



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Urriola, Carlos; Infante, Antonio; Aguilera, Ismael; Ormeño, Héctor
La reforma de salud chilena a diez años de su implementación
Salud Pública de México, vol. 58, núm. 5, septiembre-octubre, 2016, pp. 514-521
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10647486004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

La reforma de salud chilena a diez años de su implementación

Carlos Urriola, BE, MSc,⁽¹⁾ Antonio Infante, MD, MPH,⁽²⁾
Ismael Aguilera, BE, MSc IT,⁽²⁾ Héctor Ormeño, BPA, BEcon, MEcon.⁽³⁾

Urriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H.
La reforma de salud chilena
a diez años de su implementación.
Salud Pública Mex 2016;58:514-521.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>

Resumen

Objetivo. Analizar el proceso de diseño e implementación del Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). **Material y métodos.** Revisión de bibliografía sobre antecedentes prerreforma, arquitectura de diseño y proceso de implementación de la reforma AUGE y, complementariamente, entrevistas a ocho informantes involucrados en su desarrollo. **Resultados.** La valoración de la equidad en la salud fue un elemento clave prerreforma; existen cuatro dimensiones fundamentales en el diseño y nueve fases en la implementación. **Conclusión.** Los resultados del AUGE muestran un fortalecimiento en la salud pública por la inversión en equipamiento para tratamientos costo-efectivos; también por las guías clínicas que estandarizan y orientan la gestión de los profesionales de la salud con los pacientes.

Palabras clave: sistema de salud; reforma de la atención de salud; prioridades en salud; Chile

Urriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H.
Chilean health reform
ten years since its implementation.
Salud Pública Mex 2016;58:514-521.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>

Abstract

Objective. To analyze the process of design and implementation of AUGE. **Materials and methods.** Literature review of pre-reform background, architecture design and implementation process of reform AUGE and complementary interviews to eight informants involved in its development. **Results.** The assessment of health equity was a key element in pre-reform, there are four fundamental dimensions in the design, and the implementation has nine phases. **Conclusion.** The results show AUGE strengthening public health by investing in equipment for cost-effective treatments, and also through clinical guidelines that standardize and guide the management of health professionals with patients.

Keywords: health systems; health care reform; health priorities; Chile

(1) School of Environment, Education and Development, University of Manchester. United Kingdom.

(2) Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Santiago, Chile.

(3) Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile. Chile.

Fecha de recibido: 21 de septiembre de 2015 • **Fecha de aceptado:** 23 de agosto de 2016
 Autor de correspondencia: Ismael Aguilera. Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
 Av. Concha y Toro 3459, Puentel Alto, Región Metropolitana. Santiago, Chile.
 Correo electrónico: iaguilera@ssmso.cl

La reforma de salud que incorpora el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) de oportunidad y calidad de atención, más protección financiera, inició su diseño en el año 2000 y fue implementada en su totalidad en 2005. Este estudio identifica sus características más relevantes, así como las fases fundamentales para el éxito de su implementación, las cuales muchas veces no son consideradas en su nivel de importancia al momento del análisis. Por ello, este trabajo examina tres aspectos de la reforma.

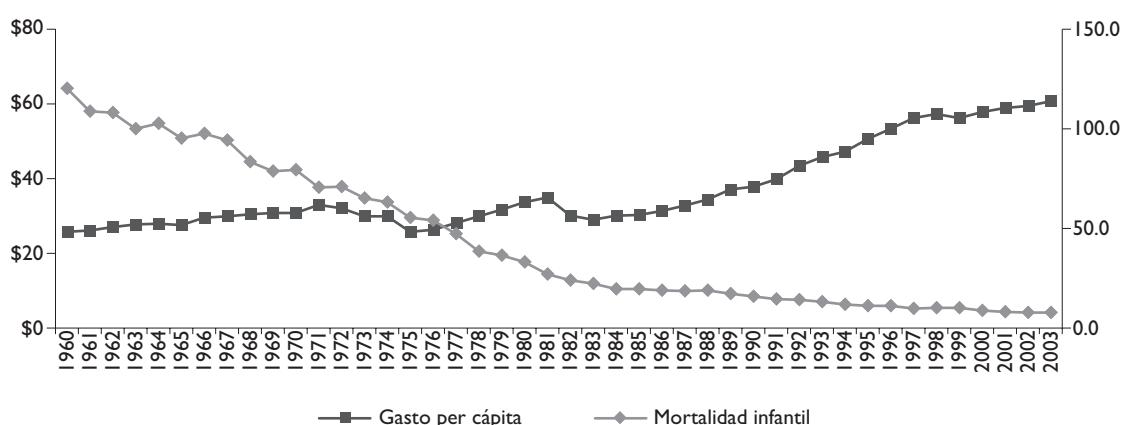
El primer aspecto es el contexto histórico en el que la política pública se desarrolla, mostrando cómo esta reforma es una respuesta a los cambios establecidos durante el gobierno militar que profundizaron las desigualdades en el sistema de salud. El segundo aspecto es la arquitectura de la reforma AUGE, donde se destacan sus características más importantes, como objetivos, estrategias de priorización, vínculo con las sociedades de especialistas, financiamiento para su sustentabilidad y coordinación al interior de la red asistencial. Finalmente, el tercer aspecto es el proceso de implementación de la reforma en cuanto a sus fases y talantes, en el que se ilustra la gradualidad del proceso de construcción conjunta.

Para desarrollar este estudio, se analizaron documentos oficiales y otros informes asociados con la reforma AUGE, además de las leyes y decretos principales que establecen la misma. Complementariamente, se realizaron entrevistas a ocho profesionales protagonistas desde diferentes aspectos del sistema de salud, los cuales habían participado en el proceso de implementación y diseño de la reforma desde el sector público o desde el privado.

Antecedentes históricos del sistema de salud chileno

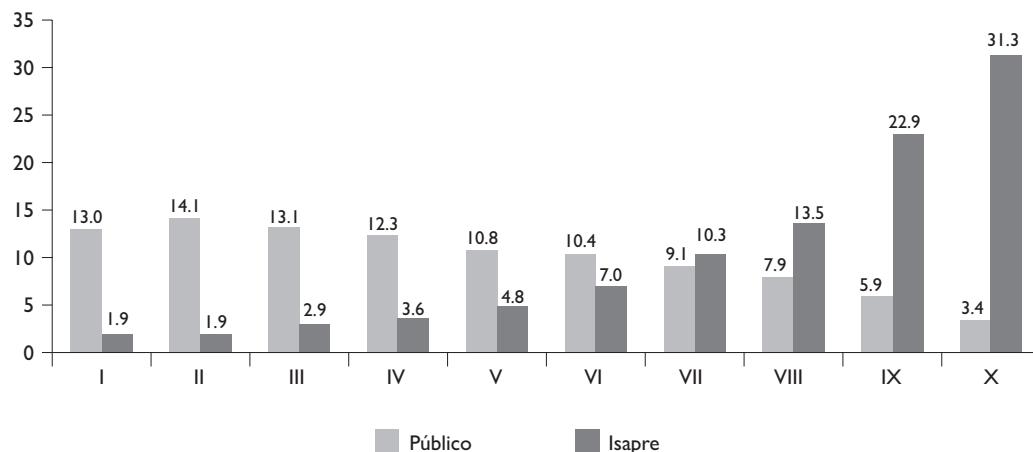
La realidad actual del sistema de salud chileno puede ser considerada como el resultado de una sumatoria de iniciativas implementadas durante estos últimos 50 años, que incluyen intervenciones comunitarias como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, además de la madurez programática y la coordinación de la red asistencial pública. Estas iniciativas, sumadas a la mejoría en el ingreso per cápita de la población, explican, entre otros aspectos, la mejoría del indicador de mortalidad infantil (figura 1). Por ejemplo, durante los años sesenta y setenta se realizó una inversión en infraestructura de salud y se consolidó el Sistema Nacional de Salud.³ Además, aumentó la cobertura en educación escolar y de la red de agua potable y alcantarillado.

Durante el gobierno militar (1973-1990) se implementaron programas nutricionales enfocados en embarazadas y menores de seis años. Durante este periodo se estableció el rol subsidiario del Estado en la salud y se fomentó la iniciativa privada.⁴ Esto redujo el aporte fiscal, con lo cual se financió gran parte del sistema de salud a través de una cotización de 7% del ingreso mensual de los trabajadores. Además, se crearon las instituciones de salud previsional (Isapre), que son aseguradoras privadas de salud, que han competido con el gobierno en la captación de las cotizaciones de los trabajadores. Esto condujo a que los beneficiarios del sistema público fueran personas de menores ingresos. La distribución actual de los cotizantes por deciles se observa en la figura 2. Cabe destacar que en 2009, 73.5%



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas de Ministerio de Salud de Chile¹ y CEPAL²

FIGURA 1. MORTALIDAD INFANTIL (MUERTES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO POR CADA 1 000 NIÑOS NACIDOS VIVOS) Y GASTO PER CÁPITA EN SALUD (DÓLARES ESTADUNIDENSES POR HABITANTE [US\$ 1993]) EN CHILE. 1960-2003



Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud (2011)⁵

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE COTIZANTES DE SALUD POR DECILES DE INGRESO. CHILE, 2009

de los beneficiarios utilizaban el seguro público, el cual ha aumentado 1%, aproximadamente, desde 1997 hasta la fecha.

Durante los noventa, con el regreso de la democracia, se implementó un mecanismo de pago per cápita por persona inscrita en los centros de atención primaria. Además, se hicieron inversiones en equipamiento (imagenología, radioterapia y otros) y se duplicó la red de consultorios de atención primaria. En este periodo se implementó el Programa de Oportunidades de Atención, el cual fue una primera experiencia en solucionar las listas de espera de cirugía, oftalmología, traumatología y otorrinolaringología; sin embargo, no tuvo continuidad.⁶

A inicios del año 2000, el proceso de reforma tuvo como objetivo mejorar la equidad en las condiciones de salud de los chilenos⁷ como respuesta a la existencia de dos tipos de segmentaciones en el sistema de salud: por ingresos y por riesgo (se discriminaba a la población de mayor edad y a las mujeres en edad fértil).⁸

Es por esto que el gobierno del presidente Ricardo Lagos implementó una Reforma del Sistema de Salud, enviando al Congreso cinco proyectos de Ley: a) Finciamiento para la reforma de salud mediante un aumento de 1% del impuesto al valor agregado (IVA); b) Separación de las funciones del Ministerio de Salud, Salud Pública y Redes Asistenciales; c) Establecimiento de derechos y deberes de los chilenos, regulando aspectos relacionados con discriminación, acceso a información de tratamientos y condición de salud, y confidenciali-

dad; d) Fiscalización de las Isapre; e) Ley AUGE, la cual se profundizará en el próximo apartado.

Arquitectura de la reforma AUGE

La descripción de la reforma AUGE se organiza a partir de cuatro dimensiones relevantes: 1) diseño estratégico; 2) procesos y recursos clave de la reforma; 3) arquitectura organizacional, y 4) normas, políticas y otros instrumentos.

Diseño estratégico de la reforma AUGE

El diseño estratégico se refiere a la estructura básica de la reforma en cuanto a sus objetivos, derechos, cobertura, población objetivo y requisitos. El objetivo principal de la reforma AUGE es la “priorización en el uso de recursos, generando derechos de acceso universal y garantías de atención para los problemas de salud más relevantes, tanto en el ámbito público como privado”. Es decir, el AUGE es una reforma que genera derecho a garantías de solución para un conjunto de problemas con alta carga de enfermedad, susceptibles de mejorar con intervenciones de salud y que, además, se cuentan entre las prioridades de la ciudadanía. Por otra parte, los objetivos específicos remarcan otras dimensiones importantes de la política como el enfoque preventivo, la disminución de la desigualdad y el detalle de las garantías. Los objetivos específicos son: a) dar prioridad a una política sanitaria con énfasis preventivo e

interviniendo poblaciones; b) disminuir la brecha entre los sectores más vulnerables y los más acomodados, y entre el sector rural y el urbano;* c) proveer una atención garantizada en oportunidad, calidad y protección financiera para un número importante de problemas de salud con alto impacto sanitario; d) disminuir la brecha de oportunidad existente entre los sistemas público y privado de seguros.

En relación con el grupo objetivo de la reforma, se intentó priorizar la población chilena según ciertas características definidas por una comisión técnica: edad, género y tipo de enfermedad y sus características. La reforma ha tenido un incremento progresivo en el número de problemas de salud cubiertos, comenzando en 2005 con 25 y finalizando en 2013 con 80.[‡]

En cuanto a los derechos, esta reforma garantizó, en los problemas de salud considerados, los siguientes derechos: a) *Acceso*, aseguró el otorgamiento de prestaciones garantizadas por parte del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o Isapre en forma y condiciones establecidas por decreto; b) *Oportunidad*, definió los plazos máximos para la atención de cada uno de los problemas; c) *Protección financiera*, determinó el valor a pagar máximo (porcentaje de copago y topes máximos) por las atenciones;[§] d) *Garantía de calidad*, garantizó que la atención de salud sea realizada por un prestador acreditado de acuerdo con la Ley N° 19 937. Para poder ejercer estas garantías, los pacientes deben atenderse en la Red de Prestadores que determine Fonasa o la Isapre.

Procesos y recursos de la reforma AUGE

Proceso de priorización de las enfermedades AUGE

El proceso de priorización y definición de los problemas de salud cubiertos por la reforma ha sido uno de los más importantes para su implementación. Éste se rige por el Decreto N° 121 del Ministerio de Salud del año 2005 y ha incorporado gradualmente 80 problemas de salud en los años 2005-2007, 2010 y 2013. En estricto rigor, el proceso (con un tiempo promedio de 900 días) debe seguir las siguientes etapas:

- 1) El Ministerio de Hacienda fija una resolución para empezar el proceso y definir los recursos.
- 2) El Ministerio de Salud define comisiones de trabajo y estudios necesarios (sanitarios y económicos).
- 3) Las comisiones, a partir de los estudios, realizan un análisis para definir los problemas de salud posibles de integrar.
- 4) Se priorizan los problemas e intervenciones asociadas de acuerdo con el grado de evidencia que existe del beneficio para la sobrevida o calidad de vida de los afectados.
- 5) Se determina el costo esperado individual promedio de los problemas de salud y prestaciones priorizadas.
- 6) El Ministerio de Salud licita un Estudio de Verificación del Costo Esperado por beneficiario de la propuesta.⁹
- 7) El Consejo Consultivo analiza la propuesta y emite un informe con modificaciones de la propuesta, el cual debe estar dentro del marco presupuestario.
- 8) Finalmente, los ministerios de Hacienda y Salud hacen la formulación final de las garantías y emiten un decreto supremo.

Este proceso ha podido controlar las presiones externas y ha generado transparencia hacia la ciudadanía. En la selección de problemas se ha tomado en cuenta la carga de enfermedad, la prioridad ciudadana y la costo-efectividad de su solución. Esto es apoyado por las universidades y sociedades científicas para dotar de evidencia y protocolizar las propuestas. Esta metodología ayudó a enfrentar la oposición de algunos gremios de la salud que objetaron la priorización y los protocolos señalando que se discriminaba a la población y, además, se limitaba la libertad en la práctica clínica.^{10,11}

Recursos de la reforma

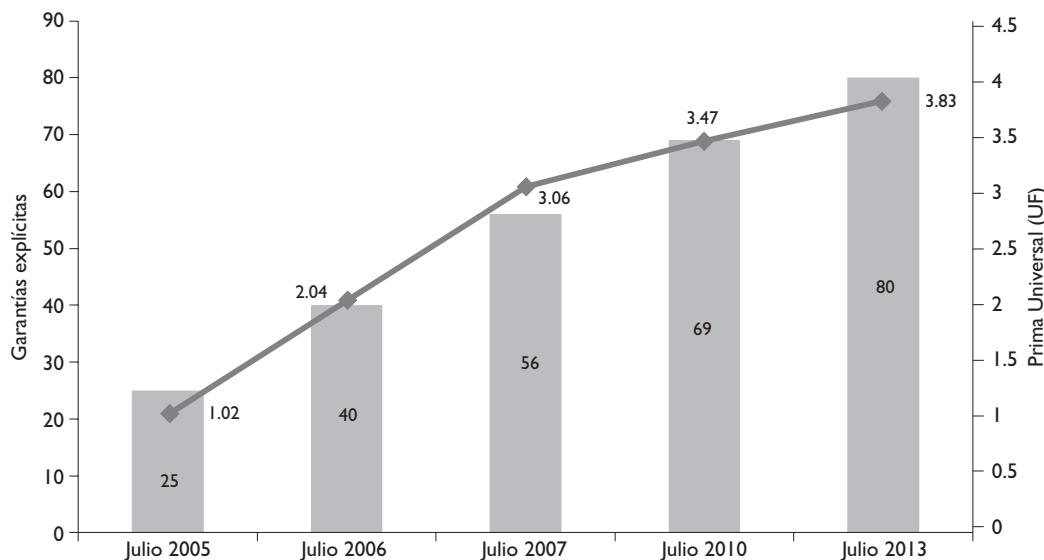
El costo por cotizante de la prima AUGE, según las modificaciones a este último, ha aumentado según el número de garantías (figura 3), lo que ha provocado que el impacto en el presupuesto del gobierno como de los cotizantes de Isapre haya sido amortiguado. En el caso del Sistema de Salud Público, esta prima ha sido cubierta por el Estado, mientras que en el sistema privado el costo ha sido compartido entre el cotizante y la Isapre. En este último punto cabe decir que las Isapre, a principios de 2000, implementaron una Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC) que consideraba problemas de salud que el AUGE posteriormente garantizó.

Esta prima considera el copago o deducible por evento de entre 0 y 20% del costo del problema de sa-

* Hubo un intento de introducir un pilar solidario, pero por diferencias con la oposición política al gobierno, no se introdujo en los proyectos de ley. Este intento lo ratifican todos los especialistas entrevistados.

[‡] Enfermedades cubiertas por el plan AUGE y sus requisitos en: <http://auge.fonasa.cl/patologias.html>

[§] El copago del valor por prestación es nulo para los afiliados de Fonasa A y B; 10% para el grupo C y 20% para el grupo D y los afiliados a Isapre.



Fuente: elaboración propia con base en datos de referencia 12

FIGURA 3. NÚMERO DE PATOLOGÍAS Y MONTO DE PRIMA UNIVERSAL SEGÚN PERÍODO DE INCORPORACIÓN AUGE. CHILE, 2005-2013

lud. Esto depende de si el usuario es parte del sistema público o de alguna Isapre, como también de su remuneración. Este copago tiene un tope anual de alrededor de tres veces el ingreso mensual promedio para más de un evento (dos veces para un evento).

El modelo de financiamiento para esta Reforma establece los siguientes ingresos:

- Aporte del Estado para el pago de la prima del Plan AUGE en el servicio público.
- Aporte de la Isapre y/o el usuario de Isapre para el pago de la prima.
- Aporte del beneficiario a través del copago por evento, con un límite fijado por la protección financiera.

Por parte del Estado, este modelo se financió a través del aumento de 1% del IVA* (el cual también se destinó al financiamiento de otras reformas). Si bien el hecho de financiar el AUGE a partir de un impuesto al consumo implicó un menor potencial de equidad, se compensó por la estructura de copago de la reforma.

* El IVA es el principal impuesto al consumo que existe en Chile y grava con una tasa de 19% las ventas de bienes muebles e inmuebles (en el caso de inmuebles cuando son propiedad de una empresa constructora). El IVA también grava los servicios que se presten o utilicen en el país y que provengan de las actividades que la ley señala.

Arquitectura organizativa de la reforma

Organizativamente, esta reforma se estructuró con base en la separación del diseño, el financiamiento, la implementación, la administración y el control de las garantías.

En cuanto al diseño de la reforma, éste se realizó a nivel macro en las subsecretarías y fue adecuado por los servicios de salud, los cuales determinan los procesos y estiman la brecha necesaria entre sus capacidades y la demanda. Los límites del financiamiento son definidos por el Ministerio de Hacienda. La administración de los recursos públicos es realizada por el Fonasa y los recursos del sistema privado por las Isapre. La implementación y mejoramiento de esta reforma es llevada a cabo por la Secretaría Ejecutiva AUGE, un consejo consultivo y el apoyo del departamento jurídico del Ministerio de Salud. Finalmente, para garantizar los derechos del AUGE se encuentra la Superintendencia de Salud, la cual podría castigar a los prestadores.

Aspectos legales e instrumentos de la reforma

En cuanto a sus elementos clave, esta reforma se constituye de los siguientes instrumentos legales y técnicos:

- Ley N° 19 966 del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que establece los procedimientos y dere-

- chos de las garantías con su definición del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación garantizados.
- Decreto 121, que establece las normas para la elaboración y determinación de las GES previstas en la Ley N° 19 966.
 - Decretos de garantías explícitas de salud: la entrada en vigencia de cada nuevo régimen de garantías explícitas requiere generar un decreto.
 - Guías clínicas que establecen las formas y procesos para dar solución integral a los problemas de salud garantizados, desde la etapa de prevención hasta la de rehabilitación.

Proceso de implementación de la reforma

La puesta en marcha del AUGE fue un proceso complejo y ambicioso. Su implementación requirió voluntad política, disciplina parlamentaria y distintas estrategias de gestión del cambio en un ambiente caracterizado por la resistencia de los principales gremios de salud.^{13,14}

Fase 1: Diseño político de la reforma

La reforma fue una respuesta a la contingencia política del sector salud, marcada por las listas de espera, filas en los centros de atención primaria y, principalmente, altos niveles de inequidad en el acceso a la solución de problemas. En ese escenario, el Ejecutivo creó una Comisión Interministerial para la Reforma de Salud, externa al Ministerio de Salud, para independizarla de la inercia burocrática, condición que generó algún nivel de tensión al interior de éste. Una de las primeras tareas de la Comisión fue revisar experiencias nacionales e internacionales similares. En el nivel nacional, se consideró el caso de la educación básica de 1920, garantía que llegó a 13 años, incluyendo la educación media y preescolar.

Fase 2: Definición de los principios de implementación

Paralelamente, la comisión definió los principios de implementación de la reforma que fueron clave para su éxito: a) instalación del concepto de los derechos ciudadanos garantizados y una mirada sistémica: promover nuevas prácticas en la gestión de salud y en la relación con los ciudadanos a través de guías clínicas basadas en evidencia; b) aumentar la coordinación y el funcionamiento en red: las garantías de derechos necesitaron aumentar la coordinación y funcionamiento en red de tal manera que se pueda gestionar adecuadamente la demanda y oferta en salud; c) generar mayor relación con el mundo médico y las universidades: la elaboración de guías clínicas aumentó la relación entre

especialistas, sociedades científicas y universidades; d) implementación gradual de las garantías: la implementación gradual del AUGE, primero con un piloto del AUGE y después con un aumento progresivo de las garantías, generaron aprendizaje institucional;¹⁵ e) cambio en la evaluación, desde actividades a resultados: mayor foco en la solución de problemas de personas concretas, cambio en el foco de la gestión a la resolución de problemas de salud.¹⁶

Fase 3: Definición del diseño estratégico de la reforma AUGE

La reforma AUGE requirió, primero, realizar un diseño estratégico¹⁷ que coincidiera con los objetivos sanitarios nacionales, enfatizando la equidad. Paralelamente, se emprendieron dos iniciativas: analizar el estudio de carga de enfermedad realizado a finales de los años noventa, seleccionando de allí los problemas con mayor carga y, por otra parte, iniciar un estudio de opinión en la ciudadanía para conocer sus prioridades en el ámbito sanitario y asistencial. Con esos tres elementos se seleccionaron problemas que contaran con evidencia en la eficacia de su tratamiento, que además fueran costoefectivos y que pudieran implementarse nacionalmente. Se generó así un primer borrador en el que se detallaban las garantías en tiempos de espera, las actividades asistenciales y el costo para los ciudadanos.

Fase 4: Identificación de los actores clave y sus relaciones

Con el diseño estratégico definido, se identificaron los actores principales y las relaciones entre ellos. En la implementación fue clave la estrecha conversación entre dependencias de las subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, el Fonasa y Hacienda, facilitada por la Secretaría Técnica.

Fase 5: Proceso de priorización de las enfermedades AUGE

Con los diseños definidos se procedió a desarrollar por primera vez el proceso de priorización de enfermedades. En esta primera vez el proceso entregó un listado de 56 problemas de salud.¹⁸

Fase 6: Establecimiento de las guías clínicas

Con los problemas de salud definidos, se establecieron las primeras guías clínicas, las cuales fueron elaboradas por especialistas basados en evidencia científica. La factibilidad de implementación fue refrendada por el Ministerio de Salud.

Fase 7: Establecimiento del financiamiento del AUGE

La propuesta inicial del gobierno implicaba financiar la reforma con ganancias de eficiencia y aportes privados. Esto último se haría con un fondo entre Isapre y Fonasa, aspecto que no fue aprobado. Ante esto, se envió al Congreso un proyecto de financiamiento basado principalmente en el aumento de un punto porcentual del IVA (Ley 19 888), el cual, en una primera instancia era “transitorio”. Se calcularon los gastos según una serie de supuestos y escenarios base a partir de la población objetivo y la demanda esperada de las garantías de salud.

Fase 8: Inicio de implementación escalonada

Con el diseño listo y aprobado en el congreso se inicia una puesta en marcha escalonada. Esta “Marcha Blanca” se realizó dos años antes del inicio formal de la reforma AUGE. Este proceso posibilitó identificar prontamente varios desafíos no previstos.

La primera prioridad fue invertir en elementos esenciales para el apoyo diagnóstico y terapéutico de la red: imagenología, laboratorio clínico, anatomía patológica, procedimientos clínicos (endoscopios, broncoscopios, cistoscopios), equipamiento de pabellones quirúrgicos (máquinas de anestesia y cajas quirúrgicas) y actualización del arsenal farmacológico.

La segunda prioridad fue definir las responsabilidades en la implementación en la red de salud pública. En este caso, los actores principales que se definieron fueron: a) Subdirector médico: es el coordinador técnico de la red, fue la contraparte dentro del servicio de salud; b) Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA): encargado de socializar los problemas de implementación, en especial aquéllos de coordinación; c) Coordinador AUGE y su equipo (habitualmente una enfermera y colaboradores diversos): encargados del monitoreo exhaustivo de todo el proceso; d) Directorio de compras: asistía a éste el equipo regional de Fonasa y los subdirectores médicos de las diferentes redes, examinando las dificultades y soluciones existentes para cumplir con determinadas garantías.

Una tercera prioridad fue definir los flujos al interior de la red nacional, estableciendo los polos de desarrollo, la concentración de la complejidad y la protocolización de los mecanismos de derivación y contraderivación al interior de cada distrito sanitario (servicio de salud) y, entre ellos, para los temas de menor frecuencia y mayor gravedad (p. ej. neurocirugía, cardiocirugía, radioterapia).

En la red privada de salud, la gradualidad del sistema dio tiempo para que las Isapre pudieran realizar convenios de prestaciones de servicios de salud privada a lo largo de todo el país.¹⁹

Fase 9: La puesta en marcha

Probablemente la decisión más lúcida y virtuosa que surgió de la discusión parlamentaria haya sido la puesta en marcha, escalonada en tres años, iniciando el proceso con aquellos problemas que en la práctica ya tenían cobertura nacional y buen acceso, para terminar el tercer año con aquéllos de alto nivel de complejidad que requerían de equipamiento y sistemas de derivación expeditos y sofisticados como, por ejemplo, el gran quemado o el politraumatizado. Ese primer proceso comprendió 56 problemas y permitió que el AUGE rodara y madurara, lo que hizo posible la incorporación en los años siguientes de otros 24, muchos de los cuales han garantizado la continuidad del tratamiento durante el ciclo vital (p. ej. epilepsia del niño y, más tarde, del adulto, y lo mismo para la artritis reumatoidea).

Discusión

El presente informe ha descrito y analizado las principales características del diseño e implementación de la reforma AUGE. La evidencia de este estudio sugiere que la reforma fue posible debido a varios factores, el más importante de los cuales fue la voluntad política y posteriormente las decisiones estratégicas, como aislar el diseño de la reforma de presiones externas, dotarla de un componente técnico robusto y basado en evidencia científica, y enfatizar los mecanismos de coordinación de la red nacional de salud. También la estrategia de gradualidad en la implementación posibilitó que tanto en el sector público como en el privado se pudiesen anticipar desafíos que al momento del diseño inicial no habían sido considerados. Hoy, el cumplimiento en la solución de garantías en los tiempos establecidos supera 99% a nivel nacional.

Por otra parte, cabe destacar que la reforma AUGE también ha tenido efectos positivos para toda la red de salud más allá de la propia reforma, principalmente por la inversión en herramientas diagnósticas y terapéuticas. La magnitud de dichos efectos queda para futuras investigaciones.

Un problema mayor, ya anticipado, es la generación de listas de espera en problemas no garantizados, tanto en el área de consultas de especialidad como en cirugías y procedimientos. Este es un desafío del sistema de salud

chileno, sumado a la necesidad de implementar políticas públicas preventivas que mejoren la calidad de vida de la población.

Agradecimientos

Al apoyo y guía de OMS-OPS, especialmente, a Cristian Morales, consejero regional de Latinoamérica. También a la participación de los entrevistados Emilio Santelices, Rodrigo Salinas, Manuel Inostroza, Gonzalo Simón, Carmen Aravena, Elba Estefan, Patricia Navarrete y Rodrigo Callejas.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Series y gráficos de mortalidad. Chile: Gobierno de Chile [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Santiago de Chile: CEPAL [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: <http://estadisticas.cepal.org/>
3. Ranis G, Stewart F. Crecimiento económico y desarrollo humano en América Latina. CEPAL diciembre 2002:7-24 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/10848-crecimiento-economico-desarrollo-humano-america-latina>
4. Larroulet C. Reflexiones en torno al Estado empresario en Chile. *Estudios Públicos* 1984;14:129-151. Santiago de Chile [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.cepcchile.cl/reflexiones-en-torno-al-estado-empresario-en-chile/cep/2016-03-03/184311.html>
5. Ministerio de Salud. Estudio impacto de las garantías explícitas en salud en producción y en gasto en la red asistencial. Informe Final DESAL. 2011 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/informefinalimpactoges.pdf>
6. Fonasa. Programa de Oportunidad en la Atención. Chile: Ministerio de Salud de Chile, 1998.
7. Paraje G, Vásquez F. Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. *Int J Equity Health* 2012 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-81>
8. Román AO, Muñoz CF. Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Rev Med Chil* 2008;136(12):1599-1603 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200014
9. Ministerio de Salud. Verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas. División de Planificación Sanitaria. Informe Agosto 2007 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/INFORME-FINAL_AGOSTO2007.pdf
10. Infante A, Paraje G. Reforma de Salud: garantías exigibles como derecho ciudadano. Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile 2010. Uqbar: 77-118 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_Reforma_salud_2010.pdf
11. Fernández M, René A. ¿GES o no GES? Esa es la cuestión. *Revista Española de Economía de la Salud* 2007;5(6):361-368 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/2524/>
12. Escobar-Alegria L. Garantías Explícitas en Salud GES/AUGE. Chile: Gobierno de Chile [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-8207_ppt_I.pdf
13. Gilbert C. Chilean Health Reform and the AUGE Plan: lessons for the United States in implementing PPACA. *Annals of Health Law* 2012;38-51 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.luc.edu/media/lucedu/law/centers/healthlaw/pdfs/advancedirective/pdfs/8/gilbert.pdf>
14. World Health Organization. Chile: improving access, quality and financial protection. Geneva: WHO, 2012.
15. González FF. Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC. *Rev Med Chil* 2003;131(5):545-551 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000500011
16. González FF. La implementación del Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas (Plan AUGE) ha deteriorado la calidad del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal terminal. *Rev Med Chil* 2006;134(10):1288-1294 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001000011
17. Infante A. El proceso de implementación del AUGE. Chile: Fonasa, 2006.
18. Castillo C, Aravena M, Freile B, Castillo M, Loayza S, Strappa V. Revisión del proceso de priorización de las Garantías Explícitas en Salud (GES). Informe 2012. Chile: Ministerio de Salud, 2012. Informe 2012 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/REVISION_PRIORIZACION_INFORMEFINAL.pdf
19. Superintendencia de Salud. Comportamiento financiero de las Garantías Explícitas en Salud en el Sistema ISAPRES. Chile: Superintendencia de Salud, 2008 [consultado el 27 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4380_recurso_I.pdf