

Editorial

Medwave. Año XI, No. 3, Marzo 2011. Open Access, Creative Commons.

Calidad, la cuarta garantía del AUGE

Autora: Vivienne C. Bachelet Norelli⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Medwave

Correspondencia: vbachelet@medwave.cl

doi: 10.5867/medwave.2011.03.4951

Citación: Bachelet VC. Calidad, la cuarta garantía del AUGE. *Medwave* 2011 Mar;11(03). doi: 10.5867/medwave.2011.03.4951

Fecha de envío: 25/2/2011

Fecha de aceptación: 28/2/2011

Fecha de publicación: 1/3/2011

Introducción

En 2004, bajo la administración del presidente Ricardo Lagos (2000-2006), Chile se vio embarcado en una ambiciosa reforma sanitaria, cuyo propósito fundamental era lograr la disminución de las brechas de equidad existentes. El régimen autoritario (1973-1990) dejó como herencia un sistema sanitario dicotómico que segmentó a la población entre ricos y pobres, reflejado en un doble sistema de aseguramiento, uno privado, llamado ISAPRES, y uno público, llamado FONASA (1, 2).

Los sectores de mayores ingresos se acogieron al subsistema privado de aseguramiento el que llegó a su máxima expresión de afiliación a fines de los noventa; hoy cobija al 16% de la población. Los sectores correspondientes a los ingresos más bajos, así como los afectados por mayores grados de siniestralidad o de indigencia, permanecieron en el subsistema público de aseguramiento, alcanzando hoy al 73% de la población. Hasta la fecha, los dos subsistemas funcionan de manera paralela y no solidaria, y no hay traspaso de recursos del sistema privado al público, sino que lo inverso: compras de prestaciones por parte del FONASA a prestadores privados; financiamiento estatal de los grandes programas de salud pública, como las campañas de inmunizaciones y alimentación complementaria; subsidio maternal financiado enteramente por el Estado a las beneficiarias de los seguros privados y público independiente de su nivel socioeconómico o de renta; y, hasta 1999, un subsidio estatal a las ISAPRES correspondiente al 2% de la renta imponible del trabajador.

Frente a este evidente desequilibrio entre un subsistema y otro, el gobierno de Lagos se dio la tarea de reformar la legislación vigente a fin de disminuir la inequidad. El ejecutivo no contaba con las mayorías necesarias en el Congreso para producir reformas estructurales al sistema heredado, por lo que optó por someter a discusión parlamentaria un ajuste dentro del marco de financiamiento existente, es decir, aceptando la dualidad del sistema como una circunstancia cuya superación no sería políticamente posible (3).

La propuesta que el ejecutivo envió al Congreso en mayo de 2002 constaba de un paquete de cinco proyectos de ley, todos importantes. El que dio el nombre a la reforma fue el primero, que crea el "Régimen de Acceso Universal de Garantías Explícitas", también conocido como AUGE.

Lo interesante de esta propuesta legal es que hizo suyo una idea prevalente, la de entender la salud como un derecho inserto dentro de la lógica de los derechos humanos fundamentales, pero cuya realización se entiende como progresiva, gradual e incremental por parte de los estados, de acuerdo a sus capacidades institucionales y financieras. Esta reforma obedecía a esa idea matriz: producir cambios en los sistemas de salud del país con el objeto de disminuir la discriminación y la inequidad (4).

La Ley AUGE, finalmente promulgada en 2005, estableció una lista de problemas de salud cuya resolución integral sería garantizada por ley *independiente del sistema de seguro al que el afiliado perteneciera*. Esto se tradujo en cuatro garantías fundamentales: la de **oportunidad** de atención (marcos de tiempo dentro del cual el afectado debe ser atendido, siguiendo protocolos clínicos basados en la evidencia); la de **accesibilidad** a la atención (independiente del sistema al que se pertenezca se recibirá un mismo paquete de atenciones básicas, también informadas por guías clínicas); la de **protección financiera** (certidumbre de costos y límites de copago para evitar el impacto devastador que pueden tener las enfermedades sobre la economía familiar); y, por último, la de **calidad** (garantía de recibir la atención por parte de un prestador acreditado según estándares conocidos).

Las tres primeras condiciones se encuentran plenamente vigentes en Chile; en otras palabras, han pasado a ser garantías legales exigibles por parte de los que se atienden por Ley AUGE. Sin embargo, la cuarta garantía – calidad – no lo es aún, con lo cual uno de los objetivos de la reforma, la equiparación de calidad entre los subsistemas público y privado, queda inconcluso. Para

avanzar en esta cuarta garantía ha sido necesario levantar un sistema nacional de acreditación de prestadores de salud, tanto privados como públicos, proceso que prácticamente ya está concluido.

¿Cuál ha sido la dificultad de poner en marcha la garantía de calidad entonces? Las razones son de variada naturaleza y darían para un artículo editorial propio. Sin embargo, podemos señalar que la autoridad ha estimado que para hacer legalmente exigible la garantía de calidad se debía tener al menos dos prestadores públicos en cada región del país en vías de acreditación. La actual administración se ha puesto como objetivo que al menos 60 hospitales de la red pública comiencen su proceso de acreditación antes de haber concluido el 2012. Pero la realidad se vislumbra compleja, ya que hasta la fecha hay solamente 15 prestadores acreditados (5), de los cuales 14 son privados y sólo uno es público (Instituto Nacional del Cáncer). Depende enteramente de la voluntad sectorial de darle un impulso a este tema que ya está claramente sobremaduro.

La calidad no es sólo una manera de asegurar mayor equidad; también es una forma de velar por la seguridad de los pacientes y de instalar una cultura de mejoramiento continuo en todos los lugares donde se atiendan personas enfermas. Chile es el único país del mundo que tiene un sistema de acreditación establecido por ley y que dentro

de un plazo mediano será obligatorio para todo establecimiento que atienda pacientes bajo régimen AUGE.

Esto no debe ser entendido como una condena a los hospitales públicos que se encuentran en condiciones más precarias para enfrentar este proceso, si no que como una oportunidad de avanzar aún más en mejorar la atención que se da a la mayoría de la población.

Referencias

1. Bastías G, Valdivia G. Reforma de Salud en Chile; El plan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su Origen y Evolución. Boletín Escuela de Medicina U.C. 2007;32(2). [↑ | Link |](#)
2. Zúñiga A. Sistemas Sanitarios y Reforma Auge en Chile. Acta Bioethica 2007;13(2). [↑ | Link |](#)
3. Lenz R. Proceso Político de la Reforma Auge de Salud en Chile: Algunas Lecciones para América Latina, Una mirada desde la Economía Política. CIEPLAN, Serie Estudios Socio / Económicos 2007(28). [↑ | Link |](#)
4. Drago M. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. CEPAL, Serie Políticas Sociales 2006(121). [↑ | Link |](#)
5. Superintendencia de Salud de Chile [↑ | Link |](#)



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.