

Cambios en la Estructura Organizacional del Sistema de Salud Público Chileno Post Reforma del 2004 en Valparaíso - Chile

*Mario Parada¹ / Carolina Reyes² / Katherine Cuevas³ / Antonio Ávila⁴
Paulina Lopez⁵ / Fabián Moraga⁶ / Valeria Carrasco⁷
Juan Francisco González⁸ / Pedro Riquelme⁹*

RESUMEN

El presente artículo reporta las evaluaciones efectuadas por los actores regionales y locales de la salud respecto a la implementación de la Reforma AUGE-GES en Valparaíso, recolectando los cambios positivos y negativos observados en la organización de la atención hospitalaria de especialidades y de atención primaria. Se argumenta que la lógica de priorización y focalización de la Reforma AUGE-GES es entendida como: la urgencia en la atención sólo de algunas enfermedades; establecimiento de estímulos y protocolos de atención. La cual impuso un dinamismo diferenciado a la producción de salud, tensionó la organización primaria y de especialidades e impuso plazos y metas para obtener incentivos

ABSTRACT

This document reports the evaluations carried out by regional and local health's actors about the implementation of the AUGE-GES reform in Valparaiso, collecting the positives and negatives changes in the organization observed in the medical attention related with some health specialties and the primary care. Here we argue that the logic of prioritization and focalization of the AUGE-GES Reform, described as urgent attention in some diseases, created attentions protocols, imposed periods of time and goals to achieve monetary incentives for the health workers. But this logic can't be adopted by the whole health system for a long period of time, because those organizational values inspired by the traditional health attention

¹ Profesor del Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile0

² Profesora del Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile0

³ Profesora del Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile0

⁴ Profesor del Instituto de Sociología de la Universidad de Valparaíso.'Ej kg0

⁵ Profesora Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.'Ej kg0

⁶ Sociólogo de la Universidad de Valparaíso.'Ej kg0

⁷ Estudiante de la carrera de sociología de la Universidad de Valparaíso.'Ej kg0

⁸ Estudiante de la carrera de sociología de la Universidad de Valparaíso.'Ej kg0

⁹ Estudiante de la carrera de sociología de la Universidad de Valparaíso.'Ej kg0

Fecha de recepción: 21 de septiembre de 2015

Fecha de aprobación: 7 de diciembre de 2015

monetarios a los funcionarios. Esa misma lógica no es extensible a todo el sistema de salud en el largo plazo, ya que es una lógica hospitalaria tradicional centrada en el paradigma biologicista, negando el avance del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

PALABRAS CLAVE: Reforma Sanitaria, Garantías Explícitas, Estructura organizacional.

logic focus on the biological paradigm, deny the progress of the integral health attention model in the family and community health.

KEYWORDS: Health reform, Explicit guarantees in health, Health organizational structure.

Introducción

En Chile, durante la dictadura militar (1973-1990) se produjo un cambio radical en la organización del sistema de salud que implicó transitar desde un Sistema de Salud con vocación pública y universal a la implementación de un sistema neoliberal que privatizó la administración del seguro público obligatorio en salud, así como la expansión de la prestación de servicios de salud privados. Las reformas comenzaron a implementarse en el año 1979 con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), responsable de recaudar y asignar los recursos. En lo administrativo, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) fueron atomizados en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con servicios regionalizados y autónomos. A partir de 1981, la atención primaria fue traspasada en su mayoría a los municipios. Se fortaleció la administración de los recursos en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que la tuición técnica siguió a cargo del Ministerio de Salud (MINSAL). En 1982, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), aseguradoras privadas con fines de lucro, que administran las cotizaciones de los trabajadores con mayores sueldos y menos enfermedades (De Azevedo & Mardones-Restat,

2002; Annick, 2002; Labra, 2002; Tetelboin, 2003; Unger, De Peape, Cantaurias, & Herrera, 2008; Parada, 2004).

En la década de los noventa, gobiernos de la post-dictadura, las políticas de salud se dirigieron al rescate y fortalecimiento del Sistema Público y a la implementación de instancias reguladoras del mercado de seguros privados de salud (Parada, 2004; Tetelboin, 2003; Barrientos, 2001). No obstante, el sistema continuó presentando importantes grados de inequidad respecto al acceso a los servicios, calidad de atención y gasto de bolsillo (Arteaga, Astorga, & Pinto, 2001; Warren, Giusti, & Sotelo, 2007; Subramanian, Delgado, Vega, & Kawachi, 2003). Reconociendo las brechas de equidad, en la década del 2000 se avanzó en el diseño de una nueva Reforma de Salud, que inicialmente, se planteó como una respuesta a la grave crisis en el sistema de salud producida por la política neoliberal, heredada de la dictadura (Parada, 2004; Sandoval, 2004).

El gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006) estableció los “Objetivos sanitarios de la década 2000-2010”, entre los cuales se cuenta el mejoramiento de

los logros sanitarios del siglo XX, la disminución de la inequidad en salud, hacer frente a los cambios en la estructura social, y proveer servicios que cumplan con las expectativas de los chilenos (MINSAL, 2013). Paralelamente con ello, se comenzó a diseñar la Reforma, la que se expresó en un conjunto de proyectos de ley: 1) Financiamiento, en agosto de 2003, a través de un aumento del 1% del impuesto al valor agregado – IVA (Ley N°19888, 2003). 2) Definición de la autoridad sanitaria y la gestión, que reformuló la institucionalidad con la creación de dos subsecretarías (Salud pública y Redes asistenciales), con la creación de la Superintendencia de Salud (SIS) y la de los Hospitales Autogestionados en Red (Ley N° 19937, 2004). Para la ciudadanía los aspectos más notorios del cambio fueron provocados por la ley 19.966 sobre el régimen general de garantías en salud, conocido como Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), donde se establecieron garantías legales asociadas a un grupo de enfermedades: de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad (Ley N°19966, 2004).

El AUGE consiste básicamente en la priorización de enfermedades e intervenciones, de acuerdo a la carga de enfermedad, mortalidad, la capacidad instalada para tratarlas y otros factores socioeconómicos vinculados. Actualmente, se conoce como GES (Garantías Explícitas en Salud), e incorpora 80 patologías e intervenciones (Erazo, 2011).

Existe evidencia respecto a que la implementación y resultados de la Reforma AUGE-GES ha sido percibida como un proceso fragmentado (Méndez, Miranda, Torres, & Matthews, 2011; Núñez & Méndez, 2011; Durán & Méndez, 2010; Paraje & Vásquez, 2012). Por otra parte, hay información que apunta a que, si bien la garantía de acceso ha tenido una implementación exitosa, en la garantía de oportunidad ha existido incumplimiento

importante para la solución de varias patologías, generando listas de espera no previstas ni legales (Valdivieso & Montero, 2010). La protección financiera, consistente en la fijación de copagos máximos para los beneficiarios, se vislumbra como un instrumento a favor de la equidad, siendo el único aspecto deficitario la entrega no oportuna de algunos medicamentos de la canasta AUGE (Valdivieso & Montero, 2010; Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010). Por otra parte, la garantía de calidad aún no ha sido implementada.

Otros hallazgos indican que, al tratarse de un mecanismo de priorización y focalización, el AUGE-GES ha implicado una tensión organizacional excesiva sobre el servicio de atención primaria de salud (APS) por la búsqueda de resultados inmediatos y además ha significado un debilitamiento de los hospitales públicos al traspasar recursos del Estado al sector de atención especializada privada para cumplir con las garantías legales de oportunidad. Es así como, estas segmentaciones atentan contra la integralidad y universalidad pretendida por el sistema, ya que se generan restricciones a la garantía de acceso por factores como el sexo, edad o la severidad de la enfermedad. Por otra parte, los diferentes actores coinciden en que la estrategia de priorización ha aumentado la exclusión de grupos poblacionales y problematiza la real capacidad del GES para disminuir las inequidades en el acceso a la atención, favoreciendo las prestaciones curativas y configurando el nuevo espacio NO GES. A nivel de los equipos de trabajo, la reforma ha introducido nuevas exigencias y competencias tales como: el trabajo en redes, el trabajo en base a protocolos y normas; los usuarios deben reclamar para que su descontento sea efectivamente considerado (Parada et al., 2014).

Como consecuencia de lo anterior, se ha observado una postergación de atenciones de afecciones

no incluidas en el AUGE-GES, generándose las denominadas listas de esperas NO-GES (Parada et al., 2014). Como el sistema contempla la posibilidad de contratar servicios de atención privados para responder a las garantías explícitas, cuando el Sistema Público no cuenta con la capacidad para responder, se ha producido un traspaso de fondos desde el sector público hacia el sector privado de prestadores con fines de lucro (Román & Muñoz, 2008). Bajo esta modalidad, a través de mecanismos de concesiones hospitalarias, por cada \$1 que subsidia el Estado al sistema público, traspasa \$2,9 a las clínicas privadas (Calvin & López, 2010). Se entiende por concesión hospitalaria el traspaso que hace el estado a privados de la ejecución, conservación y explotación de un hospital vía licitación (Leyton & Padilla, 2013).

El marco contextual de la investigación es la región de Valparaíso, que por sus indicadores socioeconómicos es la cuarta región más pobre de Chile, con 16,9% de personas en situación de pobreza, lo que representa un aumento relativo de 12% respecto del año 2009 (Ministerio de Desarrollo Social, 2011). En la región de Valparaíso, existe la Autoridad Sanitaria o Secretaria Regional Ministerial (SEREMI) y tres Servicios de Salud (SS) o redes asistenciales, uno de ellos es el SS Valparaíso-San Antonio (SSVSA), en el cual se sitúa la presente investigación. Cuenta con una población asignada de 476.970 personas, de las cuales el 85% se encuentra afiliado al FONASA (Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, 2012). Este cuenta con una red compuesta por un Hospital de alta complejidad (Carlos Van Buren –HCVB–, autogestionado) y otros tres Hospitales de menor complejidad, y un Hospital Psiquiátrico. La red de APS está compuesta por dos Centros de Salud Familiar (CESFAM) propios del SSVSA ubicados en la comuna de Valparaíso y 20 CESFAM de administración municipal. En

este SS la implementación de la Reforma ha sido similar a la del resto del país: sólo un 36% de las garantías son cumplidas en el plazo establecido; un 43% fuera del plazo y un 15% son catalogadas como exceptuadas, siendo el cuarto Servicio a nivel nacional con mayores incumplimientos, al mes de agosto del año 2013 (Superintendencia de Salud, 2012); un 60 % de los pacientes que se atienden bajo la modalidad GES lo hacen en algún centro de atención primaria (Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, 2012); en cuanto a las transferencias al sector privado, estas se han duplicado desde que se implementó la Reforma en el año 2005, pasando de los 16.667 millones de pesos a 32.800 millones de pesos en el año 2012 (Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, 2012).

El presente artículo reporta las evaluaciones generales efectuadas por los actores respecto a la implementación de la Reforma AUGE-GES en Valparaíso - Chile, observando los cambios en la organización catalogados como positivos y negativos en la atención hospitalaria de especialidades y en la APS. Los datos corresponden a actores regionales y locales, a nivel de un SS, de un hospital, dos centros de salud de atención primaria, y otros organismos relacionados con la reorganización estructural originada a partir del proceso de Reforma del sector.

Metodología

Estudio cualitativo, con utilización de entrevistas individuales semi estructuradas a informantes claves y actores dentro del sistema. Fueron realizadas 42 entrevistas durante el segundo semestre del 2012. El muestreo fue teórico e intencionado de actores relevantes del nivel regional: SEREMI, SIS, FONASA, SSVSA, Colegio médico; del nivel local: directivos, profesionales que trabajan relacionados y usuarios/as del AUGE-GES, del

HCVB, CESFAM Padre Damián, CESFAM Jean et Marie Thierry, dirigentes gremiales de la Federación de Trabajadores de la Salud (FENATS), de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS) y Asociación de Funcionarios de Salud Municipalizada (AFUSAM). Se puede considerar como factor limitante para el alcance de los resultados del presente estudio, el hecho que solo se incluye el hospital regional de referencia junto a centros de salud situados únicamente a la ciudad de Valparaíso.

Resultados

A continuación se sintetizan los principales hallazgos respaldados por una selección de los discursos encontrados, ordenados según se nivel de atención primario u hospitalario.

Principales cambios por la Reforma AUGES

Para los actores entrevistados, la Reforma es considerada una política positiva para el Sistema Sanitario, en tanto significa un progreso en relación a las carencias y déficit con los que operaba el sector previamente. Esta percepción es un elemento común particularmente en directivos regionales, usuarios y profesionales operativos. En base a ello, constantemente se apela por una profundización del GES, mejorando su cobertura e incluyendo más patologías.

Nos vino a ordenar un sistema de atención que fue maravilloso porque hay necesidades de la ciudadanía que necesitan ser abordadas en plazos súper definidos, y no tener esas largas listas de espera” (Directivo Regional, E6, P20).

Sin embargo, también señalan que la puesta en marcha de la Reforma fue incompleta y con múltiples dificultades. Una de ellas apunta directamente a la escasa preparación que tuvo el personal de salud para asumir los cambios organizacionales que se derivaron de la implementación de la Reforma.

...cuando era el PRE-AUGE, el “AUGITO”, cuando hubo que prepararse para la gran llegada definitiva el año 2005(...) El AUGE se veía como un monstruo, y como monstruo deforme no conocido... (Profesional Regional, E6, P20).

En el discurso de los actores de los servicios regionales y hospitalarios, se encuentra una convicción de la centralidad del GES como motor de la política de salud que modificó la organización y las prioridades del trabajo, se plantea que se ha producido una evidente “augización” de la atención a la enfermedad, lo que implicó la orientación de recursos humanos, tecnológicos y financieros en pro de las patologías priorizadas por el GES y la postergación de las NO GES, además de la focalización del trabajo de algunas especialidades médicas en los problemas de salud incluidos en el plan.

Hay una opinión muy crítica de esta “augización” en los representantes de los principales gremios, sobre todo a nivel médico y de profesionales hospitalarios. Frente a este punto, los directivos dan cuenta de intentos gubernamentales por superar las listas de espera para la solución de los problemas No GES.

O sea, las prácticas que se han generado a raíz de la implementación del AUGE han permitido extrapolar a lo NO-GES, y de hecho por ejemplo lo vemos en el compromiso

presidencial de las listas de espera NO-GES que está vigente todavía, que tenemos el plazo a cumplir hasta el próximo año (Profesional Regional, E6, P22).

Lo que uno vive aquí en este pequeño espacio donde uno trabaja es que hay una preocupación importante del Hospital de cumplir con las garantías, aunque sea a costa de otras cosas como posponer cosas NO-AUGE, NO GES, no garantizada, para cumplir con la meta donde todo el mundo tiene el ojo. Si de eso se trata hoy, quién está “incumpliendo las garantías (Directivo Hospital, E10, P36).

La puesta en marcha del AUGE, presentó severas falencias en la información y comunicación de los usuarios, tanto internos como externos, lo que redundó en un malestar creciente que afectó las condiciones laborales de los/as trabajadores y en una insatisfacción de las personas usuarias del sistema.

Yo empecé cuando el AUGE recién empezó a iniciarse acá en el consultorio, sí como que la gente igual decían AUGE y era como que tenían absolutamente derecho a todo, o sea igual empezó a exigir más de lo que se exigía antes... (Trabajador no profesional APS, E22, P14).

Se hacen críticas a las limitaciones que imponen las reglamentaciones del sistema tanto por los representantes de gremios y los directivos regionales. Estas se vinculan con una forma de atención desigual y discriminatoria, mientras se mencionan las desigualdades existentes, aún en las mismas personas que poseen una patología GES, pero que no cumplen con las condiciones de entrada exigidas.

O sea no sé cuál fue la ventaja fuera del GES que provocó esta asimetría de llegar a la atención de salud, que para mí es una discriminación. Nunca ningún abogado ha querido echar a andar una demanda por discriminación, que por ejemplo un enfermo NO AUGE diga, mire: “yo estoy tres años esperando que me operen tal cosa, y porque no es AUGE no me dejan, porque el Hospital lo poco que tiene es pal puro AUGE”. Ningún enfermo tampoco va a querer quedar mal con nadie, entonces es muy difícil, desgraciadamente en Chile eso es muy difícil, pero es conceptualmente una discriminación por donde se le mire (Gremio Regional, E15, P48).

“Pero al no aumentar la capacidad instalada, se edificaba de inmediato que se desatendía o se atendía en forma más diferida a otras patologías NO-GES, de tal manera que la actual administración, entendiéndolo eso estableció un compromiso de resolver las listas de espera quirúrgicas (Directivo Hospital, E10, P26).

Cambios logrados por la Reforma AUGE-GES en la atención de especialidades hospitalarias

El primer gran cambio reportado en el nivel de la atención médica especializada es la instalación de una lógica de producción para lograr metas en plazos perentorios. En efecto, la implementación de la Reforma AUGE-GES en los hospitales instaura una tensión organizacional continua para lograr el cumplimiento de garantías en algunas patologías y no en otras; se apunta a que el personal no está habituado a trabajar con metas, ni con tiempos de cumplimiento. También se reconoce que el trato integral y respetuoso hacia el paciente pasa por cambios estructurales profundos, que van más allá

de la imposición de reglamentaciones normativas, y que se vinculan con prácticas habituales en los centros terciarios de salud.

...y la transformación cultural es tema pero fuertísimo en este sector, es decir, nosotros desde decir llegó la vesícula en vez de llegó la señora tanto, eso no es un tema que pase por que tu envíes un lineamiento claro en la reforma del punto de vista clínico, administrativo, gestión de servicios y de derecho"... claro evidentemente aquí tenemos que hacer un tema de cambio cultural enorme (Directivo Hospital, E11, P116).

Un hallazgo importante relativo al modelo de atención, indica que los usuarios/as de APS continúan valorando la atención hospitalaria por sobre la otorgada en la atención primaria. Se percibe al hospital como el lugar en donde se otorga una atención más completa y donde se resuelve la necesidad sentida.

yo creo que la de allá es mucho más completa, es un hospital muy grande de alta complejidad, atiende no solo a Valparaíso sino que a San Antonio y todos los alrededores y eso sí que es difícil (Usuaría APS, E30, P69)

La implementación de la Reforma AUGE-GES en Valparaíso es valorada como positiva por los pacientes. Ellos resaltan el cambio el modo de atención del personal y en los tiempos de respuesta de las interconsultas, aunque al momento de realizar esta investigación aún no se pone en marcha la garantía de calidad, y a pesar de reconocer una implementación con múltiples dificultades.

...pero el AUGE para mí es excelente porque gracias a eso estoy viva (Usuario Hospitalario, E26, P14.)

En el caso de mi enfermedad digamos yo lo encuentro bueno, nunca hay problemas, me dan la hora y me dan la hora para el día que yo necesito. (Usuario APS, E31, P8).

Lógicas organizacionales de funcionamiento: hospitales autogestionados en red y las redes asistenciales

En el discurso de los actores consultados de la Reforma AUGE-GES ha significado una tensión positiva sobre los establecimientos, al obligarles a funcionar en red, cumplir con protocolos, conocerse entre sí y coordinarse. Pero por otra parte se señala que hay una sobre demanda de la red de salud producto del AUGE-GES, dado que cada establecimiento hospitalario debe responder primero a las orientaciones de autogestión y de autofinanciamiento, relegando la orientación del funcionamiento en red con los servicios de atención primaria.

Es por eso que la implementación de Hospitales auto-gestionados si bien es cierto conceptualmente podría haber funcionado, en la práctica los hace absolutamente vinculados a la red del Servicio de Salud. Si uno analiza los estados presupuestario de los Hospitales al menos en esta región, se da cuenta que el sistema de autogestión no es eficiente en lograr una operación adecuada de los Hospitales, y por otro lado genera incentivos perversos. Por eso el Ministerio de Salud cambió la lógica, y de hecho es

un análisis que el ministro de salud hizo en plena conciencia de aquello, generando un foco de especial interés sobre las patologías NO-GES (Directivo Regional, E1, P28).

Esta situación es fuertemente cuestionada por parte de los gremios y por profesionales de la atención. Se acusa que la autogestión se ha transformado en una herramienta para la compra de servicios externos sin controles, y que en la práctica no ha ido acompañada por esfuerzos conscientes por fortalecer los hospitales públicos.

Recién hoy vemos que en algunos locales, pero es mixto porque se inclinan más en la privatemia de generar Hospitales autogestionados que se han privatizado, en la cual gran parte de los servicios de apoyo se garantizan y se entregan a privados para que puedan por un lado entregar ese servicio en condiciones que existiría una sobreexplotación... (Gremio Regional, E16, P57).

Y por otro lado, han fomentado, y esta es una opinión más personal, el traspaso al manejo privado de la... (Gremio Regional, E15, P11).

yo tengo entendido que si el hospital no puede asumir las radiografías, tienen la opción de que FONASA las vaya a comprar al extrasistema... esos dineros podrían gastarse en el sistema público pero estamos claros que el sistema público no da abasto (Médico APS, E19, P52).

Las instancias formales para coordinar la red se han ido desarrollando con dificultad y motivadas por la solución de problemas de incumplimiento de garantías. A nivel hospitalario se señala que los protocolos de referencia y contrareferencia no

se cumplen eficazmente, y explican que la razón estaría fundamentalmente en la falta de recursos humanos adecuados a nivel de la APS.

... tenemos una serie de protocolos, referencia y contra referencias pero que están sobre la mesa pero que no se ve una dinámica de invertir tiempo con los médicos generales en el APS (Directivo Hospital, E11, P121).

Que se haya visualizado un ente de articulación yo lo encuentro genial, ¿Ya?, que nosotros culturalmente entendamos, y aprovechemos y explotemos...no sé cómo decirlo, esta instancia, como todas las cosas se tiene que instalar, se tiene que instalar en nuestra visión.... Uno tiene que sostener, tratar de perfeccionarlo (Profesional Regional, E8, P27).

Cambios logrados por la Reforma AUGÉ-GES en la atención primaria de salud

Las principales tensiones provocadas por la Reforma AUGÉ-GES en el sistema de atención primaria de salud, informadas por los diversos actores consultados en la investigación y con mayor claridad en las autoridades de salud regionales, es un efecto no deseado sobre la orientación del modelo de salud. Se reconoce que la Reforma AUGÉ-GES se despreocupa del enfoque promocional-preventivo dada la fuerte tensión que se ha impuesto desde el nivel central por el cumplimiento de metas asociadas a prestaciones del ámbito curativo, debido a que su cumplimiento trae incentivos económicos para los centros del nivel primario.

...pero en términos generales de promoción de la salud la verdad es que muchas veces la atención asistencial de la atención primaria y en otros niveles de atención se ve

francamente superada por la asistencialidad y el cumplimiento de metas. En ese contexto, está fuertemente tensionada la salud municipal por el cumplimiento de metas y objetivos programáticos que le significan obtener recursos en metas colectivas o metas individuales (Directivo Regional, E1, P24).

Las bases de la Reforma AUGÉ-GES establecían un fortalecimiento completo del sistema de salud partiendo con la instalación nuevas tecnologías para el diagnóstico y el incremento de especialistas en los hospitales. Mientras que en la Centros de Salud Familiar se aumentarían los equipos administrativo y las horas de trabajo, mejorando la resolutivez, permitiendo que la atención primaria volcarse hacia la asistencialidad y cumplir con las garantías explícitas.

Particularmente, los profesionales del nivel APS consideran que la ley ha significado mejorar la pesquisa dentro los centros de salud, ya que las enfermedades están priorizadas y normadas, y que existen protocolos, sanciones y gratificaciones. Se percibe un mayor ordenamiento dentro de los establecimientos, y mayor colaboración grupal entre los profesionales, a la par de una atención más expedita a las personas.

ha habido una buena coordinación, cómo se coordinan entre las distintas profesionales, es que eso sale de acuerdo a los reglamentos a las normas que hay sobre los pacientes diabéticos por lo tanto el médico lo ve y lo derivan al nutricionista, lo deriva a psicólogo, deriva a enfermeras y ahí se van cumpliendo los controles que le corresponden al diabético (Trabajador Profesional APS, E36, P62).

La gente está tratando más de alcanzar las metas. Están como más motivado por eso, porque metas es igual una compensación monetaria para el consultorio y poder tener mayor equipamiento y recursos (Trabajador profesional APS, E20, P31).

En relación a la implementación del modelo de salud familiar, los gremios efectúan objeciones respecto a su real capacidad y efectividad. Mencionan una contradicción entre la importancia que tiene esta política en el discurso oficial y el rol secundario que tiene en el trabajo cotidiano al interior de los dispositivos de atención, señalando que las transformaciones son únicamente de tipo administrativo y que no poseen implicancias relevantes en la práctica sanitaria o asistencial.

...en ese tiempo, trabajábamos en medicina familiar que no es el tema de los CES-FAM, no es el estilo que se aplica ahora. Allá había un equipo multidisciplinario que buscaba a una familia, trabajaba con la familia y no se po, si había algún crónico... (Gremio Regional, E19, P33).

Pese a ello, para los profesionales del sector primario entre los aspectos del modelo de salud familiar que aparecen como bien evaluados, se encuentran las visitas domiciliarias integrales y la necesaria mayor coordinación entre los profesionales del centro para su realización. También el trabajo con la comunidad es reconocido por los funcionarios de los centros de salud.

... las visitas domiciliarias, ahora son integrales, que antes salía por ejemplo un puro profesional, un psicólogo, sólo a hacer una visita, ahora no, sale psicólogo enfermera y

médico, sale un equipo, si van a ver a dos o tres familias, desconozco cuantos siempre van en equipos... (Trabajador No profesional, E23, P52)

El equipo y los usuarios de APS señalan que diversas áreas han mejorado la atención dentro de los establecimientos como el cambio en la modalidad de la otorgación de horas, la incorporación de agendas y las horas escalonadas y la reducción de las filas de madrugada. Sin embargo, los cambios generados en el modelo de atención por el GES están provocando otros efectos poco deseables, sobre todo a nivel primario. Uno de los principales es el desplazamiento de los recursos hacia las actividades derivadas del GES en detrimento de las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. El GES, más allá de lo explicitado en documentos oficiales, ha priorizado las acciones curativas. Las metas y los incentivos asociados a dicha priorización, son la materialización de este cambio de orientación del modelo. Algunos estudios, Valdivieso en 2010(24) y Román en 2008(26), señalan que al dar preferencia a las patologías crónicas o de peor pronóstico, se privilegian acciones para evitar la muerte y no la enfermedad, acciones que no tienen impacto sobre los factores de riesgo presentes en la población.

Del mismo modo, al contrario de lo sostenido por el discurso oficial, la salud familiar no se ha visto fortalecida como modelo central en la APS, más bien se ha visto desdibujada por la alta presión asistencial existente.

Honestamente para mí es pura pantalla, porque si bien supuestamente estamos la mayoría de los consultorios en la segunda etapa, estamos trabajando como consultorio tradicional, los médicos...o sea no veo un cambio (Gremio Regional, E19, P68).

Discusión

El contexto sistémico chileno de constante expansión y asimilación de los procesos de mercantilización de la salud, persisten concepciones diferenciadas para la salud pública y privada, potenciadas por la confrontación entre quienes abogan por el fortalecimiento de la salud pública, a través de la política del AUGE-GES, y quienes por el contrario, se han beneficiado a través de su desarticulación como un mecanismo de expansión funcional del sector privado.

Publicaciones en el tema entregan resultados similares en el sentido de que la Reforma AUGE-GES ha significado una mejoría en el acceso y la oportunidad. Respecto del no cumplimiento de la calidad, se identifica la insuficiencia actual de recursos en el sistema público, como uno de los factores que impiden que la garantía de calidad se haga realidad, tal como lo señala Valdivieso y Montero (2010).

Existe una clara diferenciación de la política pública, entre lo que es GES y lo que no. Se percibe una “augización” de la política y por ende de la atención en todos los niveles. Los equipos de salud han sido tensionados y enfocados a la atención curativa, postergando la prevención y, sobre todo, las actividades de promoción de la salud. Frecuentemente se señala que el nuevo sistema ha impuesto un ordenamiento y dinamismo muy diferente en el sector, que ha roto con la lógica con que tradicionalmente han funcionado las instituciones públicas del Sistema de Salud.

Uno de los problemas de la priorización de algunas enfermedades por sobre otras, que es en el fondo lo que hace el GES implicó que en la práctica muchos centros asistenciales perfeccionaran su servicio en

cierto grupo de patologías que le reportan ingresos frescos, a través de FONASA en prestaciones valoradas. Y en ese contexto, también se desarrollaron ciertos grupos asistenciales con mucha fuerza (Directivo Regional, E1, P26).

Tanto las garantías no cumplidas como las listas de espera de las patologías no cubiertas por la Reforma AUGE-GES, son resultados críticos y no esperados, que motivaron medidas gubernamentales para solucionarlas, tales como los programas de disminución de listas de espera que incluyeron un fuerte traspaso de fondos públicos a prestadores privados.

La Reforma AUGE-GES ha reforzado la idea de que el modelo de atención está centrado en el hospital. Para todos los actores lo importante y sustancial de la Reforma ocurre en el hospital, no en la atención primaria y menos en el fomento de la prevención. No obstante, la gestión clínica oportuna establecida por los protocolos de las patologías AUGE-GES, es un efecto positivo dentro del trabajo de los diferentes niveles.

se ha visto una rapidez en la atención de las personas, no en todas, solamente en las patologías GES, solamente en las patologías vimos un cambio que era más rápida su atención, la llamada a su especialista y lo confirmaba o le daba un diagnóstico más especializado (Trabajador no profesional APS, E23, P16).

Los derechos de las personas en salud, son entendidos como derechos de reclamo y/o de consumidores que son atendidos. Los gremios hacen una crítica a la parcialidad de los derechos que se ve expresada en la segmentación de la atención GES, vale decir, que no se alcance la universalidad, a lo menos, en las enfermedades priorizadas.

Pero dentro de los 40 artículos de derechos, no está contemplado el derecho a ser informado de lo que corresponde, y ahí entra el deber a informar a la población, la población no exige el derecho a informarse, en cambio exige el derecho a ser atendido rápidamente, oportunamente, cosa que está bien, pero resulta que no se ha informado ni siquiera porque se está atendiendo tan mal. Entonces te exige como si fuera el único paciente que viniera al Hospital (Gremio regional, E 15, P 35).

La carencia de discurso en los funcionarios de APS respecto de derechos de salud de la población, es muy preocupante y abre una serie de cuestionamiento respecto de sus causas y consecuencias.

La red asistencial y la autogestión se perciben como una especie de tautología, al denominar a los hospitales como autogestionados y a la vez en red, ya que el foco en objetivos comunes se manifiesta como algo no logrado.

Y en ese sentido muchas veces la existencia de una patología NO-GES, después de varios años de funcionamiento del Sistema hacía prácticamente inviable lograr una atención en el sistema, porque la red asistencial completa está dedicada por completo a resolver las patologías que son GES, que tenían plazos, cumplimiento de obligaciones legales y exigibles, y por otro lado financiamiento específico que permitían un mejor funcionamiento de la red asistencial (Directivo regional, E1, P28).

La autogestión hospitalaria está muy vinculada a los mecanismos de financiamiento y a unas mejores vías de acceso a recursos. Asimismo, se percibe como un riesgo de profundización de las formas

de privatización en el sector público, por la facilidad con que este nivel puede contratar servicios a privados, con el consiguiente debilitamiento del aparato público.

Entonces, yo creo que se ha aprovechado esta insuficiencia para ir privatizando, y se eligió la mejor manera po”, estimular a los médicos a que trabajen privadamente, ¿ya? Entonces los médicos bajan su horario hospitalario, el Hospital queda en falencia de esa especialidad, se ve obligado a comprar, autorizado a comprar, y nocierto... estos mismos colegas, vienen y le venden su servicio técnico especializado a los Hospitales... (Gremio regional, E15, P11).

Tanto Roman en (2008) como Leyton (2013), coinciden en que este proceso de financiamiento ha profundizado la brecha entre el sector público y el sector privado, estableciéndose mecanismos de capitalización encubierta del sistema privado conjuntamente con la desacreditación del sector público.

La comprensión de que el sistema AUGGE-GES no incluye a todas las enfermedades y que dentro de ellas, no todas las situaciones estaban consideradas implicó una confusión y frustración importante de los actores. Esta confusión se vio alimentada por las campañas publicitarias al inicio de la implementación que no especificaban las condiciones que debían tener los pacientes para acceder a las garantías contempladas por el GES.

O sea, que para nosotros una persona tenga una patología AUGGE, y que esa patología por lo tanto tenga prioridad sobre otras patologías discriminaba por el hecho de que la persona no eligió tener esa patología, o si le tocó esa quedó privilegiada, ¿ya?, y la que

no era AUGGE quedaba postergada” (Gremio Regional, E15, P9).

“Finalmente se produce una gran desigualdad, que es justamente uno de los objetivos que la Reforma permitía abordar, entre aquellas personas que no teniendo la edad por ejemplo, pero sí teniendo la patología invalidante y compleja, como por ejemplo una artrosis de caderas, sólo un ejemplo, y es una persona de menos de 55 años prácticamente tiene que vivir con su incapacidad hasta cumplir la edad suficiente, o hasta que el centro asistencial le permita dejar el cupo que una persona GES no uso (Directivo Regional, E1, P28).

Al inicio, en agosto del año 2002, se implementó el plan piloto del Plan AUGGE para tres patologías. Una de ellas fue la Insuficiencia Renal Crónica. Un estudio realizado por el nefrólogo F. González (2003), luego de seis meses de implementado el plan, predijo a través de modelos matemáticos, serias dificultades en la real capacidad de absorción de la demanda de atención tanto GES como no GES, al mismo tiempo, advirtió que la priorización en la atención no responde a una de las bases fundamentales de la reforma que reconoce que “la salud es un bien social”. Posteriormente, con la reforma en práctica, la noción de racionamiento de un derecho se hace más evidente y es señalada en distintas publicaciones (Valdivieso & Montero, 2010) (Paraje & Vásquez, 2012) (Roman & Muñoz, 2008) (Leyton & Padilla, 2013) (González, 2003).

El presente estudio se sitúa doce años después del inicio del Plan AUGGE y muestra que los diferentes actores coinciden en que la estrategia de priorización ha aumentado la exclusión de grupos poblacionales y problematiza la real capacidad del

GES para disminuir las inequidades en el acceso a la atención, favoreciendo las prestaciones curativas y configurando el nuevo espacio NO GES.

A nivel de los equipos de trabajo, la reforma ha introducido nuevas exigencias y competencias tales como: el trabajo en redes, el trabajo en base a protocolos y normas. En cuanto al usuario, este debe reclamar para que su descontento sea efectivamente considerado. Este aspecto tensiona a los equipos de salud por cuanto exige el cumplimiento de plazos y metas e introduce un estado de comparación permanente, aunque en desigualdad de condiciones, con el sector privado, al que debe recurrirse en caso de no poder dar respuesta a la creciente demanda.

El estudio, si bien incluyó a un número reducido de centros de salud, tiene la ventaja de haber considerado una amplia gama de actores que fueron consultados en cada uno de los diferentes niveles de atención. A lo anterior se agrega la inclusión de los gremios, los que en general son escasamente consultados en las investigaciones del ámbito de la salud.

Finalmente se sugiere para futuras investigaciones en el área, indagar en mayor profundidad los aspectos relacionados con la percepción de derechos a la salud a nivel de usuarios como de funcionarios de salud, incorporando otras técnicas de recolección de información como focus groups o grupos de discusión, que posibiliten la interacción entre los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANNICK, M. (2002). The Chilean health system: 20 years of reforms. *Salud Pública de México*, 60-48.
- ANTONIO, S. S.-S. (2013). *Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio*. Recuperado el 29 de Julio de 2013, de www.ssvsa.cl
- ARTEAGA, O., Astorga, L., & Pinto, A. (2001). Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. *Cad. Saúde Pública*, 1053-1066.
- BARRIENTOS, A. (2001). Health policy in Chile: The return of the public sector? *Bulletin of Latin American Research*, 442-459.
- BITRÁN, R., Escobar, L., & Gassibe, P. (2010). After Chile's Health Reform: Increase in coverage and access decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs*, 21-61.
- CALVIN, M., & López, L. (2010). *A 40 años de un modelo privatizador. La salud en la dictadura del mercado*. Recuperado el 3 de agosto de 2013, de <http://www.epes.cl/2013/10/le-monde-diplomatique-la-salud-en-la-dictadura-del-mercado/>
- DE AZEVEDO, A., & Mardones-Restat, F. (2002). The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. *Salud Pública de México*, 504-511.
- DURÁN, J., & Méndez, C. (2010). Implementación de la reforma de salud: percepción del profesional químico farmacéutico. *Cuadernos Medico-Sociales de Chile*, 124-131.
- ERAZO, A. (2011). *La protección social en Chile. El Plan AUGE: avances y desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo.
- GONZÁLEZ, F. (2003). Implementación del Plan AUGE en Pacientes con IRC. *Revista Médica de Chile*, 545-551.
- LABRA, M. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad Saúde Pública*, 1041-1052.
- LEY N°19888. (2003). *Biblioteca del Congreso Nacional*. Recuperado el 5 de agosto de 2013, de http://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?grupo_aporte=&sub=765&agr=2&comp=
- LEY N°19966. (2004). *Biblioteca del Congreso Nacional*. Recuperado el 3 de agosto de 2013, de <http://www.leychile.cl>
- LEY N° 19937. (2004). *Biblioteca del Congreso Nacional*. Recuperado el 5 de agosto de 2013, de http://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?grupo_

- aporte=&sub=765&agr=2&comp=: www.leychile.cl
LEY N°20015. (2005). *Biblioteca del Congreso Nacional*. Recuperado el 4 de agosto de 2013, de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102&idParte=0> <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102&idParte=0>
- LEY N°20586. (2012). *Biblioteca del Congreso Nacional*. Recuperado el 3 de agosto de 2013, de <http://www.leychile.cl/Consulta/listaresultadosavanzada?stringBúsqueda=3%23normal%2320584%7C%7C117%23normal%23on%7C%7C48%23normal%23on&tipoNormaBA=&o=experta>
- LEYTON, C., & Padilla, P. (2013). *Modelo de concesiones hospitalarias*. Recuperado el 15 de abril de 2013, de X congreso de economía y desarrollo regional: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/228/5.%20Modelo%20de%20Concesiones%20Hospitalarias%20Leyton%20y%20Padilla.pdf>
- MÉNDEZ, C., Miranda, C., Torres, M., & Matthews, T. (2011). Implementación de la política de Hospitales Autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios. *Revista Chilena de Salud Pública*, 247-255.
- MINISTERIO de Desarrollo Social. (2011). *Encuesta CASEN 2011*. Recuperado el 1 de diciembre de 2013, de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/seremi/valparaiso/inversion-regional>
- MINSAL. (2013). *Ministerio de Salud Chile*. Recuperado el 4 de agosto de 2013, de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d692c627c623b9cae040010164016563.pdf>
- MINSAL. (2013). *Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010*. Recuperado el 3 de abril de 2013, de <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf> <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>: www.misal.cl
- NÚÑEZ, P., & Méndez, C. (2011). Implementación de la política nacional de medicamentos de la Reforma de Salud: percepción del profesional químico farmacéutico. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21-28.
- PARADA, M. (2004). *Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- PARADA Mario, Reyes Carolina, Cuevas Katherine, Avila Antonio, López Paulina, et al. (2014). *Transformaciones del Sistema de Salud Público post reforma AUGE-GES en Valparaíso*. Revista Chilena de Salud Pública; Vol 18 (2): 127-139.
- PARAJE, G., & Vásquez, F. (2012). Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. *International Journal for Equity in Health*, 11-81.
- ROMÁN, O., & Muñoz, F. (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Revista Médica de Chile*, 1599-1603.
- SANDOVAL, H. (2004). Mejor salud para todos los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al Sistema de Salud Chileno. *Cuadernos Médico-Sociales*, 5-20.
- SERVICIO de Salud Valparaíso-San Antonio. (2012). *SSVSA. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio*. Recuperado el 6 de agosto de 2013, de <http://www.ssvsatransparencia.com/2013/Cuenta%20Publica/CUENTA%20PUBLICA-2012.pdf>
- SUBRAMANIAN, S., Delgado, L., Vega, J., & Kawachi, L. (2003). Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *Epidemiol Community Health*, 844-848.
- SUPERINTENDENCIA de Salud. (2012). *SIS. Superintendencia de Salud Chile*. Recuperado el 2 de julio de 2013, de <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-channel.html>
- TETELBOIN, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990: reformas de primera generación*. Ciudad de México, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- UNGER, J., De Peape, P., Cantaurias, G., & Herrera, O. (2008). Chile's neoliberal health reform: Am assessment and a critique. *Plos Med*, 5(4), 542-547.
- VALDIVIESO, V., & Montero, L. (2010). El Plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista Médica de Chile*, 1040-1046.
- WARREN, H., Giusti, A., & Sotelo, J. (2007). The Chilean mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bull World Health Organ*, 798-804.