

SISTEMAS SANITARIOS Y REFORMA AUGE EN CHILE

Alejandra Zúñiga Fajuri*

Resumen: A partir de la clasificación de los sistemas sanitarios en términos de su financiamiento, número de actores y consecuencias en equidad, este ensayo pretende analizar algunas de las transformaciones producidas en Chile con la reforma del sistema de salud llamada "Plan AUGE" (Acceso Universal de Garantías Explícitas). Se examinan las tareas pendientes para la conversión de un sistema que, manteniendo su carácter mixto, sea capaz de superar sus actuales consecuencias fuertemente regresivas.

Palabras clave: sistema sanitario, equidad, financiamiento, racionamiento

HEALTH CARE SYSTEMS AND "AUGE" REFORM IN CHILE

Abstract: Through the classification of health care systems in terms of their financing, number of stakeholders and consequences for health care equity, this essay pretends to analyze some of the changes that have taken place in Chile due to the health care reform system "AUGE" (Universal Access to Explicit Guarantees). Pending tasks are examined for conversion to the system that, while maintaining its mixed character, may be able to overcome its present strongly regressive consequences.

Key words: Health care system, equity, financing, rationing

SISTEMAS SANITÁRIOS E REFORMA AUGE NO CHILE

Resumo: A partir da classificação de dois sistemas sanitários em termos de seu financiamento, número de atores e conseqüências em termos de equidade, este ensaio pretende analisar algumas das transformações produzidas no Chile com a reforma do sistema de saúde chamado "Plano AUGE" (Acesso Universal de Garantias Explícitas). São examinados as tarefas pendentes para a conversão de um sistema que, mantendo seu caráter misto, seja capaz de superar suas conseqüências fortemente regressivas.

Palavras-chave: sistema sanitário, equidade, financiamento, racionamento

* Doctora en Derecho. Centro de Investigaciones Jurídicas, Escuela de Derecho, Universidad Diego Portales, Chile
Correspondencia: zunigafajuri@gmail.com

“La justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento”
(Rawls, 1971).

Introducción

El principal objetivo de los sistemas de salud, según ha sostenido la Organización Mundial de la Salud (OMS), es estrechar las brechas de equidad sanitaria. Los estudios demuestran que las personas que viven en la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas. En los países que han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la inequidad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que ir “contra corriente”, con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados(1).

El presente artículo busca, a partir de una clasificación de los sistemas sanitarios, analizar algunas de las transformaciones que se han producido en Chile, en materia de equidad en salud, con la reforma del sistema de salud llamada “Plan AUGE” (Acceso Universal de Garantías Explícitas). En la primera parte se intenta una clasificación de los sistemas sanitarios en atención a su modalidad de financiamiento, pluralidad de actores y consecuencias en materia de igualdad; en la segunda se analiza el sistema sanitario chileno y sus transformaciones a propósito del AUGE, desde las clasificaciones mencionadas. Para finalizar, se examinan las tareas pendientes para la conversión de un sistema que, manteniendo su carácter mixto, sea capaz de superar sus actuales consecuencias fuertemente regresivas.

Modelos de sistemas sanitarios

¿Qué tipo de sistema asegura la distribución más equitativa de cuidado sanitario? ¿Es legítima la existencia de un sistema sanitario con distintos niveles de atención? El objetivo de la provisión pública de cuidados médicos es garantizar a toda la población ciertas capacidades básicas. Si bien este objetivo no implica necesariamente que el sector público deba ofrecer sanidad a toda la población en forma gratuita, se debería garantizar que, ante una enfermedad, nadie se quede sin cuidados médicos esenciales o se vea condenado a la pobreza para poder pagarlos.

En opinión de Zubiri Oria, es posible lograr lo anterior de diversas formas. Por un lado, al igual que ocurre con los automóviles, el sector público podría obligar a todos a comprar seguros médicos privados, lo que exigiría una regulación precisa para evitar que determinadas personas se vieran forzadas a pagar primas muy elevadas o que fueran rechazadas por las compañías privadas. Otra alternativa es que el sector público se limite a proveer cobertura total y gratuita, dentro de ciertas necesidades cubiertas, sólo para quienes tuvieran rentas por debajo de cierto nivel y para el resto sólo cobertura en el caso de enfermedades catastróficas (muy costosas, de larga duración, crónicas, entre otras). Irlanda, Países Bajos y, en menor medida, Suiza se ajustan a este esquema. Finalmente, una tercera forma de asegurar cuidado sanitario podría consistir en que el sector público ofreciera cobertura total de ciertas necesidades a toda la población. Este es el esquema adoptado generalmente en los países con sistemas nacionales de salud, como España, Reino Unido, Italia y Suecia(2).

¿Qué sistema sanitario deberíamos preferir?

Del financiamiento público al pago por servicio

Según su modo de financiamiento, es posible clasificar cinco modelos de sistemas sanitarios(3). Cada uno se encarga de distribuir las cargas financieras y los beneficios sanitarios de distinta forma; por tanto, cada método tiene sus propias implicaciones de equidad. La mayoría de los esquemas de financiamiento sanitario están diseñados para asegurar el acceso equitativo al cuidado sanitario y garantizar protección financiera frente a las pérdidas catastróficas derivadas de enfermedades o accidentes, previniendo la pobreza. Los cinco sistemas son:

- *Esquema de ingresos de impuestos generales.* Probablemente, el más utilizado en el mundo para financiar parte o todo el sistema sanitario. Según la información del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), mientras los países pobres asignan sólo un 18% de sus ganancias debidas a la recaudación de impuestos al sistema sanitario –pues tienen menos base impositiva y menos capacidad recaudatoria–, los países ricos asignan hasta el 48%(3). Normalmente, este sistema consigna un cierto impuesto recaudado a un fin específico, como, por ejemplo, destinar lo que se recibe gracias al impuesto al ta-

baco o al alcohol para financiar ciertos programas prioritarios de salud.

- *Seguro social*. Posee dos características que lo distinguen del sistema de los seguros privados. Primero, es obligatorio, por lo que todos los que pertenezcan a un cierto grupo elegible –como el grupo de los trabajadores, por ejemplo– deben contribuir con una prima a financiar un seguro que les garantice cobertura frente a ciertas enfermedades. En segundo lugar, tanto el monto de la prima como los beneficios que se obtienen por ella están determinados por ley y sólo pueden modificarse mediante un cierto procedimiento político formal¹.
- *Seguros privados*. Funcionan por medio de un contrato privado que, a cambio de una prima, ofrece cubrir los gastos de ciertas enfermedades o accidentes. Son administrados por compañías de seguros que determinan el costo de la prima bajo la lógica del mercado y las características de riesgo individuales. Por ello, las personas enfermas pagan más por acceder a la misma cobertura que las personas sanas, de la misma forma que los miembros de ciertos grupos definidos por edad, sexo, estatus sanitario, entre otros aspectos.
- *Pago por servicio*. Funciona más bien como complemento de alguno de los sistemas mencionados pues, normalmente, tanto los sistemas públicos como los privados lo usan para completar el costo de ciertos servicios o tratamientos más o menos onerosos, haciendo que el paciente pague de su bolsillo la diferencia no cubierta por el seguro.
- *Sistema de financiamiento comunitario*. Los miembros de la comunidad pagan una contribución para financiar a una entidad organizada para proveer un paquete de servicios sanitarios. Algunos ejemplos de financiamiento comunitario exitoso son los *Dana Sehat* de Indonesia, la Tarjeta Sanitaria en Tailandia y el Sistema de Cooperativas Médicas en China(3).

Sistemas unificados y sistemas pluralistas

Otro modo de clasificar estos sistemas es atendiendo a la cantidad de actores que participan en ellos. Siguiendo

a Beauchamp y Childress, se puede hablar de sistemas unificados en aquellos casos en los que se permite que sólo un actor (normalmente el Estado) se haga cargo de la provisión del cuidado sanitario. En los sistemas pluralistas, en cambio, participan tanto organismos públicos como privados. Los planes de los sistemas unificados tendrían en cuenta principalmente la justicia igualitarista, con una consideración secundaria de la utilidad; los pluralistas, al contrario, considerarían primariamente la utilidad (eficiencia y amplitud de la cobertura) con la justicia como consideración secundaria.

Los sistemas sanitarios unificados de acceso universal se presentan frecuentemente en el modelo socializado, como el de Canadá y el de los países escandinavos. En estos planes, todos los ciudadanos están cubiertos por el sistema nacional sin referencia a la edad, el sexo, el estatus social, la condición médica o el empleo. La justificación de este sistema es que sólo el gobierno puede proporcionar cobertura universal y aumentar los gastos en atención sanitaria en concordancia con el Producto Nacional Bruto. Entre los rasgos contrvertidos de esta estrategia está el hecho de que elimina o reduce al mínimo los aspectos competitivos del sistema de financiación. Muchos han puesto en tela de juicio la credibilidad de un plan unificado, porque ninguna nación industrializada que lo haya adoptado ha sido capaz de crear incentivos para reducir el gasto, manteniendo al mismo tiempo una organización y un reparto de asistencia eficientes(4).

Para Jeremiah Hurley, resulta evidente la supremacía de este tipo de sistemas unificados o únicos, pues el financiamiento público del sistema sanitario no sólo es necesario para generar las suficientes justificaciones éticas sobre distribución y acceso sino que, además, es el mejor sistema de financiamiento que existe, superior al de los seguros privados y a las alternativas mixtas de financiamiento público. Esto se debe a que los sistemas privados de seguros sanitarios adjudican bienes y servicios de acuerdo con las posibilidades de pago de las personas, de modo que los miembros de escasos recursos de la sociedad no logran acceder a ellos, quedando (como ocurre en los Estados Unidos) sin seguro alguno(5).

¿Debe permitirse la existencia de sistemas privados paralelos al sistema público? Hurley considera que hay fuertes razones para prohibir los sistemas priva-

1 Este es, en parte, el sistema utilizado en Chile, en el que todo trabajador debe asignar el 7% de su sueldo para financiar un seguro de salud cuyos niveles de cobertura mínimos y monto de la prima –desde la reforma del AUGE– están determinados por ley.

dos paralelos, como lo hace Canadá², pues los niveles suplementarios podrían minar tanto económica como políticamente el nivel sanitario básico. Ello debido a que haría que los mejores proveedores se fueran al sistema privado, aumentando el costo de los bienes sanitarios básicos y reduciendo la posibilidad de la sociedad de cumplir con su obligación. De este modo, se socavaría la fuerza política necesaria para mantener un cuidado sanitario decente para todos(6).

Los sistemas sanitarios pluralistas, por su parte, permiten una serie variada de planes de salud, tanto lucrativos como no lucrativos, privados y públicos. Hurley identifica tres modelos de financiamiento de los sistemas sanitarios pluralistas: uno financiado totalmente por aseguradores privados y el pago directo de las prestaciones por parte de los pacientes; otro de subsidios públicos para comprar seguros en el mercado y/o seguros públicos (estatales) para ciertos grupos sociales, como ocurre en Estados Unidos³, y un seguro único, universal y gratuito, públicamente financiado, junto con un sistema de seguros privado y paralelo que ofrece la misma cobertura sanitaria que

el sistema público, como en el caso del Reino Unido⁴ y España(5).

Sistemas sanitarios progresivos y sistemas sanitarios regresivos

Como se ha señalado, la equidad parece ser uno de los objetivos más importantes en el campo del cuidado sanitario, por lo que muchos estudiosos han investigado qué tan exitosos han sido los sistemas sanitarios de sus propios países en alcanzar esta meta. En esta línea, los sistemas sanitarios pueden clasificarse (por su relación entre la capacidad de pago y el monto de los pagos por servicio) en “progresivos”, “proporcionales” o “regresivos”.

Un sistema sanitario financiero es progresivo si la proporción de los recursos pagados para la asistencia sanitaria crece en la medida en que crecen los recursos de sus beneficiarios. Un sistema financiero es proporcional, en cambio, si la proporción de recursos pagados para recibir cuidado sanitario es la misma para todos los que pertenecen al mismo nivel. Finalmente, un sistema es regresivo si la proporción de recursos pagados cae en la medida en que los recursos se incrementan(7).

El estudio realizado por Wagstaff, Van Doorslaer y Paci concluye que Estados Unidos y los Países Bajos tienen sistemas sanitarios con un financiamiento que tiende a ser regresivo. En el caso estadounidense se comprobó que, como el sistema se financia mayoritariamente por medio de pagos en efectivo y primas de seguros privados, quienes tienen más recursos pagan menos por la salud que quienes tienen menos. En los Países Bajos la combinación de las contribuciones al fondo de salud y las primas de los seguros privados resultaron ser significativamente regresivos. En cambio, Canadá

2 El sistema sanitario unificado canadiense se consolidó en 1984 con la aprobación de la “Ley de Salud de Canadá”, en respuesta a las inquietudes de los usuarios sobre acceso desigual a los servicios de asistencia sanitaria. El propósito de la ley fue garantizar el acceso prepago a la asistencia sanitaria necesaria para todos los residentes de Canadá. El sector privado está excluido por ley como entidad pagadora de la mayor parte de la asistencia sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2000). Con todo, es posible que la situación de los proveedores privados de cuidado sanitario en Canadá cambie en el futuro a consecuencia de la sentencia de la Corte Suprema canadiense que declaró inconstitucional la prohibición de obtener cuidado sanitario privado en la provincia de Québec (Chaoulli vs. Québec -Attorney General-, 2005, SCC 35).

3 Para Norman Daniels, aunque en prácticamente todas las sociedades democráticas industrializadas el cuidado sanitario es considerado un derecho donde las instituciones lo aseguran a todos por igual, independientemente de la capacidad de pago, los Estados Unidos son la más notable excepción, pues las personas pobres o cercanas a la pobreza (aproximadamente 40 millones de personas) no poseen un seguro que les permita acceder a cuidado sanitario alguno, salvo en caso de emergencias. En un país con un Producto Interno Bruto (PIB) *per cápita* de US\$ 36.016, en el cual se destina un 14,6 % del PIB anualmente en atención sanitaria (que equivale a un gasto sanitario por habitante de US\$ 5.274), los pobremente asegurados y quienes no tienen seguro no pueden contar frecuentemente con una asistencia sanitaria. El seguro inadecuado afecta a personas que están sin seguro, que no son asegurables, que están infra-aseguradas o que sólo están aseguradas ocasionalmente (Beauchamp T, Childress J. *Principios de Ética Bio-médica*. Barcelona: Masson S.A.; 1999).

4 El Servicio Nacional de Salud británico (*British National Health Service, NHS*) fue fundado sobre la base de tres principios: la universalidad, la completitud y el acceso gratuito. Debía proporcionar cuidado sanitario a todas las personas, independiente de su edad, clase, sexo, religión o posición geográfica; además, el cuidado debía ser completo y no, por ejemplo, asegurarse únicamente un paquete básico de atención. No podía cobrarse a los pacientes por los tratamientos entregados. Con el tiempo, sin embargo, los principios de acceso gratuito y completitud han debido ser limitados para racionalizar el gasto. Hoy el PIB *per cápita* del Reino Unido es de US\$ 27.929 y el gasto sanitario total como porcentaje del PIB es del 7,7% (lo que supone un gasto por habitante de US\$ 2.160), según el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*. Esto demuestra que se trata de un sistema que ha logrado, no sin dificultades, combinar las metas de eficiencia y equidad de forma acertada.

y Gran Bretaña tienen sistemas altamente progresivos pues, en ambos casos, el cuidado sanitario se financia casi exclusivamente (cerca del 90%, en el caso inglés y del 70% en el canadiense) mediante impuestos generales(7).

William C. Hsiao y Yuanli Liu se refieren al problema de la equidad en el financiamiento atendiendo al “principio del beneficio” –que requiere que el pago se relacione directamente con el beneficio recibido– y al “principio de la capacidad de pago” –que requiere que los pagos se relacionen con las posibilidades de pago de cada cual. Un sistema proporcional es aquel en el cual los pagos dan razón de la misma proporción de ingreso para personas con rentas similares(3). Para ser equitativo, entonces, ¿qué nivel de progresividad debiera poseer un sistema sanitario?

Usando el índice de progresividad de Kakwani puede concluirse que, mientras los impuestos generales para financiar los sistemas sanitarios son un medio típicamente progresivo, los seguros sociales son levemente regresivos. Los sistemas de seguros privados, finalmente, son los más regresivos pues, a diferencia de los sistemas de seguros sociales, la contribución no se mide en relación con los recursos disponibles de cada persona. Las primas de los seguros privados, además, se determinan conforme a los índices de riesgo y las personas financieramente más pobres suelen ser más enfermizas, por lo que sus primas tienden a estar negativamente relacionadas con sus ingresos.

La conclusión es que los sistemas sanitarios financiados con impuestos generales, como el irlandés y el del Reino Unido, tienden a ser progresivos; en cambio, los sistemas francés y español son medianamente regresivos. Finalmente, los sistemas estadounidense y suizo serían abiertamente regresivos(3).

¿Dentro de qué sistema sanitario –unificado, pluralista, progresivo, proporcional o regresivo– podríamos clasificar al sistema chileno?

Chile: una reforma necesaria del modelo de sistema sanitario

La reforma sanitaria recientemente emprendida en Chile se debe a las transformaciones implementadas a principio de los años ochenta con el objetivo de modificar profundamente la estructura y funcionamiento de Estado. En el ámbito sanitario, junto con iniciarse

el proceso de municipalización de la atención privada, se crearon dos subsistemas sanitarios: uno público, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA), y otro privado, formado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Este modelo, si bien logró la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de los servicios de salud, formó un sistema que tiende a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencia de gestión(8).

Una de las principales características del sistema sanitario chileno, que se mantiene hasta hoy, radica en que las cotizaciones de salud obligatorias (un 7% de las remuneraciones) pueden dirigirse alternativamente hacia estos dos subsistemas de salud –FONASA o ISAPRES–, que funcionan de manera paralela y con lógicas muy distintas. Entre los beneficiarios del sistema público se incluye a las personas clasificadas como pobres o indigentes que no tienen capacidad de contribución (a quienes FONASA subsidia) y a los afiliados cotizantes con sus cargas. Por su parte, los cotizantes del subsector ISAPRES quedan cubiertos por planes de salud que varían conforme el grado de cobertura y el tipo de beneficios para el afiliado individual o para él y su grupo familiar.

Los niveles de contribución presentan marcadas diferencias entre el sector público y privado. En 1989 la cotización promedio de las ISAPRES era siete veces mayor que la del FONASA. En 1999 esta diferencia era de cuatro veces. Si se analiza la distribución de la población entre el sector público y el privado según ingresos y edad, se aprecia que en los cuatro primeros quintiles de distribución de ingresos la mayoría de las personas están afiliadas al sistema público (la salud pública tiene casi 12 millones de afiliados, pero 3,8 millones de personas no cotizan por su condición de indigencia y reciben atención y beneficios subsidiados por el Estado y el resto de los cotizantes). Sólo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población, con alrededor de 2,7 millones de afiliados) se aprecia una mayor participación en el sistema de ISAPRES.

Cuando se observa la distribución por edades se descubre que, a medida que se avanza en los tramos de edad, las personas tienden a concentrarse mayoritariamente en el sistema público. Aun en el segmento del 20% más rico de la población, a partir de los 50 años, la mayoría de los afiliados se trasladan a FONASA debido a que, según la lógica del seguro, en la medida en que

las personas mayores de edad reflejan más riesgos médicos, las compañías de seguros o ISAPRES tenderán a discriminarles, ya sea mediante precios o reduciendo sus niveles de cobertura.

De ese modo, FONASA tiende a concentrar a las personas de menores ingresos y mayores riesgos médicos mientras que las ISAPRES atraen a las personas de altos ingresos y bajos riesgos (salvo cuando se trata de mayores de 50 años). Esta segmentación de la población ha producido tales niveles de desigualdad en el sistema que la reforma a la salud resultaba urgente⁽⁹⁾. Si consideramos que una de las mayores funciones de los sistemas de financiamiento sanitario es la protección financiera, y que el objetivo es resguardar al grupo familiar de la ruina económica a consecuencia de una enfermedad grave, la importancia de la reforma AUGE parece evidente. Si bien en el último tiempo se ha producido un claro mejoramiento en los indicadores sanitarios, gracias a que durante la década de los noventa se incrementó de manera notable el presupuesto sanitario, en los últimos 15 años la salud sigue apareciendo sistemáticamente como una de las principales preocupaciones de la ciudadanía.

Uno de los fundamentos directos de la reforma fue la pésima ubicación de este rubro en los *ranking* de desarrollo humano. En relación con la equidad de su sistema sanitario, Chile figuraba con una de las peores evaluaciones del mundo. Dicha valoración tomaba en consideración tanto la carga financiera que representa la salud para las familias, como la desigualdad en la calidad y oportunidad de respuesta que ofrece el sistema. Un conjunto de variables (dignidad del trato brindado a los pacientes, respeto a la persona, rapidez en hacerse cargo de la persona, calidad del entorno, acceso a los recursos de ayuda social durante el período de tratamiento y elección por parte del individuo del prestador de atención en salud) situaba a Chile por debajo de más de 100 países del mundo. Respecto de la distribución de la carga financiera en salud, el país resultó ubicado en el lugar 168 entre 191 países considerados en el Informe de la Salud en el Mundo para el año 2000 elaborado por la OMS.

Era claro además que las ISAPRES realizaban discriminaciones injustas por razones de sexo y edad, pues las mujeres en edad fértil y los ancianos resultan más caros para el sistema. Por ejemplo, se estimó que el costo de contratación en el sistema previsional privado para las mujeres fértiles era dos a tres veces más

caro que el de los hombres que optaban por el mismo plan. A la concentración de los mayores riesgos en el sistema público hay que sumar que, al momento de la reforma, Chile era uno de los países de América que menos gastaba en salud (sólo US\$ 331 *per cápita*), lo que, comparado con países como España, con un gasto *per cápita* de US\$ 1.200, explicaba algunas de las dificultades y falencias recién mencionadas⁵. Además, como país en vías de desarrollo, que mantiene grandes desigualdades sociales, Chile es prueba fehaciente de la relación entre los resultados sanitarios de un país y el estatus socioeconómico de sus habitantes⁽⁹⁾.

La reforma se inició con la nueva Ley de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) N° 19.966, promulgada el 25 de agosto de 2004. Su Régimen de Garantías en Salud asegura que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, pueda contar con un mecanismo de protección social que le permita acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad. En lo fundamental, la nueva ley contempla garantías para un conjunto priorizado de prestaciones de salud en términos de acceso, calidad, oportunidad y costo. De este modo, se establece un estándar mínimo en la atención de salud para las enfermedades AUGE, que incluye desde un tiempo máximo para recibir dicha atención hasta un desembolso financiero acotado para los pacientes.

Para resguardar este derecho, la ley obliga a FONASA y a las ISAPRES, entre otras disposiciones, a ofrecer a todos sus beneficiarios un plan de salud construido sobre la base de ciertas prioridades sanitarias con garantías explícitas en cuatro ámbitos: a) garantía de acceso, que asegura que todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia; b) garantía de oportunidad, que dispone un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico; c) garantía de calidad, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y construidos a partir de pruebas de evidencia médica, y d) garantía

5 Chile cuenta con un PIB *per cápita* de US\$ 11.086 y un gasto sanitario total de 5.8 % del PIB (que equivale a un gasto sanitario por habitante de US\$ 642). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán*, Organización Mundial de la Salud.

de cobertura financiera, que garantiza que el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema AUGE y sus 56 patologías iniciales⁶. Además, se compromete financiamiento fiscal para la atención de salud de los carentes de ingresos o indigentes, y se establece la obligatoriedad de cotizar a los trabajadores independientes.

Finalmente, en materia de discriminación contra la mujer, el AUGE permitió terminar con la comercialización de planes sin cobertura de parto por los seguros privados. Dichos planes –conocidos como planes “sin útero”– llegaron a afectar al 10% de las beneficiarias de ISAPRES. La reforma obligó a las compañías de seguros privados a distribuir los diferenciales de riesgo asociados a sus respectivas carteras de cotizantes, permitiendo la solidaridad al interior del sistema entre mujeres y hombres.

Pese a que el Plan AUGE significa un mejoramiento respecto de la situación anterior, es posible mencionar al menos dos problemas mayores: primero, la garantía explícita de atención a precios fijos y bajos ha significado un aumento en demanda de atención que ha generado, a su vez, un déficit presupuestario difícil de manejar y que, si duda, irá creciendo. Los primeros indicadores conocidos de la reforma muestran que la demanda originada por algunas enfermedades ha superado varias veces las previsiones antes de comenzar su aplicación. Por otra parte, la elección que las autoridades hicieran de las enfermedades cubiertas por el AUGE deja sin atención a quienes presentasen dolencias no cubiertas(10).

Oyarzo y Vergara ejemplifican el problema de las enfermedades excluidas del plan con el caso de los

6 Las 56 patologías que el AUGE considera prioridades sanitarias son los problemas de salud que causan en Chile más muertes y discapacidades –las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte, con un 27,1% del total de defunciones; el cáncer, con un 22% de las defunciones; la hipertensión arterial y la diabetes, principal causa de amputaciones y ceguera por razones no traumáticas, entre otras– o las enfermedades que, sin causar la muerte, son las más costosas de atender –el SIDA y la esquizofrenia, por ejemplo. Otro aspecto importante es que son problemas de salud que, si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de recuperación. Estas enfermedades, prestaciones y garantías se establecen por Decreto Supremo y serán revisadas obligatoriamente cada tres años. Su cobertura, con todo, será paulatina y se completaría este año 2007. Las enfermedades no incluidas en el AUGE seguirán siendo atendidas igual que en la actualidad, pues la reforma, que parte garantizando la atención de los principales problemas de salud, tiene el objetivo de ir ampliando las garantías de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, progresivamente.

trasplantes de pulmón: quienes lo requieren no tienen garantía de atención y sólo pueden ser tratados si pagan por ese servicio. Por otra parte, trasplantes que sí están en el AUGE, como los renales y hepáticos, tienen una demanda mayor que la cantidad de donantes, lo que hace imposible cumplir la garantía explícita. Además, quienes sí donen sus riñones e hígados también podrían donar sus pulmones, pero éstos no podrían ser utilizados por pacientes del sistema estatal, y sólo podrían ser aprovechados por pacientes de clínicas privadas(10).

Se pueden destacar también falencias en la implementación de mejoras en los servicios de atención primaria o “consultorios” (pretendían descomprimir los colapsados servicios de urgencia hospitalarios, que funcionan en la actualidad como puerta de entrada al sistema de salud público) debido a la carencia de médicos e insumos. Estos y otros problemas asociados a la implementación y limitaciones de la reforma AUGE no son sólo de medicina o de gestión, sino que suponen también dilemas éticos asociados a la necesidad de racionalizar recursos dentro de ciertos mínimos de equidad.

Conclusión

Al inicio de este artículo se planteó la pregunta: ¿qué tipo de sistema asegura la distribución más equitativa de cuidado sanitario? El principal propósito de la instauración de un sistema de provisión equitativa de cuidados médicos es garantizar a toda la población ciertas capacidades básicas o, en palabras de Rawls, satisfacer las necesidades y las exigencias de los ciudadanos libres e iguales. Dicha asistencia está comprendida entre los medios generales necesarios para asegurar la equitativa igualdad de oportunidades y la capacidad individual de sacar provecho de nuestros derechos y libertades básicas. Para este filósofo, la fuerza de las exigencias de asistencia médica está ligada al mantenimiento de nuestra capacidad para ser miembro normal y cooperante de la sociedad y al restablecimiento de esa capacidad cuando cae por debajo del mínimo requerido(11).

En el contexto latinoamericano, Chile se ha destacado por el camino iniciado en la transformación de un sistema sanitario de tipo regresivo a uno con tendencias más igualitarias. El sistema en vías de reforma, si bien había logrado la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de los servicios de salud, tendía a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencias en materia de acceso a un cuidado sanitario mínimo. La reforma del AUGE ha supuesto un enorme avance en

la meta de disminuir la discriminación y la desigualdad en el sistema de salud chileno, pero aún le quedan importantes problemas por resolver.

Antes y después de la reforma, el sistema sanitario en Chile se caracteriza por ser un sistema que, desde el punto de vista de su financiamiento, mezcla el esquema del “seguro social con subsidio público” (pues todo trabajador debe asignar el 7% de su sueldo para financiar un seguro de salud cuyos niveles de cobertura mínimos están determinados por ley, y en el cual, además, se subsidia a los pobres e indigentes) y el de “seguros privados” (que funciona bajo la lógica del mercado y determina las primas por las características de riesgo individuales). Ambos sistemas se complementan, a su vez, por el modelo de “pago por servicio”, que se aplica tanto en el sistema privado como en el público.

Desde el punto de vista de la cantidad de actores que pueden participar en la provisión de cuidado sanitario, vimos que era posible clasificar los sistemas en “unificados” y “pluralistas”. La diferencia entre ambos se relaciona con el énfasis en los criterios de equidad y eficiencia. Si bien para algunos la primacía del sistema unificado está en evitar la clásica relación inversa entre estatus socioeconómico y estatus sanitario, lo cierto es que hoy prácticamente todos los países del mundo –y Chile no es la excepción– mantienen sistemas sanitarios pluralistas que combinan la actuación del sistema público con el privado. De ese modo se permite controlar

el gasto, mejorar la gestión y competencia del sistema y garantizar, en mayor o menor medida, un acceso equitativo al cuidado sanitario.

Desde el punto de vista de la equidad, Chile parece desplazarse desde un sistema sanitario de carácter regresivo –en el que la proporción de recursos pagados cae en la medida en que los recursos se incrementan, es decir, quienes tienen más recursos pagan menos por la salud que aquellos que tienen menos– a un sistema proporcional –en el que la proporción de recursos pagados para recibir cuidado sanitario es la misma para todos los que pertenecen al mismo nivel socioeconómico.

En la actualidad, el modelo chileno posee consecuencias financieras fuertemente regresivas, pues las diferencias de atención entre quienes poseen y no poseen recursos todavía son enormes. Los problemas de equidad que esto supone requerirán ampliar la reforma hasta el establecimiento de un “Fondo Solidario de Salud” que permita traspasar recursos del sistema privado al sistema público, logrando un efecto similar al de los sistemas sanitarios públicos universales y gratuitos, como el canadiense o el inglés. Ambos, como se señaló, tienen un efecto progresivo, pues la proporción de los recursos pagados para la asistencia sanitaria crece en la medida en que crecen los recursos de sus beneficiarios, de modo que los pagos se relacionan con las posibilidades económicas de cada cual, alcanzándose las metas propuestas de equidad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos un futuro*. Nueva York: OMS; 2003.
2. Zubiri Oria I. La equidad y la intervención pública en los mercados de salud. En: Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social (eds). *Análisis económico de la sanidad*. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social; 1994.
3. Hsiao WC, Liu Y. Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity. En: Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth (eds.) *Challenging Inequities in Health, Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. Beauchamp T, Childress J. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson S.A.; 1999.
5. Hurley J. Ethics, Economics, and Public Financing of Health Care. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 234-239.
6. Daniels N. Justice, Health, and Health Care. En: Rhodes, Battin y Silvers (eds). *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
7. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy* 1989; 5(1): 89-112.
8. Titelman D. Reforma al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo, CEPAL 2000; LC/L.1425-P: 104.
9. Vega J, Hollstein R, Delgado I, et al. Chile: Socioeconomic differentials and mortality in a middle income nation.

En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, et al (eds). *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001: 133-147.

10. Oyarzo C, Vergara M. *Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente*. (Sitio en Internet) Disponible en: www.expansiva.cl Último acceso en marzo de 2007.
11. Rawls J. *La Justicia como equidad, una reformulación*. Barcelona: Paidós; 2002.

Recibido: 28 de marzo de 2007.

Aceptado: 26 de abril de 2007.