

10 AÑOS DEL AUGE: EL VALOR DE LA LIBERTAD DE ELECCIÓN EN SALUD

- A 10 años de implementación del Plan AUGE, las razones de no acceso a éste son diferentes para quienes pertenecen a los distintos tipos de seguro y están más bien relacionadas con la libertad de elección que tiene cada beneficiario.
- La posibilidad de elegir libremente con quién y dónde atenderse debiese continuar disponible, acompañada del desarrollo de un buen sistema de información sobre la calidad de los prestadores, desafío aún pendiente en nuestro país.
- Simultáneamente, considerando la experiencia internacional de los planes de salud administrada, se debería fomentar la posibilidad que seguros y prestadores se relacionen libremente. Por esto, no deberíamos desechar la posibilidad de integración vertical sin estudios que demuestren los efectos que ésta tendría para el sistema de salud chileno.

PRINCIPIO LYD:

Libertad de Elección.

El año 2004 se promulgó la ley que dio origen al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, más conocido como Plan AUGE. Éste comenzó a regir en 2005, para tan sólo 25 problemas de salud, los cuales de acuerdo a la ley tendrían aseguradas las garantías explícitas de accesoⁱ, oportunidadⁱⁱ, protección financieraⁱⁱⁱ y calidad^{iv} (esta última sólo para cuando entrara en vigencia la acreditación de prestadores). Hoy, 10 años después de su puesta en marcha, existen 80 condiciones de salud que pueden exigir las garantías antes mencionadas, excepto la garantía de calidad, la cual aún no ha sido implementada.

Con el objetivo de evaluar este importante cambio en el sistema de salud chileno, utilizamos las encuestas CASEN desde el año 2006 al 2013. Más específicamente, los resultados de dicha encuesta nos permiten conocer, desde el punto de vista de los usuarios, si las patologías incluidas en el Plan AUGE han sido cubiertas por sus respectivos aseguradores (FONASA o Isapres). Adicionalmente, en caso de no haber sido cubiertas, la CASEN nos da luces sobre cuáles serían las razones por las que las personas no accedieron a la garantía que su respectivo asegurador está mandatado por ley a entregarle.

MEJORA EL ACCESO PARA TODA LA POBLACIÓN

De la información que entrega la CASEN podemos concluir que el acceso al AUGE ha mejorado en el tiempo tanto para quienes están en FONASA como en Isapres: de acuerdo a lo declarado por los beneficiarios, entre 2006 y 2013 las patologías AUGE pasaron a ser cubiertas desde 55,1% a 81,8% para los beneficiarios de FONASA A; desde 51,7% a 77,7% para beneficiarios de FONASA libre elección y desde 31,6% a 49,7% para asegurados por Isapres.

ASEGURADOS DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO HAN MEJORADO SU ACCESO AL AUGE

Tabla N°1: % de individuos que optaron por cobertura AUGE según sistema previsional^(*)

	2006	2009	2011	2013
FONASA A	55.1%	65.0%	79.7%	81.8%
FONASA LIBRE ELECCIÓN (B, C, D)	51.7%	59.7%	74.8%	77.7%
ISAPRES	31.6%	36.4%	42.0%	49.7%

Fuente: LyD con encuestas CASEN.

(*) Este valor corresponde al porcentaje de individuos que optó por resolver su patología AUGE en las condiciones ofrecidas por su sistema previsional para hacer uso de la garantía. Así, no optar por la garantía no necesariamente implica que no hayan resuelto su problema, sino que éste puede haber sido resuelto de otra forma.

RAZONES DE NO ACCESO:

La Tabla N°1 también muestra que los beneficiarios de Isapres son los que menos acceden al régimen de garantías garantizado. No obstante lo anterior, las razones de no acceso que se declaran son diferentes para quienes pertenecen a los distintos tipos de seguro, y más bien están relacionadas con la libertad que tiene cada beneficiario para poder acceder a distintas alternativas de atención. Esto es justamente lo que muestra la Tabla N°2, donde para cada año se muestra la principal razón de por qué una patología AUGE no fue cubierta, según si el seguro del beneficiario es FONASA A, FONASA Libre Elección (B, C, D) o Isapre.



A 10 AÑOS DEL AUGE, BENEFICIARIOS DE FONASA AÚN RECLAMAN MAYORITARIAMENTE FALTA DE INFORMACIÓN

Tabla N°2: Razón principal por la que enfermedad AUGE no fue cubierta por su sistema previsional (razón de mayor preferencia, según sistema previsional)

La red ofrecida por el sector privado para atender las patologías GES es menos preferida que aquella a la que pueden acceder los beneficiarios gracias a los beneficios de su plan, o pagando un monto adicional al cual tendrían que desembolsar si utilizaran la red GES.

	2006	2009	2011	2013
FONASA A	no sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (59%)	no sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (41%)	no sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (27%)	no sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (24%)
FONASA LIBRE ELECCIÓN (B, C, D)	no sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (46%)	no sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (28%)	prefirió elegir otro médico o establecimiento (26%)	prefirió elegir otro médico o establecimiento (27%)
ISAPRES	prefirió elegir otro médico o establecimiento (35%)	prefirió elegir otro médico o establecimiento (39%)	prefirió elegir otro médico o establecimiento (41%)	prefirió elegir otro médico o establecimiento (43%)

Fuente: LyD con encuestas CASEN.

Los resultados muestran que mientras para el caso de los beneficiarios FONASA la principal causa de no acceso a la garantía explícita es falta de información (“no sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES”), los beneficiarios de Isapres declaran mayoritariamente (y consistentemente desde 2006) no haber hecho uso de la garantía por decisión propia, porque prefieren “elegir otro médico o establecimiento”. Esto hace suponer que la red ofrecida por el sector privado para atender las patologías GES es menos preferida que aquella a la que pueden acceder los beneficiarios gracias a los beneficios de su plan, o pagando un monto adicional al cual tendrían que desembolsar si utilizaran la red GES (que es lo más probable). Para saber si la decisión de utilizar otro médico o establecimiento se debe a que la calidad de la red GES es inferior o si sólo responde a las preferencias de los beneficiarios se requiere de información adicional no disponible en la CASEN.

Llama la atención que los beneficiarios de FONASA de modalidad Libre Elección (B, C, D), que son quienes pueden acceder -a través de la compra de bonos- tanto a prestadores del sector público como del sector privado, han evolucionado desde no acceder mayoritariamente al AUGE por falta de información a una situación (a partir de 2011) en que su principal razón por la cual la enfermedad AUGE no fue cubierta es porque prefieren elegir otro médico o establecimiento. Esto también hace suponer

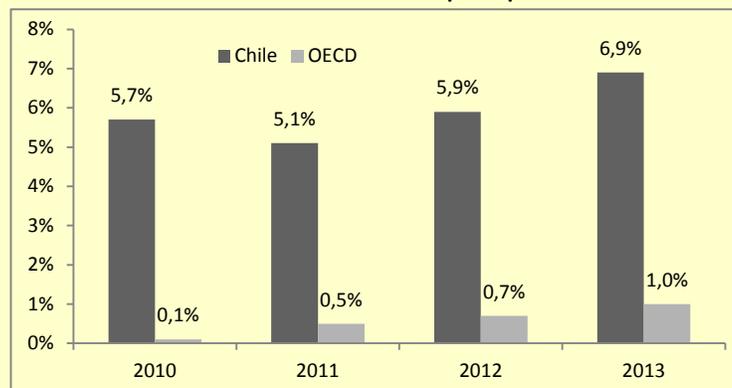
que con el tiempo, los beneficiarios de FONASA libre elección pueden acceder a redes de mejor resolutivez que aquellas a las que tendrían que acceder en caso de hacer uso de la garantía. Sin embargo, al igual que en el caso de los beneficiarios de Isapre, ésta es una hipótesis a explorar.

PLANES DE SALUD ADMINISTRADA (REDES PREFERENTES) Y LIBRE ELECCIÓN

El envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes, un creciente número de atenciones por beneficiario (tanto en consultas como en exámenes de diagnóstico) y las mejoras tecnológicas introducidas al sistema de salud han empujado no sólo a Chile, sino que al mundo entero, a un incremento en los costos de salud, entendido como gasto total en salud como porcentaje del PIB. De hecho, en el período 2010-2013, Chile ha sido el país que en promedio ha aumentado más aceleradamente el gasto en salud, superando con creces el incremento promedio del gasto en los países de la OCDE, el cual se ha visto atenuado en promedio producto de las consecuencias de la crisis financiera de 2008^y.

CHILE MUESTRA UN CRECIMIENTO PARTICULARMENTE ACELERADO DEL GASTO TOTAL EN SALUD (EL MÁS ALTO DE LA OCDE)

Gráfico N°1: Crecimiento Anual real del Gasto per cápita en Salud. 2010 - 2013



Fuente: OECD Health Statistics 2015.

Una forma en que los países desarrollados han abordado el desafío de la contención de costos en salud es a través de los planes de salud administrada. Bajo esta modalidad, los seguros de salud tienen un contrato con un prestador, en el cual se acuerda (por lo general) el precio y un nivel de calidad de las prestaciones, de tal modo de ofrecer a los asegurados planes con un prestador preferente (en red) de un costo inferior al de un plan que les permita atenderse con un prestador de “libre elección”.



25 AÑOS
**LIBERTAD Y
DESARROLLO**

TEMAS PÚBLICOS

www.lyd.org

Nº 1.217

31 de julio 2015

ISSN 0717-1528

La integración vertical entre seguros y prestadores, algo por estos días cuestionado, hoy se permite en el mundo desarrollado como estrategia de contención del gasto en salud a través de la proliferación de la salud administrada.

Si bien no hay evidencia categórica que muestre las ventajas de esta modalidad para nuestro país, sí existen algunas experiencias internacionales sobre sus bondades. Los planes de salud administrada nacieron en Estados Unidos en la década de los 70 buscando la contención de costos. Hoy representan más del 80% del sistema de salud de este país y si bien el gasto en salud en EE.UU., es de 16,4% del PIB^{vi}, este podría ser incluso mayor en caso de no contar con dicha modalidad. De hecho, *Kaiser Permanente*, el mayor consorcio de salud administrada en EE.UU., es frecuentemente mencionado como ejemplo de organización para alcanzar una atención de calidad y al mismo tiempo contener el gasto en salud^{vii}.

Otro ejemplo es Suiza, en donde la salud administrada comenzó a inicios de los 90. Al igual que en el caso estadounidense, ésta convive con la modalidad libre elección (lo cual parece del todo deseable), y en 2014 (gracias a primas de hasta 25% más bajas) 62% de la población la prefiere. De acuerdo a mediciones realizadas en ese país -las cuales ajustan por el riesgo de la población atendida por cada sistema- es posible concluir que la salud administrada registra hasta 40% de ganancia en eficiencia en comparación con los planes alternativos que no operan en red^{viii}.

La experiencia del Plan AUGE en estos diez años nos muestra que en Chile la libre elección en salud es un bien valorado por quienes tienen acceso a ella, incluso cuando ésta implica un desembolso de recursos adicionales al de su alternativa (utilizar el prestador preferente o en red que le ofrece el Plan AUGE).

La posibilidad de acceder a un plan en red o a uno libre elección hoy está disponible para beneficiarios de Isapres y de FONASA B, C y D no sólo para el caso del plan AUGE, sino también para prestaciones no AUGE a través de su plan (Isapres) o de la compra de bonos (FONASA libre elección).

En suma, ambas alternativas deberían poder continuar conviviendo. Así, la posibilidad de elegir libremente con quién y dónde atenderse debiese continuar disponible, acompañada del desarrollo de un buen sistema de información sobre la calidad de los prestadores, desafío aún pendiente en nuestro país, de tal modo que los usuarios tomen decisiones correctamente informadas de acuerdo a sus preferencias ya sea por menor costo o libertad de elección.

Al mismo tiempo, se debería fomentar la posibilidad que seguros y prestadores se relacionen libremente. En esta línea, la integración vertical entre seguros y prestadores, algo por estos días cuestionado, hoy se permite en el mundo desarrollado como estrategia de contención del gasto en salud a través de la

proliferación de la salud administrada. Por ende, no deberíamos desecharla sin estudios que demuestren los efectos que ésta tendría para el sistema de salud chileno.

CONCLUSIÓN

A 10 años de su implementación, las lecciones del AUGE difieren para los distintos grupos de asegurados: mientras vemos a un sector público que todavía carece de información sobre sus opciones de acceso al plan AUGE (sobre todo en el caso de los FONASA A), el sector privado (y de manera creciente los asegurados por el sector público en la modalidad de FONASA libre elección) nos muestra una preferencia por la libre elección en salud.

Por esta razón, nuestro sistema debiese, por una parte, estudiar las potenciales ventajas de la integración vertical entre seguros y prestadores que permitan un mayor desarrollo de planes de salud administrada. Al mismo tiempo, y considerando las preferencias reveladas de nuestra población a favor de la libre elección en salud, la posibilidad de elegir libremente con quién y dónde atenderse debiese continuar disponible para los usuarios, acompañada del desarrollo de un buen sistema de información sobre la calidad de los prestadores, desafío aún pendiente en nuestro país.

ⁱ Obligación de FONASA e Isapres de asegurar otorgamiento de prestaciones de salud contempladas en el régimen GES.

ⁱⁱ Obligación de FONASA e Isapres de asegurar el acceso de prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, en un plazo máximo previamente establecido para cada prestación.

ⁱⁱⁱ Obligación de establecer un límite máximo (conocido) a la contribución que deberá hacer el beneficiario en caso de requerir de una prestación garantizada.

^{iv} Obligación de otorgar las prestaciones garantizadas en un prestador registrado o acreditado.

^v Focus on Health Spending. OECD Health Statistics 2015. Disponible en <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>.

^{vi} Fuente: OECD Health Statistics 2015.

^{vii} Ver, por ejemplo: Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal* 2002;324:135–41. Disponible en <http://www.bmj.com/content/324/7330/135>.

^{viii} Fuente: A Shmueli, P Stam, J Wasem, M Trottmann. Managed care in four managed competition OECD health systems. *Health Policy*, 2015 - Elsevier.