱ **FONASA.** <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/auge>.

ⁱⁱⁱ **ROMAN, Oscar A. y MUÑOZ, Félix C.** "Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos". Departamento de Medicina, Campus Centro, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. Rev Méd Chile 2008; 136: 1599-1603.

^{iv} **LEIVA, L. y SANDOVAL, G.** "Informe revela que el 36% de la lista de espera Auge es por patologías críticas" para Diario La Tercera, Santiago de Chile, junio de 2016. <http://www.latercera.com/noticia/informe-revela-que-el-36-de-la-lista-de-espera-auge-es-por-patologias-criticas/>.

^v **EIBENSCHUTZ HARTMAN, Catalina; TAMEZ GONZALEZ, Silvia y GONZALEZ GUZMAN, Rafael** (compiladores). "¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?". Pág. 227-228. Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, 2011.