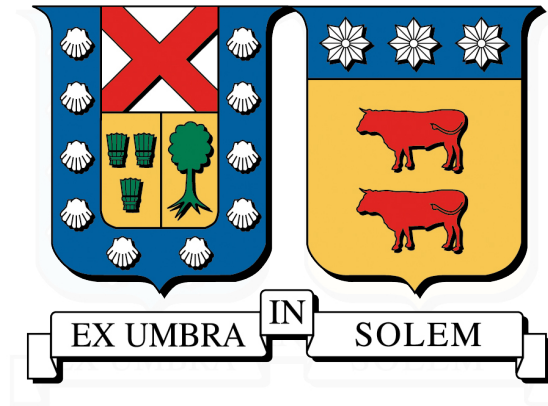


UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA
DEPARTAMENTO DE INDUSTRIAS
SANTIAGO - CHILE



**CRITERIOS DE PRIORIZACION DE NUEVAS ENFERMEDADES
QUE ENTRAN AL SISTEMA AUGE**

CONSTANZA ANDREA CIFUENTES GONZALEZ

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

PROFESOR GUÍA : SR. JAVIER SCAVIA
PROFESOR CORREFERENTE : SRTA. JAVIERA SILVA

JULIO 2017

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia y a mis amigos por el cariño y apoyo en esta etapa universitaria.

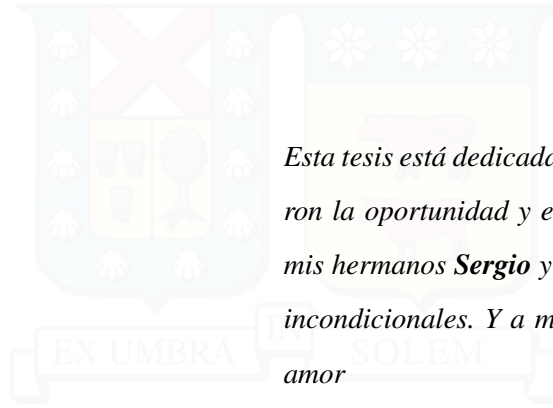
Agradecer en especial a mis padres Margarita G. y Sergio C. por haberme dado la oportunidad y el privilegio de estudiar sin tener que cargar con otras mochilas, además de su incalculable apoyo y paciencia en esta carrera.

A mi hermano Sergio por ser un ejemplo de esfuerzo en esta vida.

A mi hermana Vale por la infinita incondicionalidad en todos los momentos y por su inmensurable ser.

A mis abuelas Nani y Lela por haberme consentido y brindado todo su amor.

Agradezco también el apoyo, orientación y asesoría del Profesor Javier Scavia el cual fue clave para el término de esta etapa.



*Esta tesis está dedicada a mis **Padres** que me dieron la oportunidad y el privilegio de estudiar, a mis hermanos **Sergio** y **Valentina** por creer y ser incondicionales. Y a mis **abuelas** por su infinito amor*

Resumen Ejecutivo

La presente tesis realiza un análisis de los criterios utilizados en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) promulgado el 2004 tras una reforma estructural en el sistema sanitario chileno, las cuales tenían como objetivo entregar un derecho de acceso universal a la población para un determinado número de problemas de salud.

Esta ley GES, antes llamada AUGE, define las garantías, establece las etapas de análisis, desarrollo e implementación y plantea la necesidad de desarrollar un proceso de priorización. En este contexto se aprobó el Decreto 121 el cual estableció las normas para la elaboración y determinación de las Garantía Explícitas en Salud. De esta manera el país estableció una forma de priorizar prestaciones sanitarias, en base a la definición de ciertos criterios.

Además se estudió los criterios de priorización utilizados por otras economías para el establecimiento de coberturas sanitaria a través de la revisión y recolección de literatura especializada.

Este estudio permitió encontrar similitud en los criterios utilizados por las distintas economías a la hora de priorizar, pero se hallaron diferencias en el proceso de elección de los problemas de salud principalmente por las diferente estructura de las instituciones o responsables que toman la decisión. Particularmente en Chile se encontró que el modelo utilizado actualmente para la priorización de los problemas de salud en el Régimen GES no es explícito ni único, provocando un molestar en la población al no tener respuestas por la no inclusión de las enfermedades que padecen. Es por eso que se propone el establecimiento explícito y detallado de criterios a través de Estudios de: Carga de Enfermedad con la metodología AVISA, Costo Efectividad con EVC, Capacidad de Oferta y prioridades sociales. Además de la creación de un sistema de información que contenga todos los estudios realizados para el GES.

Palabras Clave: Criterios, Priorización, Sistema de Salud

Índice de Contenidos

1. Introducción	1
1.1. Motivación	1
1.2. Objetivos	2
1.2.1. Objetivo General	2
1.2.2. Objetivos Específicos	2
2. Diagnóstico de la Situación Actual	3
2.1. Historia del sistema de salud Chileno	3
2.2. Cronograma de Historia de Sistema de Salud en Chile	5
2.3. Sistema de Salud Chileno Actual	5
2.3.1. Sector Privado	5
2.3.2. Sector Público	6
2.4. Comienzos del Plan de Acceso Universal Garantías Explícitas (AUGE)	8
2.5. Marco Legal y Regulatorio en el proceso de priorización del Régimen AUGE/GES	9
2.5.1. Ley N°19.966	9
2.5.2. Decreto N° 121 (2005)	9
2.6. Etapas para incorporar nuevas enfermedades al plan AUGE	10
2.6.1. Desarrollo de estudios de nuevas enfermedades que pueden ingresar al Plan AUGE (Estudios)	10
2.6.2. Realización de un listado de priorización enfermedades y sus prestaciones asociadas	11
2.6.3. Verificación del costo esperado de la propuesta (Evaluación).	12
2.6.4. Revisión Final	13
2.6.5. Incorporación de nuevas enfermedades	13
2.7. ¿Cómo funciona el AUGE/GES?	14
2.7.1. ¿Cuántos son los costos de una enfermedad GES?	14
2.8. Financiamiento de la Reforma de Salud para el Plan AUGE/GES	15
2.8.1. Sistema Público	16
2.8.2. Sistema Privado	16
2.9. Situación Actual	17
2.9.1. Enfermedades cubiertas por el plan AUGE hasta la actualidad	18
2.9.2. Disconformidad con el Sistema actual de las Garantías Explícitas en Salud	20
2.9.3. Ley Ricarte Soto	21
3. Experiencias de otras economías	25
3.1. Economías de América Latina	26
3.1.1. Cuba	29

3.1.2.	México	31
3.1.3.	Colombia	33
3.1.4.	Brasil	35
3.1.5.	Argentina	38
3.2.	Economías con Alto IDH	40
3.2.1.	Estados Unidos	42
3.2.2.	Canadá	45
3.2.3.	Suecia	46
3.2.4.	Holanda	48
3.2.5.	Reino Unido	54
3.2.6.	Alemania	56
3.2.7.	Nueva Zelanda	59
3.2.8.	Noruega	60
3.2.9.	España	61
4.	Revisión de Literatura	65
4.1.	¿Como se puede lograr una cobertura universal de salud?	65
4.2.	¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades ?	67
4.2.1.	Identificando prioridades	67
4.2.2.	Herramientas para la toma de decisión	68
4.2.3.	Priorización de intervenciones sanitarias.	71
4.3.	Ejemplo de Criterios de prioridad	74
4.3.1.	México para su FPCG	74
4.3.2.	¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud?	77
4.3.3.	Los criterios utilizados en la salud en México	79
4.3.4.	Caso de Australia	80
4.3.5.	El Caso de Canada	84
4.3.6.	El Caso de Corea	87
4.3.7.	Caso de Corea del Sur e Israel	91
4.3.8.	Caso de Nueva Zelanda	94
4.3.9.	Caso de Finlandia	98
5.	Propuesta	103
5.1.	Los criterios de priorización	103
5.1.1.	Sistema general para determinar criterios de priorización	103
5.1.2.	¿Cuales son los instrumentos de priorización más comunes?	107
5.1.3.	Métodos para la evaluación económica en la salud	115
5.2.	Criterios y modelo de priorización en el Plan AUGE-GES	122
5.2.1.	Estudio de Carga de Enfermedad	125
5.2.2.	Estudio de Verificación de Costo (EVC)	130
5.2.3.	Estudio de Prioridades Sociales	136
5.2.4.	Estudio de Capacidad de Oferta	138
5.3.	Resultados del Plan AUGE-GES.	139
5.3.1.	Garantía de Acceso	139
5.3.2.	Garantía de Oportunidad	140
5.3.3.	Garantía Protección Financiera	142
5.3.4.	Garantía Calidad	143

5.4. Propuesta	148
5.4.1. Establecer un diseño temporal del proceso de priorización	149
5.4.2. Creación de repositorio con todos los estudios para GES	150
5.4.3. Creación de un órgano formal de dirección de garantías	150
5.4.4. Establecer con detalle los criterios explícitos a utilizar en la priorización	150
5.5. Como medir los efectos de la propuesta	152
6. Conclusiones y Recomendaciones	153
Bibliografía	156
A. Anexo	160



Índice de Figuras

2.1. Algoritmo de Priorización Plan Auge. Fuente: Minsal	12
2.2. Gasto en Salud Pública de Chile en los años 2000-2014, respecto % PIB. Fuente: Datos Banco Mundial	18
3.1. Gasto Público sanitario como porcentaje de los gastos totales de los gobiernos por regiones de la OMS, 2000-2007. Fuente: OMS	25
3.2. % PIB gastado en Salud Pública. Fuente: Elaboración propia con datos BMD.	27
3.3. Porcentaje del Presupuesto del Gobierno destinado a Salud. Fuente: Elaboración Propia con datos de BMD.	28
3.4. Porcentaje del Gasto Público en función del porcentaje del gasto total en salud. Fuente: Elaboración Propia con datos de BMD.	29
3.5. Estructura del sistema sanitario de Cuba. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Cuba” por Domínguez y Zacca	30
3.6. Estructura del Sistema de Salud Cubano. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de México”	32
3.7. Estructura del Sistema de Salud Brasileño. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Brasil”	36
3.8. Estructura del Sistema de Salud Argentino. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Argentina”	39
3.9. Porcentaje del PIB gastado en Salud Pública. Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos BMD	41
3.10. Porcentaje del Presupuesto Público destinado a Salud. Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos BMD	41
3.11. Gasto en salud de Estados Unidos en relación al %PIB. Fuente: Banco Mundial de Datos	43
3.12. Mapa Político de España. Fuente: Imágenes Google	64
5.1. Los ámbitos en la determinación de prioridades de salud. Fuente: Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México.	105
5.2. Parilla de Análisis para la formulación de prioridades. Fuente: Libro: Planificación sanitaria; conceptos, métodos, estrategias. Autor: Pineault, Raynald; Daveluy, Carole.	108
5.3. Escala de puntuación de la componente C. Fuente: Elaboración Propia	110
5.4. Valor relativo de un año de la vida vivido a diversas edades, según lo ponderado en DALYs. Fuente: Paper: Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud.	113
5.5. Esperanza de Vida de 5 economías Latinoamericanas. Fuente: Elaboración propia con datos del BMD	120

5.6. Esperanza de Vida de Economías con IDH alto. Fuente: Elaboración Propia con datos del BMD	121
5.7. Algoritmo de priorización Plan AUGE. Fuente: Minsal	123
5.8. Diagrama de secuencia metodológica utilizada para un estudio de Carga. Fuente: Informe Final de Estudio de Carga de enfermedad y carga atribuible realizado por Dpto de Salud Pública, Escuela de Medicina, PUC, 2007.	126
5.9. Esquema General de Cálculo de EVC. Fuente: EVC realizado por universidad de Chile, 2016	130
5.10. Secuencia necesidad-demanda-utilización GES. Fuente: Informe Final EVS 2012, Minsal	132
5.11. Flujograma Demanda estimada. Fuente: IAS Uchile	132
5.12. Ilustración del procedimiento de cálculo de los precios que integran el vector de precios de FONASA e ISAPRE. Fuente: EVC 2012, Minsal	135
5.13. Costo Esperado por beneficiario de los 20 problemas de salud con mayor gasto. Fuente: Elaboración propia con datos de EVC 2012 y 2016.	136
5.14. N° de personas que accedieron al AUGE/GES. Fuente: Elaboración Propia con datos obtenidos de Superintendencia de Salud.	140
5.15. Total Garantías de Oportunidades Retrasadas 2012-2016. Fuente: elaboración propia con datos Glosa 06 de la Ley de Presupuesto del Ministerio de Salud.	141
5.16. Presupuesto Bono Auge. Fuente: Ley de Presupuesto	142
5.17. Evolución Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Fuente: Unidad de Registro, Intendencia de Prestadores de Salud	145
5.18. N° de Prestadores Acreditados. Fuente: : Unidad de Registros, Intendencia de Prestadores	146
5.19. Prestadores Acreditados por Complejidad. Fuente: Unidad de Registros, Intendencia de Prestadores	147
5.20. Carta Gantt de las procesos de priorización GES. Fuente: Elaboración propia	150

Índice de Tablas

2.1.	Historia del sistema de Salud en Chile. Fuente: Elaboración Propia	5
2.2.	Cotizaciones de remuneracion imposables y Fuentes de Financiamiento de Salud de Caprena y Dipreca. Fuente: Elaboración Propia	7
2.3.	Primeras 25 enfermedades garantizadas en el plan AUGE. Fuente: Superintendencia de Salud	8
2.4.	Prima GES Mensual de Isapres. Fuente: Estudio Prima Ges, Isapre Cruz Blanca . .	16
2.5.	Algunas enfermedades garantizadas por el AUGE 2013. Fuente: Superintendencia de Salud	19
2.6.	Últimas patologías garantizadas por el AUGE. Fuente: Superintendencia de Salud .	20
2.7.	Enfermedades que son cubiertas por Ley Ricarte Soto. Fuente: MINSAL, 2015 . .	23
3.1.	Cuadro comparativos de economías similares de latinoamerica al año 2015. Fuente: Elaboración Propia con datos de PNUD y Banco Mundial de Datos	26
3.2.	Estructura del Sistema de Salud Colombiano. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Colombia”	34
3.3.	Cuadro comparativos de economías con IDH alto al año 2015. Fuente: Elaboración Propia con datos de PNUD y Banco Mundial de Datos	40
3.4.	Porcentaje del Gasto Público en función del porcentaje del gasto total en salud. Fuente: Elaboración propia con datos BMD	42
3.5.	Priorización a nivel político/administrativo. Fuente: www.rediryss.net	48
3.6.	Priorización a nivel clínico. Fuente: www.rediryss.net	48
3.7.	Primera Parte: Criterios y métodos de priorización de objetivos de salud y áreas de intervención en los planes de salud de algunas. Fuente: Paper ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Metodos de priorización y disparidades regionales	62
3.8.	Segunda Parte: Criterios y métodos de priorización de objetivos de salud y áreas de intervención en los planes de salud de algunas. Fuente: Paper ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Metodos de priorización y disparidades regionales	63
4.1.	Descripción del proceso y criterio para seleccionar tecnologías sanitarias empleadas por EE.UU, Reino Unido, Lituania , Canada y Noruega. Fuente: Paper “Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación”	72

4.2. Descripción del proceso y criterio para seleccionar tecnologías sanitarias empleadas por Suecia, Australia, Holanda y España. Fuente: Paper “Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación”	73
4.3. Criterios de priorización empleados por las agencias o las unidades de evaluación. Fuente: Paper: “Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación”	75
5.1. Métodos comúnmente utilizados para la determinación de prioridades de investigación para la salud. Fuente: http://usma.ac.pa/wp-content/uploads/2014/05/revista-ipc-romero-quental.pdf	107
5.2. Estimación de la Componente A. Fuente: Libro: La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias.	109
5.3. Estudios realizados para GES. Fuente: Subsecretaría de Salud Pública	125
5.4. Tabla de Mortalidad Estandarizada Modelo West. Fuente: http://catarina.udlap.mx/	127
5.5. Descripción de los pesos de discapacidad. Fuente: Murray, López (1994) Global comparative assessments in the health sector. Disease Burden, expenditures and intervention packages.	128
5.6. Propuesta hecha para determinar los precios de las prestaciones de FONASA e ISAPRE. Fuente: EVC 2016 realizado por la UChile	134
5.7. Criterio para selección de individuos en el Estudio de prioridades sociales realizado el 2008. Fuente:	137
5.8. Primeras 24 enfermedades del GES que otorga garantía de calidad. Fuente: Superintendencia de Salud	144
5.9. Inscripciones profesionales de la salud. Fuente: Superintendencia de Salud	145
5.10. Inscripciones profesionales-auxiliares de la salud. Fuente: Superintendencia de Salud	146
5.11. Tiempos estimados proceso de priorización GES. Fuente: Minsal	149
A.1. Gasto en Salud, sector público (% del PIB). Fuente: Elaboracion propia con datos BMD	160
A.2. Porcentaje destinado del Presupuesto Público a Salud. Fuente: Elaboracion propia con datos BMD	161
A.3. % Gasto en Salud pública vs gasto total en Salud. Fuente: Elaboracion propia con datos BMD	161
A.4. Leyes que relacionadas con el Regimen AUGE/GES. Fuente: Elaboración Propia con datos sacados de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile	162
A.5. Decretos supremos aprobados para incorporación de enfermedades en el Regimen GES. Fuente: Elaboración Propia con datos extraídos de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile	163
A.6. Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 21-40 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.	164
A.7. Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 1-40 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.	165
A.8. Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 41-60 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.	166
A.9. Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 61-80 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.	167

1 | Introducción

1.1. Motivación

La salud es considerada un derecho universal para todos y todas, fue así como se declara el 10 de diciembre de 1948 la declaración de los derechos humano (Declaración de los Derechos Humanos, 1948) en el cual se contempla que 'Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegura, así como a su familia, la salud y el bienestar' [Asamblea General de las Naciones Unidas \(1948\)](#). Pese a todos los esfuerzos que la comunidad internacional ha realizado en las últimas décadas por promover la salud como un derecho social no ha sido lo suficiente, cada vez más los ciudadanos del mundo han salido a la calle a protestar por una mejor cobertura universal de salud que le dé acceso a un sistema de calidad y con precios asequible. Sin ir más lejos en Chile existe actualmente una gran discusión frente a las garantías estatales sanitarias que entrega el país a su comunidad, este régimen de garantías estatales en Chile es conocido como Plan GES, antes llamado Plan AUGE, programa que tiene como objetivo asegurar el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera para un determinado número de patologías. ¿Estas 4 garantías se cumplen? ¿Existen programas similares al Plan GES en otras economías? Además estamos frente a una limitante económica ya que los recursos son finitos por lo que la determinación de prioridades en los servicios de salud es inevitable, para esto se debe establecer mecanismo de priorización que permitan determinar que patologías entran y cuales no. ¿Son efectivos estos criterios? ¿Cuales son los parámetros que determinan la priorización? ¿Cuales son los mecanismos de priorización de otras economías? Todas estas preguntas serán abordadas en la presente tesis.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

La presente tesis tiene 2 objetivos generales:

1. Realizar un estudio del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), su marco legal, financiamiento y compararlas con otros regímenes parecidos en economías latinoamericanas y desarrolladas con el fin de determinar el estado actual del sistema chileno.
2. Analizar los criterios de priorización sanitarias utilizados en Chile y el mundo.

1.2.2. Objetivos Específicos

Los objetivos por su parte son:

1. Encontrar los criterios de priorización utilizados para la incorporación de nuevas enfermedades que entran al Régimen GES
2. Generar una base teórica conceptual con diversos criterios o modelos de priorización utilizados en otras economías, con la finalidad de compararlos y evaluar su uso.
3. Entregar recomendaciones y propuestas, a la luz de los resultados obtenidos del estado de las garantías explícitas de salud: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

2 | Diagnóstico de la Situación Actual

2.1. Historia del sistema de salud Chileno

En la década de los años 80 en varios países de la región de Latinoamérica y el Caribe se iniciaron procesos de reforma social, comenzando a implementarse iniciativas de Reforma del Sector de Salud y de Seguridad Social, con el propósito de avanzar hacia la redefinición de las agendas sociales vigentes y la reorganización del Estado [Bastías y Valdivia \(2007\)](#). Fue así que en Chile comienzan reformas que cambiaron la estructura y funcionamiento del sector salud en Chile. En los años 80 el gobierno militar reestructura el sistema de salud chileno (SNS), el cual tenía la característica de estar muy centralizado, introduciendo 4 cambios sustanciales:

1. Creación del Fondo Nacional de Salud como institución Financiera. (FONASA)
2. Creación de las Isapres
3. La descentralización del Servicio Nacional de Salud (SNS), convirtiéndolo en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de servicios de salud autónomos y con patrimonio propio distribuidos a lo largo del país.
4. Municipalización de la Atención Primaria.

Estas reformas estructurales fueron acompañadas de cambios importantes en las fuentes de financiamiento del sector, que derivaron en dos medidas:

1. Reducción del Aporte Fiscal de Salud.
2. Incremento en el financiamiento a través de cotización y copagos.

Luego el proceso continuo estableciendo los objetivos sanitarios del país que se definieron en la publicación de los “Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010” [Aguilera et al. \(2002\)](#), los cuales se resumieron en 4 puntos:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados en el siglo XX
2. Disminuir la inequidad
3. Enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y los cambios ocurridos en la sociedad chilena respecto de su visión de la salud.
4. Proveer servicios a la altura de las expectativas de la sociedad. [Valdivieso y Montero \(2010\)](#)

Junto con estos objetivos que señalan las metas nacionales en salud se constituye un referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse y evaluarse por el sistema de salud chilenos. Fue así como en el 2002 se comienza a trabajar en la reforma , y se empieza a nombrar “AUGE” al núcleo conceptual de la reforma. En éste se plantearon 4 garantías explícitas: Acceso, Protección Financiera, Oportunidad y Calidad.

¿De que se tratan estas garantías?

- Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones Previsionales de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, garantizadas a los beneficiarios.
- Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud organizadas por un prestador registrado o acreditado. Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.
- Garantía Explícita de Oportunidad: referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determinan el Decreto Supremo N°44, Artículo 11.
- Garantía Explícita de Protección: Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20 % del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos. No obstante el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de FONASA y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la disputa en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos Cy D de FONASA. [Garantias Explícitas en Salud \(2005\)](#)

2.2. Cronograma de Historia de Sistema de Salud en Chile

Los hitos más importantes del sistema de salud chileno son los siguientes (Ver Tabla 2.1):

Año	Hito
1952	Creación del sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de salud de toda la población.
1968	Consolidación de las mutuales de seguridad y creación del sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados.
1979	Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el fondo de Salud (FONASA), los servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Público.
1980	Municipalización de los establecimientos de atención primaria
1981	Creación de las Instituciones de Isapres de Salud Previsonal (ISAPRES)
2002	Elaboración de Proyecto de Régimen de Garantías en Salud ("Plan AUGE" 2004 Publicación Ley 19.966 que contempla el AUGE)

Tabla 2.1: Historia del sistema de Salud en Chile. Fuente: Elaboración Propia

2.3. Sistema de Salud Chileno Actual

El sistema asegurador de salud chileno se divide principalmente en 2 sectores: el sector privado y el público. Una de las principales características del sistema de salud chileno radica en las cotizaciones obligatorias de todos los trabajadores dependientes y pensionados (un 7 % de las remuneraciones) que pueden dirigirse al FONASA o ISAPRE. Si el cotizante opta por canalizar el pago de estas cotizaciones hacia el sistema ISAPRES, el cotizante pasa a formar parte del sistema privado de salud, mientras que si opta por realizar las cotizaciones en FONASA entra al sistema público. Es importante señalar que cotizar en el sistema público o privado no implica que sólo se puede utilizar el sistema publico o privado, cada individuo puede utilizar cualquiera, la diferencia está en que si cotizas en ISAPRE sale más barato (conveniente) ir al sistema privado y viceversa. Por otra parte son beneficiarios del sistema público, las personas clasificadas como indigentes que no tienen capacidad de contribución y los afiliados cotizantes y sus dependientes (cargas)

2.3.1. Sector Privado

El sector privado esta compuesta por Isapres abiertas y cerradas, la diferencia radica en que en la primera la afiliación y planes de salud son de oferta pública (cualquier cotizante puede contratar este servicio); a diferencia de las isapres cerradas en donde sólo pueden ingresar a ellas el personal

de la empresa que las organiza, (y) tienden a pactar contratos con grupos definidos de personas, en general sindicatos y trabajadores de una misma empresa, lo que implica que el riesgo médico implícito en el plan ofrecido es colectivo en función del riesgo del grupo que se inscribe.

Las Isapres son empresas privadas que prestan servicios tanto en el financiamiento de prestaciones de salud y del pago de licencias médicas, como de orientación al usuario, de convenios con prestadores y de revisión y control del correcto uso de los beneficios previsionales de salud. Para cumplir con lo anterior, captan las cotizaciones obligatorias y voluntarias para salud y aseguran a través de sus planes de salud, a los afiliados que libremente han optado por ellas. Hoy las Isapres atienden a un 18 % de la población del país.

Los planes de la Isapre dependen de la cotizaciones obligatorias (7 % del sueldo imponible) y voluntarias. Por lo general tienen planes de Libre Elección y Preferentes. Los de Libre elección cubren cierto porcentaje en la mayoría de los centros de salud (privado y público) y los planes preferentes cubren un mayor porcentaje en un determinado prestador que es elegido por el cotizante.

2.3.2. Sector Público

Se subdivide en 2 áreas: el sistema previsional de salud las FF.AA. y las de Orden y Seguridad Pública y FONASA

Fonasa

Es el Fondo Nacional de Salud, organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud para dar cobertura a sus beneficiarios (cotizantes más cargas), cotizan un 7 % de su sueldo imponible y de acuerdo con su situación económica y el número de cargas, los afiliados de FONASA pertenecen a distintos tramos (A, B, C y D).

El Tramo A recibe atención gratuita y esta constituido por indigentes o carentes recursos y personas que causen subsidio familiar (SUF), o sea, personas de escasos recursos que no pueden acceder al beneficio de Asignación Familiar o Materna.

El Tramo B corresponde a afiliados con un ingreso mensual imponible menor o igual a \$250 mil y beneficiarios de la Pensión Básica Solidaria (PBS) de Invalidez y Vejez; este tramo también reciben atención gratuita.

El Tramo C debe pagar el 10 % de las prestaciones y está constituido por personas con un ingreso imponible mayor a \$250 mil y menor a o igual a \$365 mil . Como excepción las personas que tienen 3 o más cargas pasan al tramo B.

El Tramo D deben pagar el 20 % de las prestaciones y son aquellos afiliados con un ingreso mensual imponible mayor o igual a \$365 mil. Al igual que en el tramo anterior tienen una excepción los afiliados que tengan 3 o más cargas pasan al tramo C. [Chile Atiende \(2010\)](#)

Sistema Previsional de Salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y las de Orden y Seguridad Pública (CAPREDENA Y DIPRECA)

En 1996 se promulgó la ley N°19.465 que establecía el régimen del sistema de salud de las Fuerzas Armadas (el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea) y las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública (Carabineros de Chile, Policía de Investigación y Gendarmería de Chile), desprendiéndose de la reforma de salud donde los trabajadores podían optar a ISAPRE o FONASA, pasando al sistema CAPREDENA y DIPRECA correspondientemente.

En esta ley se crean dos Fondos para poder financiar el sistema de salud: el Fondo de Medicina Curativa y el Fondo de Medicina Preventiva para atender las necesidades de salud del personal y sus cargas. Los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden son considerados públicos pero en general cubren sus beneficiarios específicos y además están abiertas al mercado de la atención de salud.

Los afiliados a CAPREDENA cotizan un 5,5 % de la remuneración imponible, esta cotización se va directamente al Fondo de Medicina Curativa Preventiva, por otra parte los afiliados a DIPRECA cotizan alrededor del 5 % en salud, donde el 2,55 % de las remuneraciones imponibles va al Fondo de de Medicina Curativa, el 1 % al Hospital Dipreca y el 1,5 % al Hospital de Carabineros. (Más detalles, ver [Tabla 2.2](#))

	Capredena	Dipreca
Fondo de Medicina Curativa	5,5 % de remuneraciones (a cargo del trabajador) 1,5 % de las remuneraciones (a cargo del empleador)	2,55 % de las remuneraciones
Fondo de Medicina Preventiva	1 % de remuneraciones (a cargo del empleador)	2,5 % aportado por Dipreca 1,5 % aporte fiscal

Tabla 2.2: Cotizaciones de remuneración imponibles y Fuentes de Financiamiento de Salud de Caprena y Dipreca. Fuente: Elaboración Propia

2.4. Comienzos del Plan de Acceso Universal Garantías Explícitas (AUGE)

Tras dos años de estudio el proyecto de ley que establece un régimen de garantías de salud para la población chilena, fue promulgado en septiembre del 2004 [Biblioteca del Congreso Nacional de Chile \(2004\)](#) ,con 25 patologías iniciales (Ver Tabla 2.3).

N°	Nombre de Patología Garantizada
1	Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2	Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3	Cáncer cérvico-uterino
4	Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
5	Infarto agudo del miocardio
6	Diabetes Mellitus tipo I
7	Diabetes Mellitus tipo II
8	Cáncer de mama en personas de 15 años y más
9	Disrafias espinales
10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11	Tratamiento quirúrgico de cataratas
12	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años
13	Fisura Labiopalatina
14	Cáncer en personas menores de 15 años
15	Esquizofrenia
16	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17	Linfomas en personas de 15 años y más
18	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
19	Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21	Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22	Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23	Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
24	Prevención de parto prematuro
25	Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más

Tabla 2.3: Primeras 25 enfermedades garantizadas en el plan AUGE. Fuente: Superintendencia de Salud

Este régimen general de garantías en Salud, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte de integrante del Régimen de Prestaciones de Salud (Ley N°18.469) y otras leyes (Ver Anexo Tabla A.4) y fue elaborado de acuerdo a los recursos que disponga el país. Este Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE) otorga las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional son las encargadas de asegurar

obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios. Constituyéndose un derecho para todos los ciudadanos independientemente de si las cotizaciones de salud la realiza en ISAPRE o FONASA.

A su vez la red de prestadores de la modalidad institucional está constituida por los servicios de salud perteneciente al SNSS, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, y los consultorios de atención primaria bajo la responsabilidad de los municipios.

2.5. Marco Legal y Regulatorio en en el proceso de priorización del Régimen AUGE/GES

2.5.1. Ley N°19.966

La ley N°19.966 [Biblioteca del Congreso Nacional de Chile \(2004\)](#) establece un régimen de garantías explícitas. En esta ley se describe los distintos aspectos relacionados con el establecimiento de prioridades, dentro de las disposiciones más importantes se encuentran:

- El MINSAL elaborará una propuesta de las Garantías Explícitas en Salud, entregando un listado priorizado de problemas de salud y de intervenciones sanitarias asociadas a éstos.
- Los Ministerios de Salud y Hacienda someterán la propuesta a consideración del Consejo Consultivo quien realiza recomendaciones (Ver más detalle en 2.6.4)
- Las GES tienen vigencia de 3 años, si no se modifican en el plazo determinado, se prorrogan por igual periodo, en forma sucesiva
- Establece que tanto FONASA como las ISAPRES deben cumplir en forma obligatoria para sus beneficiarios las garantías explícitas en salud que contemple el régimen.

2.5.2. Decreto N° 121 (2005)

El Decreto N°121 [Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile \(2005\)](#) aprueba el reglamento que establece las normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud previstas en la Ley N°19.966.

El procedimiento para la determinación de las garantías se contempla las siguientes etapas:

1. Ministerio de Hacienda fija una Resolución

2. Ministerio de Salud determina grupo de trabajo
3. Etapa de Estudios y análisis técnico sanitario y económico
4. Etapa de priorización de problemas e intervenciones asociadas
5. Procedimiento para la determinación del costo esperado individual promedio pertinente
6. Etapa de Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario (EVC)
7. Etapa Consulta al Consejo Consultivo
8. Etapa de Formulación Final de las Garantías

2.6. Etapas para incorporar nuevas enfermedades al plan AUGE

Las Garantías Explícitas de Salud son elaboradas por el Ministerio de Salud y deben ser aprobadas por decreto supremo (Ver decretos aprobados hasta la fecha en tabla A.5) por éste en conjunto con el Ministerio de Hacienda. (Art 11, Ley 19.966). El Ministerio de Hacienda es quien define los recursos disponibles que se destinará a este Plan año a año. Por otra parte la elaboración de las nuevas enfermedades que entran al Plan AUGE/GES considera varias etapas.

1. Desarrollo de estudios de nuevas enfermedades que pueden ingresar al Plan AUGE (Estudios)
2. Realización de un listado de priorización de enfermedades y sus prestaciones asociadas
3. Verificación del costo esperado de la propuesta. (Evaluación)
4. Revisión Final
5. Incorporación de nuevas enfermedades

A continuación se detallarán cada etapa

2.6.1. Desarrollo de estudios de nuevas enfermedades que pueden ingresar al Plan AUGE (Estudios)

Se realizan con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.

Para esto se desarrollan estudios epidemiológicos:

- Carga de Enfermedad
- Revisiones sistemáticas sobre la efectividad
- Evaluaciones económicas (Costo-efectividad de las intervenciones que correspondan a los problemas de salud)
- Demanda potencial
- Capacidad de oferta del sistema de salud chileno

2.6.2. Realización de un listado de priorización enfermedades y sus prestaciones asociadas

Se priorizan enfermedades de acuerdo con criterios sanitarios e impacto financiero. Considerando los estudios señalados anteriormente y en conjunto con la experiencia y la evidencia científica nacional y extranjera, se confecciona un listado de enfermedades junto a sus prestaciones asociadas. En esta etapa se descartan todas aquellas enfermedades para las cuales no haya fundamento de que significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados y se debe estimar el costo de incorporarlas al Régimen, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones. (Art 14, ley 19.966).

¿Cuales son los criterios de priorización de la lista Auge? La definición de los problemas a incluir en el régimen se basó en un método de priorización, el que se hizo operativo a través de un algoritmo que consideró:

1. Estudios de carga de enfermedad y de carga de factores de riesgo, ambos expresados en AVISA (suma de los años de vida perdidos, sea por muerte prematura o por incapacidad, atribuibles a cada patología o factor de riesgo. Estudios pendientes a profundizar el conocimiento de la magnitud y tendencia de las principales causas de muerte y discapacidad en la población).
2. Eficacia y Efectividad de las prestaciones que se ofrece otorgar, de acuerdo a criterios de Medicina Basada en Evidencia. (existentes para prevenir, tratar o rehabilitar el impacto de estas enfermedades, evaluando la evidencia científica disponible sobre el resultado de esas intervenciones)

3. Capacidad real de atención de los sistemas de salud para cada uno de las patologías o condiciones propuestas.
4. Criterio de “preferencias sociales” (estudios sobre las necesidades y expectativas de la población)

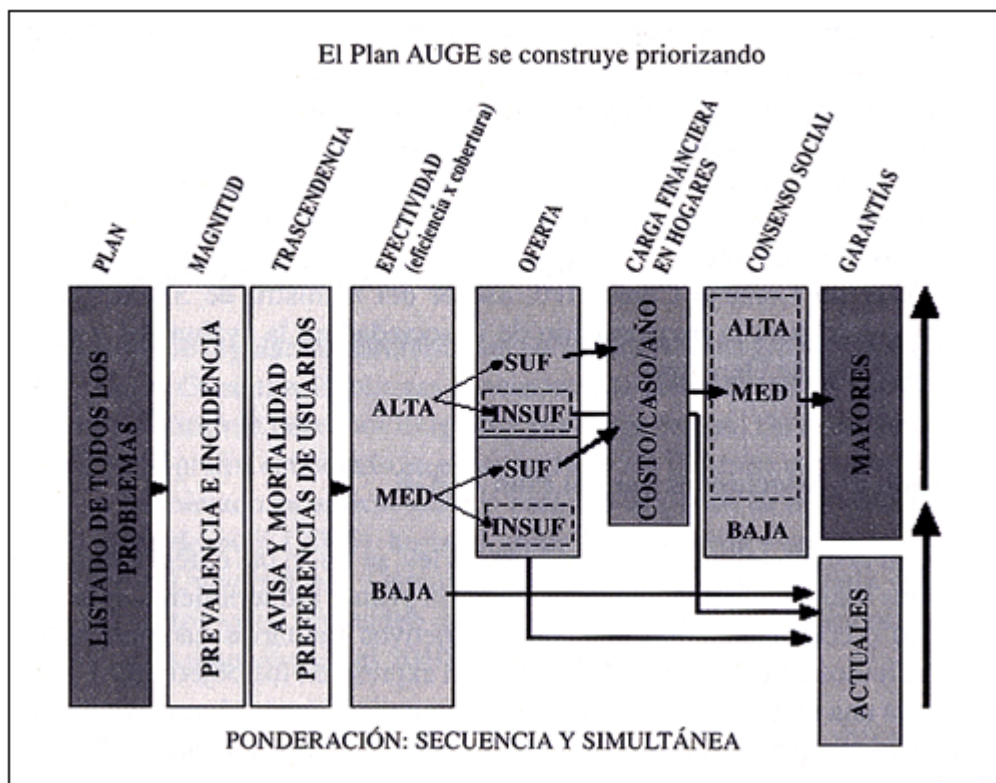


Figura 2.1: Algoritmo de Priorización Plan Auge. Fuente: Minsal

Algoritmo de priorización

2.6.3. Verificación del costo esperado de la propuesta (Evaluación).

La propuesta se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud. Este estudio será hecho por aquel oferente, nacional o extranjero, que gane la licitación y cumpla con todos los requerimiento que se estipulan en la ley N°19.886.

2.6.4. Revisión Final

Considerando los resultados del estudio, los Ministerios de Salud y de Hacienda someterán la propuesta del Consejo Consultivo

¿Qué es el consejo consultivo? El Consejo Consultivo es convocado por el Ministerio de Salud cada vez que lo estime necesario; participa además en el análisis (Etapa 1) y evaluación (Etapa 3) de las Garantías Explícitas de Salud (GES) y está constituido por 9 miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética y derecho sanitario. Dichos consejeros se nombran de la siguiente manera: [Infante \(2008\)](#)

- 2 representantes de la Facultad de Medicina de las universidades reconocidas oficialmente en Chile.
- 1 de la Academia de Medicina Interna del Instituto de Chile
- 1 de la Facultad de Química y Farmacia
- 2 representantes Facultades de Economía
- 3 representantes nombrados por la el Presidente de la República

Los consejeros duran 3 años en su cargo, su nombramiento sólo puede ser renovable por una sola vez y no perciben remuneración alguna por su desempeño. Estos son los encargados de estudiar las propuestas del Ministerio de Salud (MINSAL) respecto de incorporar (o retirar) patologías o condiciones del listado AUGUE de acuerdo a los criterios establecidos en la ley 19.966, es importante señalar que este consejo cumple un rol asesor que debe proponer cada 3 años una lista de potenciales patologías que pueden entrar al sistema.

2.6.5. Incorporación de nuevas enfermedades

Tras la asesoría del Consejo Consultivo el Ministro de Hacienda junto con el de Salud toman la decisión final de las enfermedades que entran al Régimen de Garantías Estatales.

¿Cuales son los criterios de selección? Los principales criterios de selección o priorización de nuevas patologías son:

1. Estudios de carga de enfermedad y de carga de factores de riesgo, ambos expresados en AVISA (suma de los años de vida perdidos, sea por muerte prematura o por incapacidad, atribuibles a cada patología o factor de riesgo).
2. Eficacia y Efectividad de las prestaciones que se ofrece otorgar, de acuerdo a criterios de Medicina Basada en Evidencia.
3. Capacidad real de atención de los sistemas de salud para cada uno de las patologías o condiciones propuestas.
4. Criterio de “preferencias sociales”: se considerarán estudios sobre las necesidades y expectativas de la población. [Biblioteca del Congreso Nacional de Chile \(2004\)](#)

La definición de los problemas a incluir en el régimen se basó en un método de priorización, el que se hizo operativo a través de un algoritmo que consideró:

- Criterios de magnitud (magnitud de casos ajustada por la calidad del dato)
- Trascendencia (años de vida saludable perdidos o AVISA)
- Mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios y vulnerabilidad (existencia de intervención efectiva en salud)
- Carga financiera y Suficiencia de la Oferta

2.7. ¿Cómo funciona el AUGÉ/GES?

Si algún beneficiario padece algunas de las enfermedades GES, debe acercarse a la ISAPRE o FONASA con un certificado médico que acredite el diagnóstico y debe llenar un formulario creado para estos efectos. La Isapre o Fonasa le indicará en que prestador debe acudir para confirmar el diagnóstico. Si es confirmado, será derivado al centro de atención de la red de prestadores, este punto es muy importante ya que los beneficiarios si no acuden a dichos centros perderán su beneficio.

2.7.1. ¿Cuántos son los costos de una enfermedad GES?

FONASA

En el caso de FONASA los costos son los siguientes:

- El tramo A y B y para los mayores de 60 años de edad y para quienes reciban pensiones asistenciales el costo es cero (copago 0).
- El tramo C paga el 10 % de las prestaciones con un tope de 21 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 31 cotizaciones por dos o más enfermedades (para los trabajadores dependientes). Para los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de 1,47 veces el promedio de sus ingresos recibidos los últimos 12 meses.
- El tramo D paga el 20 % de las prestaciones con un tope máximo de 29 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 43 cotizaciones mensuales por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de dos veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses. [Chile Atiende \(2010\)](#)

ISAPRE

Los afiliados a Isapre pagan el 20 % de la prestación (según el arancel de referencia disponible en cada Isapre) con un tope máximo de 29 cotizaciones, en caso de una enfermedad, o de 41 cotizaciones mensuales en el caso de dos o más enfermedades. La suma de los copagos durante un año no podrán exceder las 122 UF en el caso de una enfermedad o de 181 UF en el caso de dos o más enfermedades.

A modo de ejemplo: Si un cotizante necesita un tratamiento GES y mensualmente cotiza \$ 50 mil en su Isapre, todos los gastos por debajo de \$ 1.450.000 (29×50.000), se pagarán de acuerdo a la regla del 20 %, o sea con un tope de \$ 290.000. Lo que exceda las 29 cotizaciones lo cubre la Isapre.

2.8. Financiamiento de la Reforma de Salud para el Plan AUGE/GES

El sistema asegurador salud está conformado por 2 partes importantes: Sistema de salud Público y el Privado.

Isapre	2005	2006	2007	2010	2013	2016
	GES 25	GES 40	GES 56	GES 69	GES 80	GES 80
Banmedica	0,045	0,045	0,120	0,240	0,260	0,360
Vida Tres	0,070	0,070	0,160	0,280	0,295	0,390
Colmena	0,070	0,070	0,150	0,330	0,400	0,520
Consalud	0,044	0,044	0,044	0,164	0,330	0,440
Cruz Blanca	0,035	0,035	0,110	0,286	0,370	0,513
Masvida	0,050	0,050	0,065	0,200	0,290	0,450

Tabla 2.4: Prima GES Mensual de Isapres. Fuente: Estudio Prima Ges, Isapre Cruz Blanca

2.8.1. Sistema Público

FONASA

El financiamiento de la reforma de salud, en la que se incluía el plan AUGE se pudo llevar a cabo tras hacer efectiva 2 medidas:

1. Aumentar el IVA de un 18 % a un 19 %, esto fue logrado por el Ejecutivo en agosto del 2003.
2. Impuestos Específicos

Por otra parte el plan AUGE se financia también a través del 7 % de cotización , es importante destacar acá que los afiliados a FONASA, no pagan una prima adicional para acceder a este beneficio, a diferencia de las ISAPRES en donde si se cobra una prima para poder acceder a estos beneficios (esto se ve con más detalle en el Capítulo 1.6.2)

Sistema Previsional de Salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y las de Orden y Seguridad Pública (CAPREDENA Y DIPRECA)

Los beneficiarios de CAPREDENA Y DIPRECA no tienen derecho a acceder al plan AUGE/-GES.

2.8.2. Sistema Privado

En el ámbito privado el AUGE es conocido como GES (Garantías Explícitas de Salud), las personas deben pagar una prima por concepto de AUGE, utilices o no el Régimen AUGE/GES . En la Tabla 2.4 , se observa que en el 2016 la prima ges mensual más económica es la de Banmedica con un valor de 0,360UF, mientras que la más cara tiene un valor de 0,520 UF y es cobrada por Isapre Colmena.

Además se creó un Fondo de Compensación del Plan Garantizado de Salud (PGS) el cual establecía que aquellas Isapres que en efecto tengan una cartera de clientes cuyo gasto esperado en prestaciones propias del PGS sea superior a la prima comunitaria recibirán una cantidad de recursos neta desde el fondo, mientras que aquellas que tengan una cartera de clientes cuyo gasto esperado en prestaciones PGS sea inferior a la prima comunitaria realizarán un aporte neto de recursos al fondo. Expuesto de forma más rigurosa, las transferencias o compensaciones entre Isapres dependerán de: a) la Capacidad Financiera (CF) y b) la Necesidad Financiera (NF) de cada una de las Isapres. Para la Isapre i la Capacidad Financiera es el producto de la prima comunitaria por el número de afiliados. Para la misma Isapre i , la Necesidad Financiera es la prima individual ajustada por riesgo multiplicado por el número de afiliados en cada grupo de riesgo.

En base a esto, y en términos formales, se obtiene el siguiente criterio de transferencia de recursos financieros inter-isapre :

a. Si $CF_i > NF_i$; la Isapre i deberá pagar una compensación a una o más Isapres. b. Si $CF_i = NF_i$ la Isapre i no hará ni recibirá aportes netos del fondo. c. Si $CF_i < NF_i$ la Isapre i recibirá una compensación desde una o más Isapres. [Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales Subdepartamento de Regulación \(2013\)](#)

2.9. Situación Actual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gasto total en salud en Chile como porcentaje del PIB fue de 7,8 el año 2014 [Banco Mundial \(2014\)](#). Este fue en 3 puntos básicos con respecto al gasto del año anterior. Por otra parte se observa que existe un aumento en el gasto de salud desde el año 2010, tras varias fluctuaciones de presupuesto en los años anteriores (ver [Figura 2.2](#)).

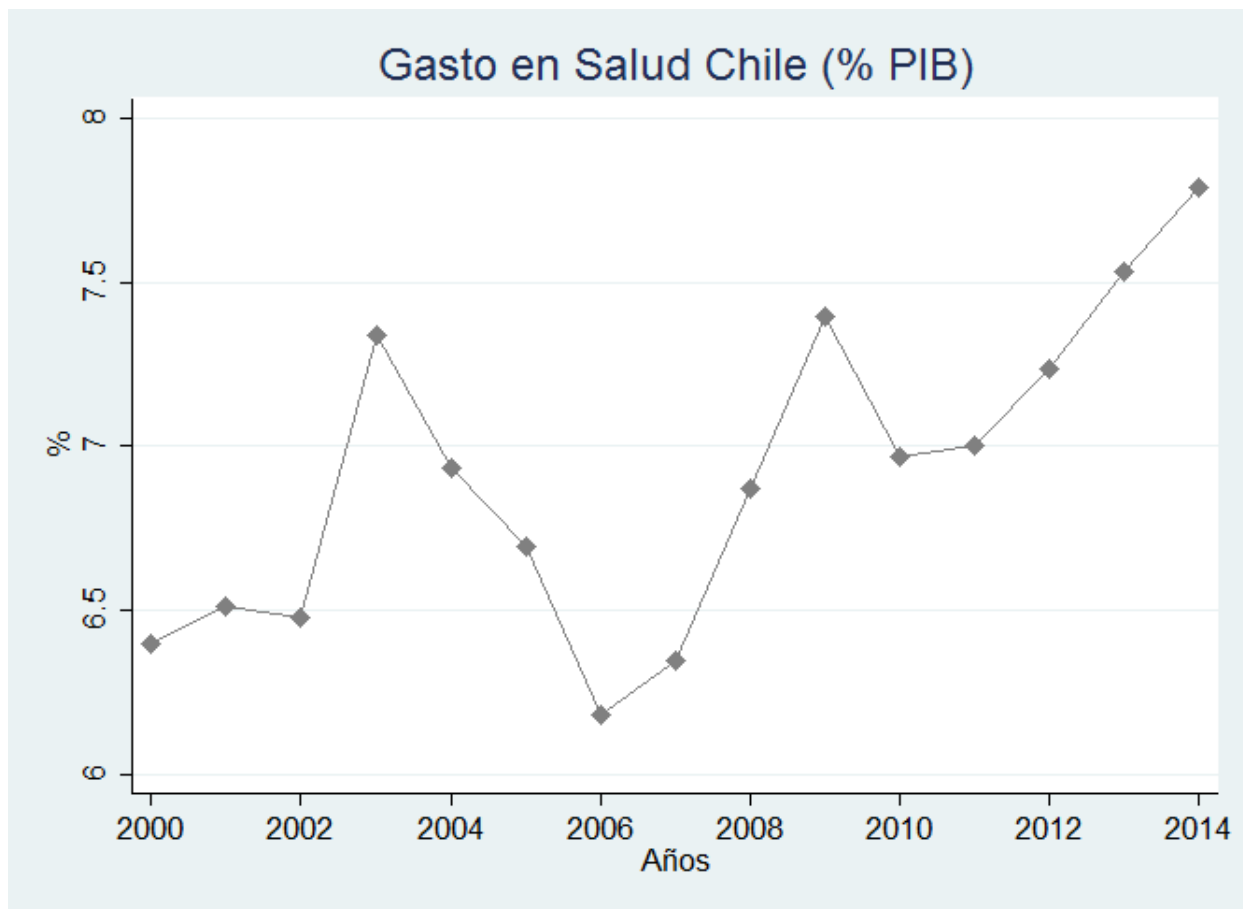


Figura 2.2: Gasto en Salud Pública de Chile en los años 2000-2014, respecto % PIB. Fuente: Datos Banco Mundial

2.9.1. Enfermedades cubiertas por el plan AUGE hasta la actualidad

Actualmente existen 80 patologías en el AUGE según orden decreto de la ley 19.966. En las Tabla 2.5 y Tabla 2.6 se nombran las patologías agregadas tras las 25 primeras enfermedades cubiertas en el 2002

N°	Nombre de Patología Garantizada
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27	Cáncer gástrico
28	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30	Estrabismo en personas menores de 9 años
31	Retinopatía diabética
32	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33	Hemofilia
34	Depresión en personas de 15 años y más
35	Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36	Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37	Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39	Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
40	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43	Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44	Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45	Leucemia en personas de 15 años y más
46	Urgencia odontológica ambulatoria
47	Salud oral integral del adulto de 60 años
48	Politraumatizado grave
49	Traumatismo craneo encefálico moderado o grave
50	Trauma ocular grave
51	Fibrosis quística
52	Artritis reumatoidea
53	Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54	Analgesia del parto
55	Gran quemado
56	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57	Retinopatía del prematuro
58	Displasia broncopulmonar del prematuro
59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60	Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más
62	Enfermedad de parkinson
63	Artritis idiopática juvenil
64	Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65	Displasia luxante de caderas
66	Salud oral integral de la embarazada
67	Esclerosis múltiple remitente recurrente
68	Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69	Hepatitis C

Tabla 2.5: Algunas enfermedades garantizadas por el AUGE 2013. Fuente: Superintendencia de Salud

El 2013 fue el último año que se incorporaron patologías al Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), agregando 11 nuevas patologías (Ver Tabla 2.6) y se mejoran los paquetes de prestaciones de la mayor parte de las enfermedades vigentes. Además, se establece por decreto la entrada en vigencia de la Garantía de Calidad.

N°	Nombre de Patología Garantizada
70	Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71	Cáncer de ovario epitelial
72	Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75	Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77	Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78	Lupus eritematoso sistémico
79	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
80	Tratamiento de erradicación del <i>helicobacter pylori</i>

Tabla 2.6: Últimas patologías garantizadas por el AUGE. Fuente: Superintendencia de Salud

2.9.2. Disconformidad con el Sistema actual de las Garantías Explícitas en Salud

A pesar de los inherentes esfuerzos en la última década tras la promulgación de la ley 19.966 en el año 2004, la población no se siente satisfecha con las garantías explícitas que otorga el gobierno, según una encuesta de la CASEN realizada el 2014 señala que el 67 % cree que la calidad de la salud en Chile es mala, esto se debe principalmente a la falta de garantía de acceso al no recibir atención a nuevos problemas de salud, que por lo general, son enfermedades que tienen un alto costo económico para el afectado y la falta de garantía de calidad por parte de los centros registrados y acreditados por la Superintendencia de Salud, además de la falta de especialistas en el sector público, especialmente en el sector secundario (CRS y hospitales) y nivel terciario. En junio del 2015 tras masivas “marchas de los enfermos”, que comenzaron a intensificarse desde el 2013, los cuales luchaban por los altos precios de medicamentos y alto costo de enfermedades graves y raras que no estaban dentro de las patologías del AUGE tuvieron la noticia de que la presidente Michelle Bachelet promulga la ley 20.850 o ley Ricarte Soto, en homenaje póstumo a un reconocido periodista chileno que vivió sus últimos años por la lucha de mejores coberturas en el tratamiento de enfermedades de alto costo tras ser diagnosticado de un cáncer de pulmón, la cual establece un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de enfermedades que son más costosas. Esta última ley cubre en parte el malestar de la población, pero no así su

totalidad, ya que siguen existiendo enfermedades que no son cubiertas por ningún régimen.

2.9.3. Ley Ricarte Soto

La Ley Ricarte Soto establece una cobertura universal para los usuarios de los distintos sistemas previsionales de salud, indistintamente de su nivel socioeconómico. Se toma en cuenta el diagnóstico y tratamientos con efectividad probada de once enfermedades de alto costo, con un 100 % del financiamiento. Actualmente, se encuentra en la primera etapa de aplicación, se estima que pueda beneficiar a más de 4000 usuarios FONASA (2016) y en el transcurso del tiempo añadir otras enfermedades. Esta ley otorga protección financiera a todos los usuarios de los sistemas previsionales de salud: FONASA, CAPREDENA, DIPRECA e ISAPRES, sin importar su situación socioeconómica para diagnósticos y tratamiento de alto costo. Esta ley pasa a formar parte del régimen general de garantías en salud y procura un sistema de salud que brinde una atención adecuada y oportuna, y busca alcanzar una cobertura universal en salud, entendiendo la Salud como un Derecho.

¿Quién determina cuáles son los tratamientos de alto costo?

Un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministerio de Hacienda, determina cuales son los tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera. Según el Art. N°5 de la ley 20.850 sólo podrán incorporarse a este decreto los diagnósticos y tratamientos de alto costo que cumplan con las siguientes condiciones copulativas:

1. Que el costo de los diagnósticos o tratamientos sea igual o superior al determinado en el umbral.
2. Que los diagnósticos y tratamientos hayan sido objeto de una favorable evaluación científica de la evidencia.
3. Que los diagnósticos y los tratamientos hayan sido recomendados.
4. Que se haya decidido la incorporación de los diagnósticos y los tratamientos.

1. Determinación del Umbral

“Los Ministerios de Salud y de Hacienda, cada tres años mediante decreto supremo, fijarán el umbral nacional de costo anual para determinar si un diagnóstico o un tratamiento es de alto

costo, tomando en cuenta el cuarenta por ciento de los ingresos familiares anuales promedio una vez cubiertos los gastos básicos de subsistencia, conforme al reglamento.” (Ley 20.850)

2. Proceso de Evaluación Científica de la evidencia

Al inicio del proceso de evaluación, la Subsecretaría de Salud Pública tomará especialmente en cuenta las opiniones y recomendaciones de diagnósticos o tratamientos a evaluar, que hagan sus comisiones técnicas asesoras y las agrupaciones de pacientes. Posteriormente se realizará la evaluación del respectivo diagnóstico o tratamiento que deberá incluir:

- La eficacia y efectividad relativas
- La seguridad
- La evaluación económica
- La implementación
- La evaluación de las condiciones de pago a través del mecanismo de riesgo compartido
- El impacto presupuestarios
- Los efectos en las redes asistenciales
- Las alternativas disponibles si existieren
- Precio máximo industrial
- Las repercusiones éticas, jurídicas y sociales
- El alcance y plazo de revisión de la evaluación

3. Proceso de elaboración de recomendación priorizada

La evaluación técnica de la evidencia será analizada y priorizada sobre la base del valor científico, económico y social que el tratamiento importe. Este proceso estará a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, que constituirá la Comisión de Recomendación Priorizada y que será creada por resolución del Ministerio de Salud. La Comisión estará conformada por 12 miembros, quienes serán designados por el Ministro de Salud, previa convocatoria pública. Es importante destacar que en esta comisión existirán 2 representantes de las agrupaciones de pacientes.

4. Incorporación de los diagnósticos y los tratamientos (Proceso de Decisión)

Los Ministerios de Salud y de Hacienda, sobre la base de la evaluación y recomendación, determinarán mediante decreto supremo fundado los diagnósticos y tratamientos que cubrirá el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. En la actualidad existen 11 patologías (Ver Tabla 2.7) y se renuevan cada 3 años:

N°	Nombre de Patología Garantizada
1	Mucopolisacaridosis Tipo I
2	Mucopolisacaridosis Tipo II
3	Mucopolisacaridosis Tipo VI
4	Tirosinemia Tipo I
5	Artritis Reumatoide en Adultos refractaria a tratamiento habitual
6	Esclerosis Múltiple Refractaria a Tratamiento Habitual
7	Gaucher
8	Fabry
9	Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I
10	Prematuros extremos con Displasia Broncopulmonar
11	Cáncer de Mamas HER2+

Tabla 2.7: Enfermedades que son cubiertas por Ley Ricarte Soto. Fuente: MINSAL, 2015

En Octubre de este año la Presidente dio a conocer las tres nuevas enfermedades que se suman a las coberturas de la Ley Ricarte Soto:

- Imposibilidad Prolongada de Alimentación por vía oral+
- Enfermedad de Crohn Grave o Fulminante
- Diabetes Mellitus Tipo 1 Inestable

Estas enfermedades fueron seleccionadas de una lista potencial de 22 patologías, y fueron escogidas por los criterios explicados anteriormente.

¿Que ocurre si se incorpora al GES/AUGE una patología de la Ley Ricarte Soto? “En los casos en que un diagnóstico o un tratamiento de alto costo con protección financiera sea incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, regulado por la ley N°19.966, pasará a regirse por esta normativa. En este caso, la garantía de protección financiera para dicho diagnóstico o tratamiento de alto costo continuará vigente y exigible para los beneficiarios de los Sistemas de Salud que no se encuentran incorporados al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, mientras subsista

su eficacia o utilidad terapéutica, de lo que deberá dejarse constancia en el decreto modificatorio.”
(Ley 20.850, Art 9°)

Financiamiento de la Ley Ricarte Soto

El fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo se financiará con los siguientes recursos:

1. Aportes fiscales anuales por un monto de hasta cien mil millones de pesos, monto el cual año a año se reajustará por IPC.
2. Donaciones que se le hagan y herencias y legados que acepte el Ministerio de Hacienda.
3. Los aportes de la cooperación internacional.
4. La rentabilidad que genere la inversión de los recursos del mismo.

3 | Experiencias de otras economías

En todos estos años de la humanidad todavía ningún país ha sido capaz de garantizar el acceso inmediato de todas las personas a todos los servicios que podrían mantener o mejorar la salud. Todos se enfrentan a las limitaciones de recursos de uno u otro tipo, tanto los países, ricos y pobres, luchan por obtener los fondos necesarios para pagar los servicios sanitarios que sus poblaciones necesitan o demandan (que a veces son diferentes). Ningún país, al margen de su riqueza, puede ofrecer a su población entera todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida.

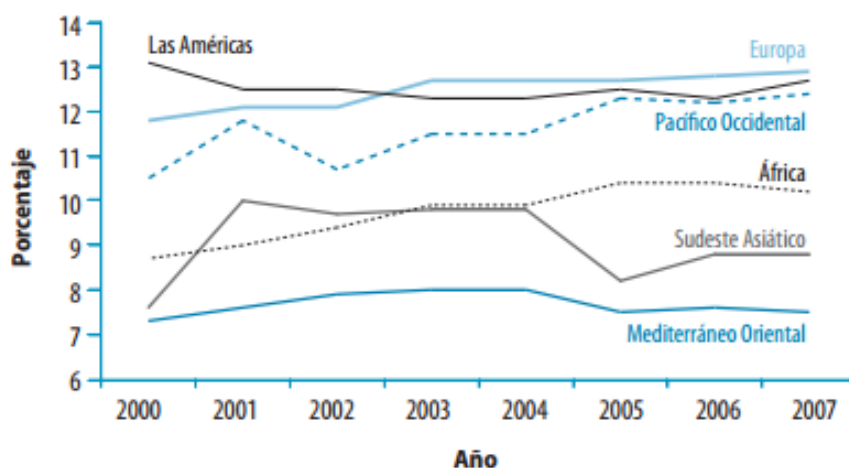


Figura 3.1: Gasto Público sanitario como porcentaje de los gastos totales de los gobiernos por regiones de la OMS, 2000-2007. Fuente: OMS

En la Figura 3.1 se muestra la participación media del gasto público en salud por regiones de la OMS para el periodo comprendido entre 2000 y 2007. En promedio, los gobiernos de las regiones de las Américas, de Europa y del Pacífico Occidental destinan una cantidad mayor a la salud que el resto de regiones.

3.1. Economías de América Latina

Se seleccionaron 5 países (Argentina, Brasil, México, Brasil, Cuba y Colombia) que poseen un IDH similar al de Chile, con el fin de analizar su gasto en salud, avance en salud y criterios que tienen para incluir enfermedades a los planes de salud estatales.

País	IDH	PIB (miles de MM USD)	PIB (PPA) per cápita [USD]
Chile	0,847	240,8	23.367
Argentina	0.827	584,71	20.338
México	0.762	1.143,79	16.988
Brasil	0.754	1803,65	15.474
Cuba	0.775	87,13	6.790
Colombia	0.727	292,08	13.829

Tabla 3.1: Cuadro comparativos de economías similares de latinoamérica al año 2015. Fuente: Elaboración Propia con datos de PNUD y Banco Mundial de Datos

Para entender bien el contexto de salud latinoamericano, se hicieron 3 gráficas para contextualizar el gasto que hace el gobierno en esta área. El primero de estos (Ver Figura 3.2) y Tabla A.1, corresponde al gasto en salud del sector público en función del porcentaje del PIB. Se observa que el país que más gasta con respecto a su PIB es Cuba, con un 10,6 % el 2014 y el que menos gasta desde el 2011 es Argentina con un 2,65 %. También se observa que de los 6 países en estudios 5 gastan entre un 2,65 % y 5,4 % de su PIB, mientras que Cuba se escapa por 5,2 % del segundo país que gasta más en salud.

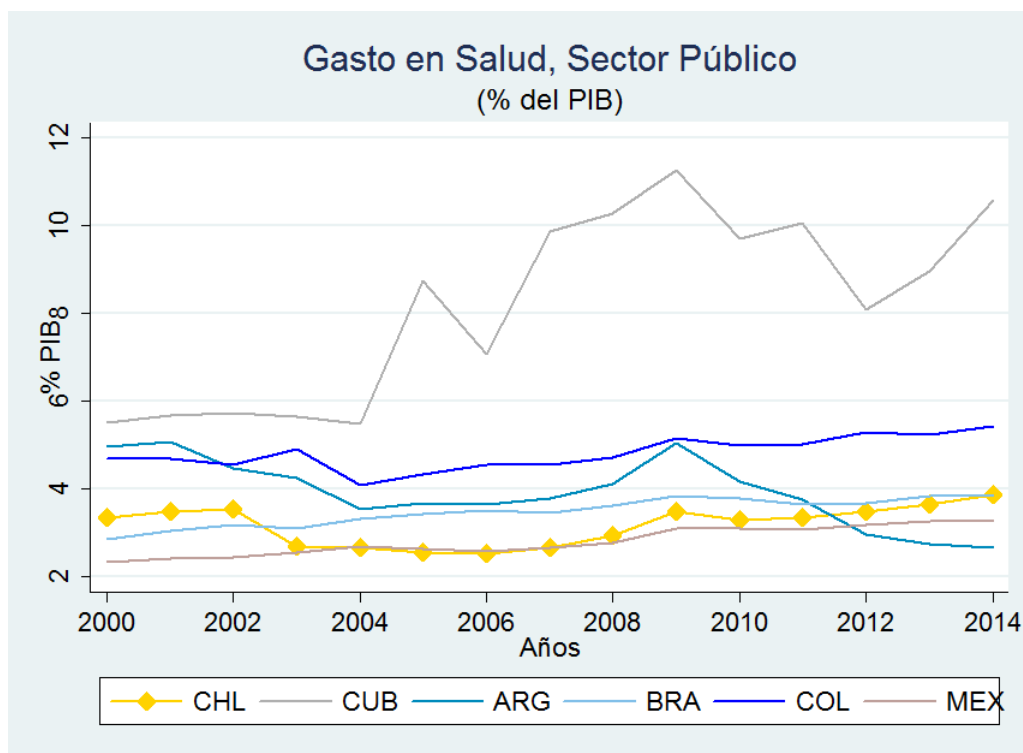


Figura 3.2: % PIB gastado en Salud Pública. Fuente: Elaboración propia con datos BMD.

La segunda gráfica que se realizó fue el porcentaje del Presupuesto Público destinado a Salud (ver Figura 3.3), en este se aprecia que Colombia es el país que destina el mayor porcentaje de su presupuesto nacional para efectos de salud, con un 18,1 %, siguiéndole Cuba con un 18,0 % (Ver Tabla A.2), mientras que los países que destinan menos porcentaje de su presupuesto a salud son Argentina y Brasil con un 6,9 % y 6,8 % respectivamente. En esta gráfica también se puede observar que Argentina tiene una considerable disminución del porcentaje del presupuesto destinado a salud desde el 2009 pasando de un 17,1 % a sólo un 6,9 %. Chile por su parte es el tercer país con mayor porcentaje destinado al ítem de salud del presupuesto nacional con un 15,9 %.

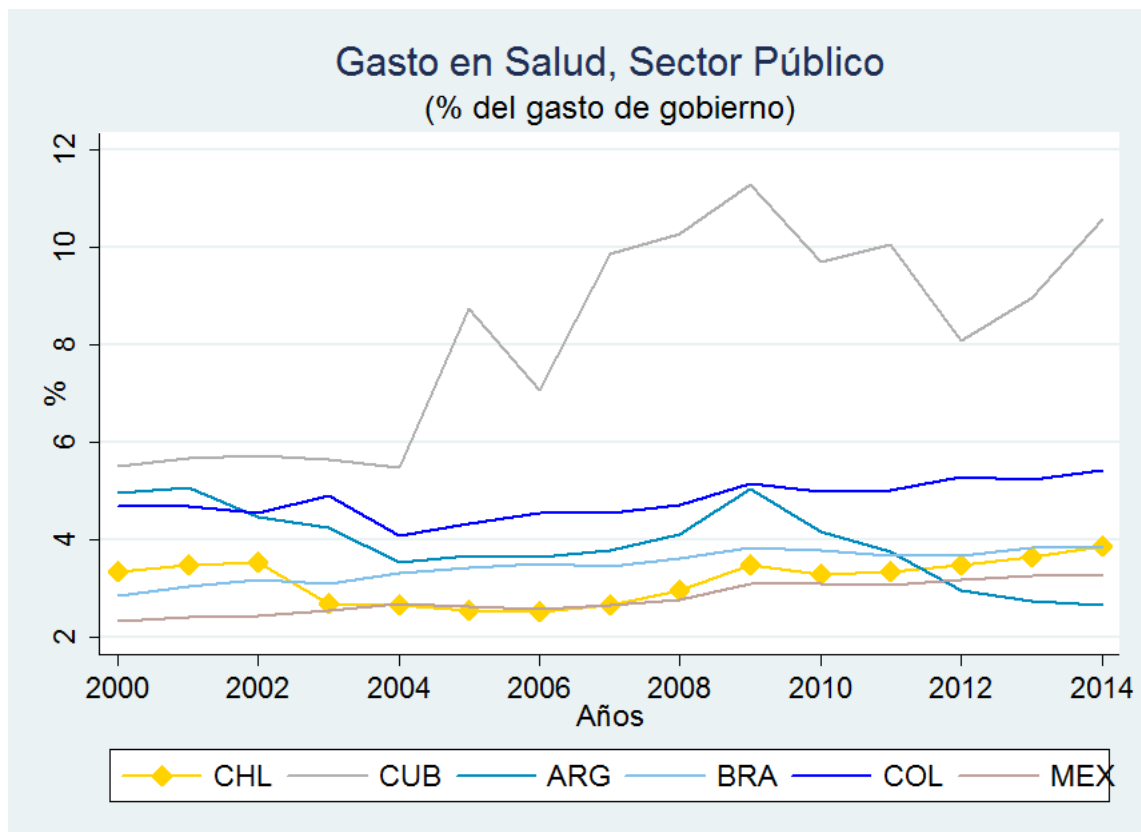


Figura 3.3: Porcentaje del Presupuesto del Gobierno destinado a Salud. Fuente: Elaboración Propia con datos de BMD.

La última gráfica del estudio corresponde al porcentaje de gasto público comparado con el gasto total en Salud (ver Figura 3.4) y Tabla A.3. En este se observa que Cuba gasta un 95,6 % del gasto total de salud en el área pública, mientras que el gasto en el sector privado es sólo un 4,4 %, a diferencia de Chile donde el gasto en el sector privado y público es casi igual, ambos se llevan un 50 %. Otro de los países que tiene un mayor gasto en el sector público que en el privado es Colombia el cual se reparte un 75-25, esto quiere decir que un 75 % del gasto en salud es público y un 25 % del gasto en salud es privado. Chile, Brasil, México y Argentina tienen una característica en común, gastan casi lo mismo en el sector público que en el privado.

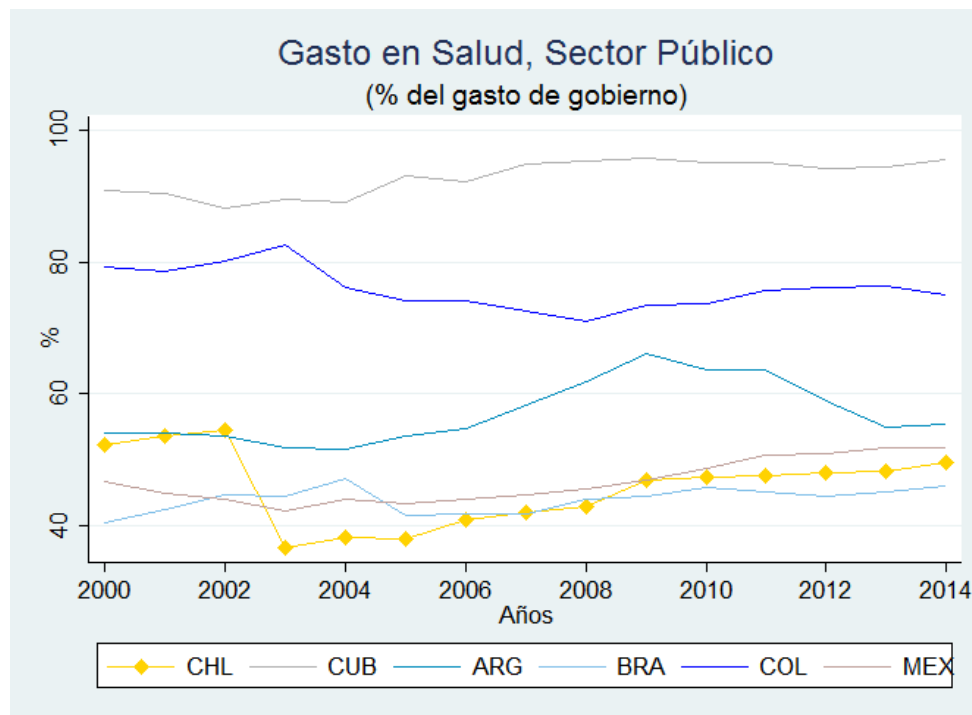


Figura 3.4: Porcentaje del Gasto Público en función del porcentaje del gasto total en salud. Fuente: Elaboración Propia con datos de BMD.

3.1.1. Cuba

En Cuba el estado regula, financia y presta los servicios de salud, en otras palabras, sólo existe el sistema público, a diferencia de los otros países en donde también se encuentra el sector privado [Domínguez-Alonso y Zacea \(2011\)](#). Esto es un gran hito ya que Cuba se encuentra entre los 3 primeros lugares de mejor nivel de salud en América Latina.

En Cuba, durante las últimas 5 décadas el diseño de políticas públicas saludables ha estado dirigida a garantizar la "salud para todos" a través del desarrollo de estrategias integrales con un marcado énfasis en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades, que se sustentan fundamentalmente en el quehacer cotidiano del equipo básico de salud en estrecha interrelación con el resto de los factores de la comunidad, constituyendo por tanto la integración y la acción intersectorial (La intersectorialidad se define como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida), dicho de otra manera las tareas para el sector de salud han sido asumidas de manera conjunta por el sector de salud, las organizaciones de masas y otros sectores. Creando la gran reforma de salud en el año 1970. Ello permitió que el sistema garantizara la atención médica gratuita, equitativa y justa a la población, aún en los

lugares más recónditos del país, así como en otros países a los que se ofrece ayuda solidaria, lo que habla a favor de una proyección de índole social y humanitaria.

El sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura al 100 % de la población. Este sistema se sustenta de 6 principios básicos [Álvarez Pérez et al. \(2007\)](#):

- Carácter estatal y social de la medicina.
- Accesibilidad y gratuidad de los servicios de salud.
- Orientación profiláctica y promocional.
- Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica.
- Participación de la comunidad.
- Colaboración internacional.

Por otra parte el SNS se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional (Ver [Figura 3.5](#)), invirtiendo en el 2014, 8,6 % del PIB, el porcentaje más alto en América Latina.

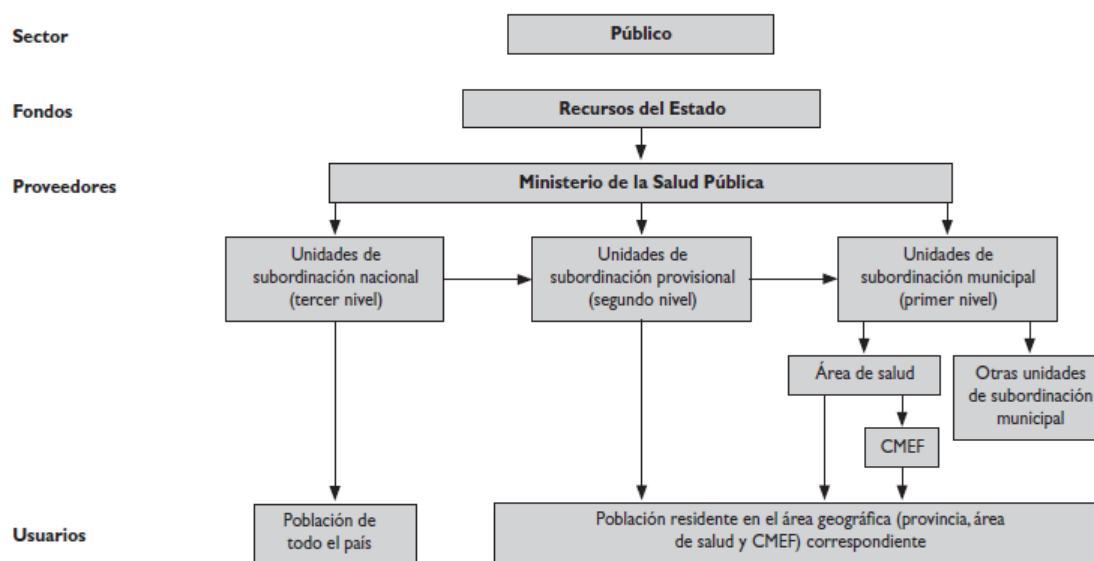


Figura 3.5: Estructura del sistema sanitario de Cuba. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Cuba” por Domínguez y Zacca

Se puede aseverar que la Salud Pública Cubana defiende el paradigma biopsicosocial (es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico -factores

químico biológicos-, el psicológico -pensamientos, emociones y conductas- y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad) , integral, y global, donde la salud al mismo tiempo que es uno de los valores más importantes que hay que cuidar, es una resultante de un proceso complejo que se construye entre todos. Por esta razón, la conducción de la salud pública en su estrategia de trabajo, ha contemplado en sus programas la atención a grupos poblacionales según sus características, además de factores como la :

- trascendencia
- magnitud
- vulnerabilidad

Priorizando siempre, la atención al ambiente natural y social donde se desenvuelven las personas, ya que bajo la óptica de la visión compleja de la salud, se abren nuevas perspectivas sobre las dimensiones conocidas que actúan en dicho proceso, y se demuestra la importancia que tiene el análisis del contexto socio-cultural en las realidades de la enfermedad, la curación, la rehabilitación y las transformaciones que exigen este reconocimiento en lo cognitivo y en las acciones para la producción de salud. Es por eso que Cuba tiene Programas Priorizados

Por otra parte es importante señalar que todos los cubanos se atienden gratis, los gastos que asumen los ciudadanos son sólo los medicamentos para pacientes ambulatorios, las prótesis auditivas, estomatológicas ortopédicas y las lentes, sillones de ruedas, muletas y artículos similares, aunque a precios subsidiados por el Estado, y la mayoría de las personas reciben ayudas extras.

Finalmente es importante destacar que Cuba tiene un sistema de salud al servicio de los pueblos del tercer mundo, mandando cerca de 30.000 colaboradores médicos que trabajan en más de 60 países del planeta

3.1.2. México

México cuenta con un sistema público y privado de salud (Ver Figura 3.6).

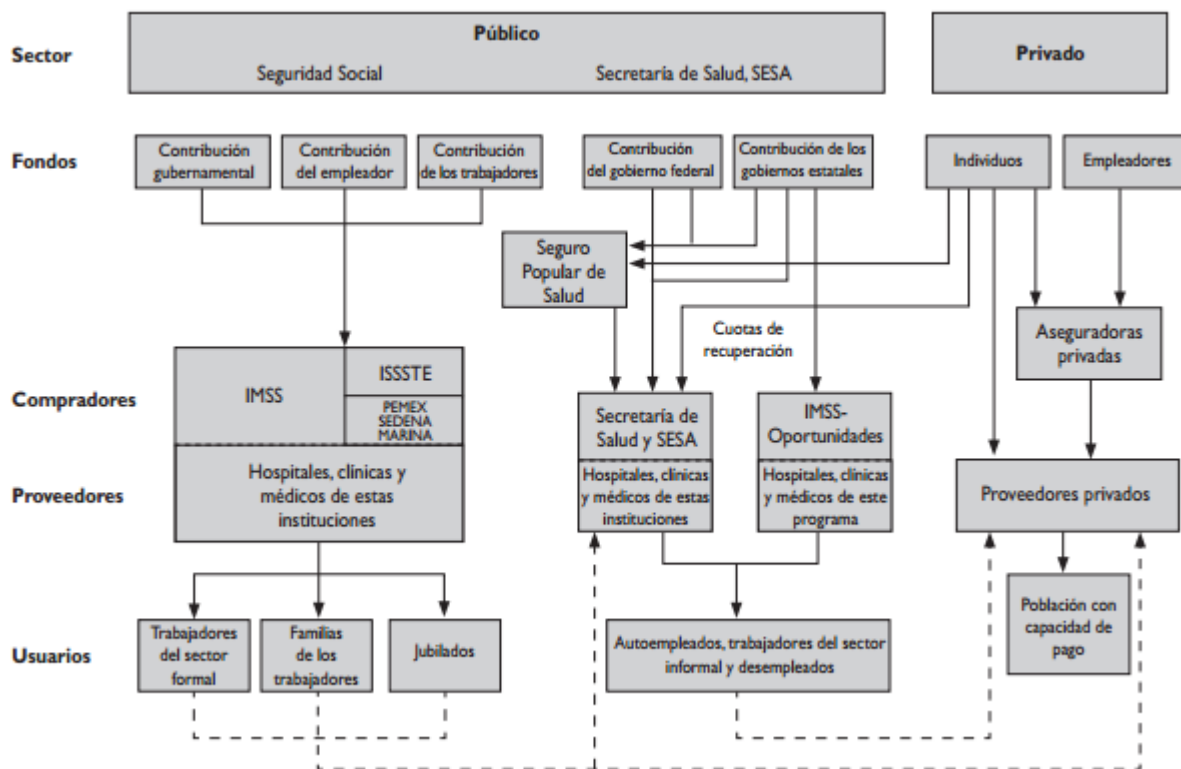


Figura 3.6: Estructura del Sistema de Salud Cubano. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de México”

El sistema público representa aproximadamente el 50 % del gasto total en salud del país. Como en todas las economías latinoamericana México comienza su reforma de salud en los años 80, siendo en el 2000 cuando se realiza un Programa Nacional de Salud 2001-2006, en el cual se establecían 4 acciones prioritarias [Frenk et al. \(2007\)](#):

1. Establecer el seguro nacional de salud (actualmente Seguro Popular de Salud-SPS)
2. Separar el financiamiento de la prestación de servicios
3. Incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud
4. Crear un fondo nacional de salud pública

Lo que llevó a un Sistema Nacional de Salud (SNS) constituido por 3 subsistemas [Dantés et al. \(2011\)](#):

1. Representado por la seguridad social laboral (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE, Petróleos Mexicanos)

2. Servicios para población no asegurada por la seguridad social (Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud)
3. El Privado, conformado por compañías aseguradoras, empresas médicas y prestadores pequeños y privados

En el 2003 México aprueba una reforma Sanitaria creando un Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo pilar operativo sería conocido como “Seguro Popular”. Este seguro es un modelo de aseguramiento en salud perteneciente al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que tiene como objetivo financiar la prestación de servicios de salud a las personas que no están afiliados a servicios de seguridad social como los del Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en :

- Servicios Esenciales
- Servicios de Alto Costo

El costo es cubierto mediante subsidio federal proveniente de recursos fiscales y de cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación según decil de ingreso. Los “servicios esenciales” se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP), mientras que los “servicios de alto costo” lo hacen a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Este fondo cubre un paquete de servicios definidos por medio de:

- un análisis de costo-efectividad

que, supuestamente, será puesto al día cada año con base en los cambios del :

- perfil epidemiológico,
- el desarrollo tecnológico y
- la disponibilidad de recursos.

3.1.3. Colombia

El sistema de salud colombiano está compuesto principalmente por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado (Ver Figura 3.2) . Este

se observa ya que en Colombia un 75 % del gasto total en salud corresponde a salud pública (Ver Tabla A.3). Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual fue creado en 1993 tras el establecimiento de la ley 100, con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas [Guerrero et al. \(2011\)](#).

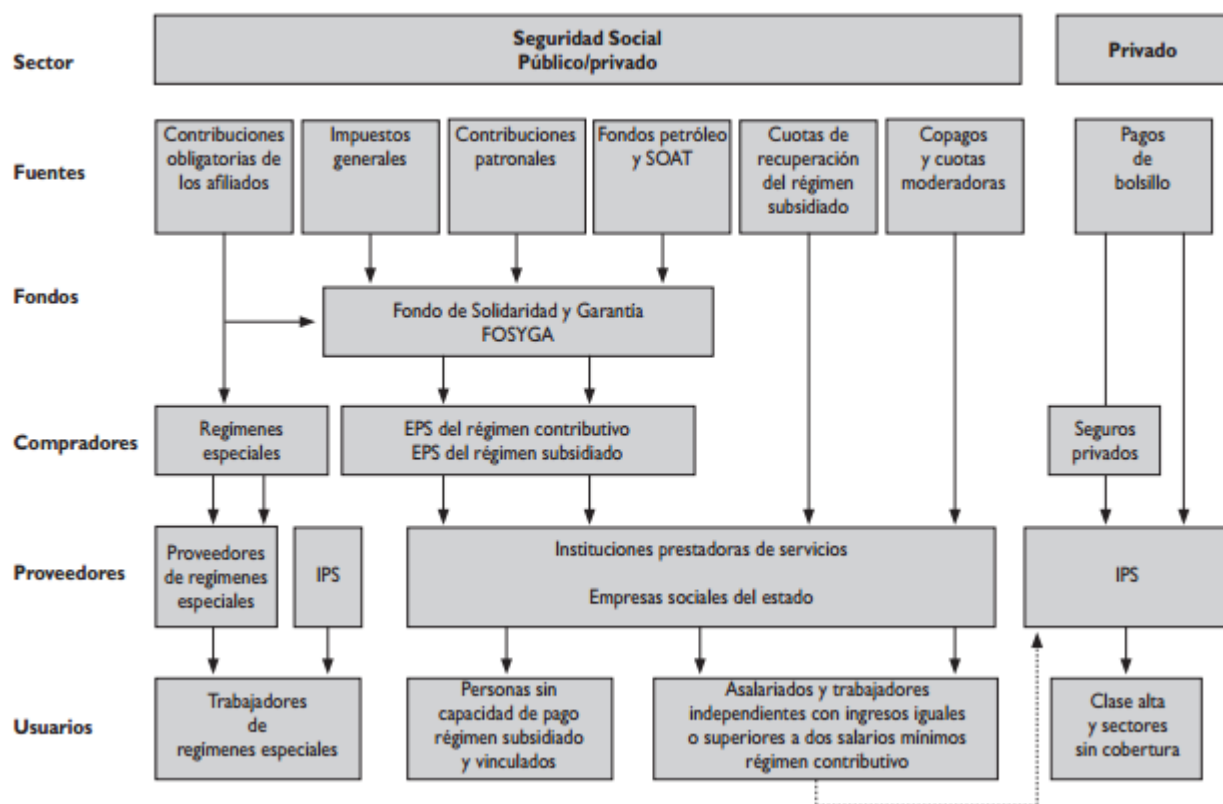


Tabla 3.2: Estructura del Sistema de Salud Colombiano. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Colombia”

La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios. La contribución obligatoria equivale a 12.5 % de los ingresos

laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4 % de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5 %.

En Colombia existen experiencias de priorización de servicios de salud como lo es para el Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual incluye [Cardona et al. \(2013\)](#):

- Promoción de la salud,
- Prevención de la enfermedad,
- Diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico,
- Un listado de medicamentos esenciales.

Los contenidos iniciales que se definieron para el POS debían ser actualizados regularmente, con criterios de:

- Calidad
- Oportunidad

de acuerdo con el mandato de la Constitución Política de 1991. Para las actualizaciones (integrales o parciales), que contemplan la inclusión de nuevos servicios y la exclusión de otros considerados obsoletos, debían tenerse en consideración los siguientes factores o criterios:

- Cambios del perfil epidemiológico
- Carga de enfermedad
- La Estructura demográfica
- Criterios de costo-efectividad
- Criterios de sostenibilidad financiera

3.1.4. Brasil

El sistema de Salud de Brasil está compuesto por un sector público que cubre el 75 % de la población y un sector privado que ofrece atención al 25 % de población restante (Ver Figura .3.7)

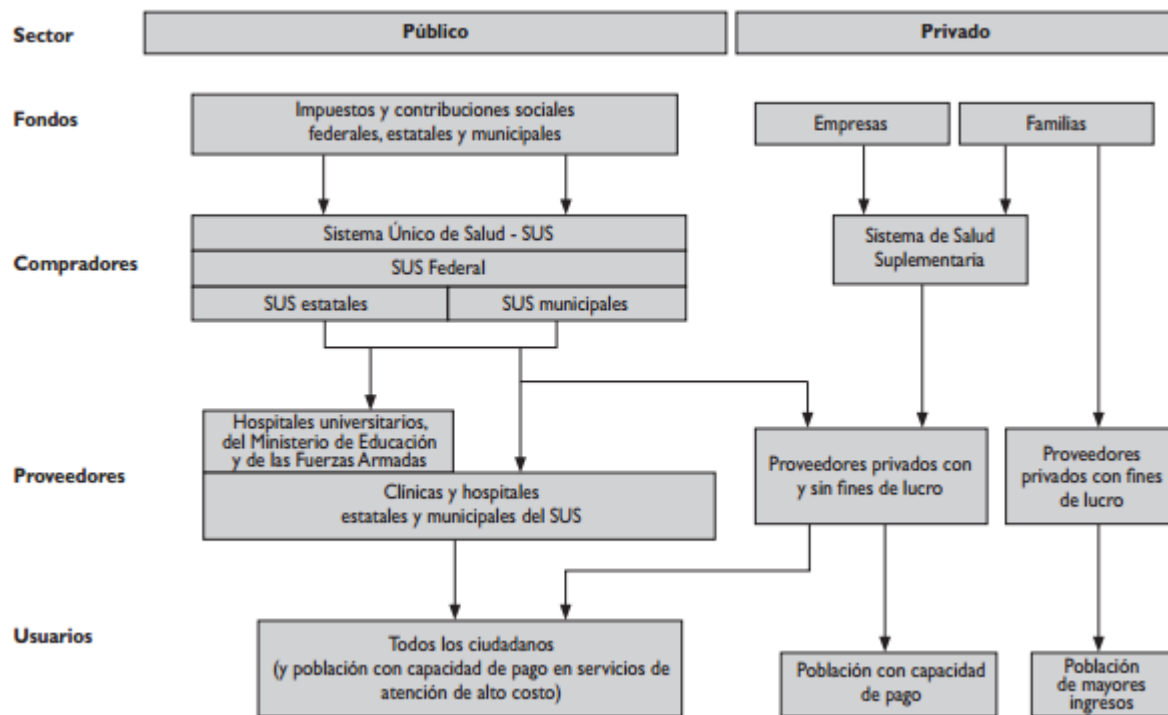


Figura 3.7: Estructura del Sistema de Salud Brasileño. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Brasil”

El sistema público en Salud de Brasil se llama Sistema Único de Salud (SUS), fue creado en 1993 y está inspirado en el National Health Service (Reino Unido). Es un sistema único en el mundo, apareció por primera vez en la Constitución Federal de 1988, la cual reconoce la salud como un derecho de todos y como un servicio que el Estado debe proveer (Art 196). Luego en 1994, el Ministerio de Salud brasileño creó el “Programa de Salud de la Familia” (PSF) como un programa selectivo más, orientado hacia las poblaciones de riesgo. Los equipos formados por un médico supuestamente “generalista”, enfermero, auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud se iban a responsabilizar por la atención de aproximadamente 4.500 personas en un área adscrita. En 1998, un incentivo financiero per cápita repasado directamente por el gobierno federal a las municipalidades impulsó la expansión del Programa de Salud de la Familia y, a la vez que las acciones ganaban visibilidad en el territorio nacional, con el “paquete básico de APS” o Piso de atención básica (PAB) el cual crecía y mostraba sus potencialidades para instituir nuevas formas de atención de salud. . En este sistema se salud todos los servicios financiados por el sistema público son gratuitos (incluidos los medicamentos ambulatorios y hospitalarios). El gasto público en salud aumentó significativamente en los últimos años, de cerca de R\$34 billones en el 2000 a R\$135 billones en el 2010. [Montekio et al. \(2011\)](#)

El sistema público financia los servicios de salud y los medicamentos que están contenidos en la Lista Nacional de Acciones y Servicios de Salud (RENASES), por sus siglas en portugués) y en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME, por sus siglas en portugués).

También cuenta con un componente especializado para financiar los medicamentos para enfermedades de baja prevalencia y alto costo o para enfermedades de alta prevalencia.

La inclusión, la exclusión y los ajustes de estas listas son realizados por el Ministerio de Salud (MS) con el apoyo de la Comisión Nacional para la Incorporación de Tecnologías (CONITEC).

Las reglas de financiamiento varían entre categorías; algunas son financiadas por los tres niveles de gobierno y, otras, por un solo nivel del gobierno. En general, los medicamentos más caros son adquiridos de manera centralizada y son financiados por el gobierno federal.

El sistema de priorización en salud en Brasil sigue los siguientes pasos [Tolentino Silva \(2009\)](#):

1. Evaluación de seguridad y eficacia / registro sanitario (ANVISA) y regulación de precios (CMED)
2. Selección de candidatos a evaluación
3. Evaluación de tecnología (revisión de evidencia, adaptación, síntesis de evidencia) y recomendación
4. Análisis de impacto presupuestario
5. Deliberación con base en la evidencia, discusión con actores claves y decisión
6. Monitoreo y evaluación.

El Ministerio de Salud es el rector del sistema y tiene la responsabilidad principal de regular el proceso y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) es responsable de la evaluación de la calidad, de la eficacia y de la seguridad de todas las nuevas tecnologías antes del ingreso al mercado brasileño.

Cuando se está en las últimas etapas la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el SUS (CONITEC), evalúa la calidad de la evidencia con el apoyo de una red de consultores externos agrupada en la REBRATS (Red Brasileña de Evaluación de Tecnologías en Salud). De ser necesario, la Comisión solicita la realización de estudios complementarios, los cuáles son realizados por el propio MS, a través del Departamento de Estudios, Ciencia e Incorporación de Tecnologías (DECIT), o por una red de consultores externos vinculada al Ministerio. Dentro de los criterios utilizados están:

- Eficacia
- Seguridad de tecnología
- Costo-efectividad
- Costo-utilidad

3.1.5. Argentina

Argentina cuenta con tres sectores de salud el público, privado y seguro social. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina prepaga que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS [Belló y Becerril-Montekio \(2011\)](#). Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privados. (Ver Figura 3.8)

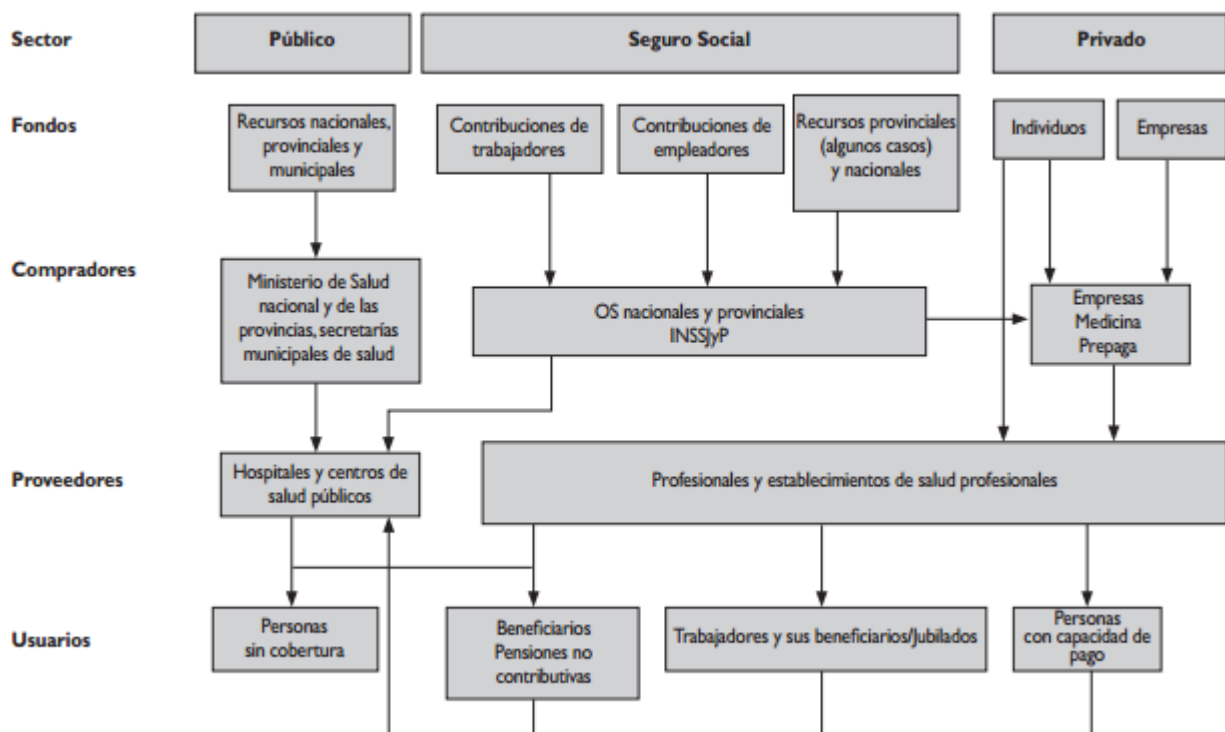


Figura 3.8: Estructura del Sistema de Salud Argentino. Fuente: Artículo de revisión: “Sistema de Salud de Argentina”

Dentro de la protección social de salud, Argentina aprobó en el 2002 el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), el cual contempla un conjunto de prestaciones básicas esenciales que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, este esta conformado por una canasta básica de cobertura de cumplimiento obligatorio, a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales sin carencias preexistentes o exámenes de admisión. El PMO está basado en los principios de la atención primaria de la salud, privilegiando la preservación de la salud antes que las acciones curativas reforzando los programas de prevención, y brindando una cobertura integral a través de un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegura un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria brindando cobertura en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto médico como odontológico.

En algunos casos, el PMO determina el pago de un coseguro en concepto de pago solidario por consultas, estudios y procedimientos especiales. El valor del mismo está normado por el Ministerio de Salud, y debe ser [Ministerio Salud Argentina \(2003\)](#):

- \$4 para aquellos pacientes de hasta 15 años y mayores a 65 años
- \$7 para beneficiarios entre 16 y 64 años

El pago de estos coseguros se deberá realizar en forma anticipada a la prestación de la consulta o tratamiento en el lugar donde el agente de salud lo determine. Esta información deberá ser suministrada al afiliado en forma previa, idealmente, en el momento de la afiliación.

Las prestaciones cubiertas por el PMO y el SUR son resultado de decisiones técnicas del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Servicios de Salud, quienes determinan la conveniencia de incluir o excluir determinadas prácticas o medicamentos. Como ha sido mencionado, leyes nacionales específicas que garantizan el tratamiento de determinadas patologías o discapacidades, implicaron la inclusión de nuevas prestaciones en el PMO. Las prestaciones y servicios incluidos en el PMOE siguieron criterios de [Roa Ruben \(2011\)](#):

- costo-efectividad
- Medicina basada en la evidencia para su incorporación
- Eficacia
- Eficiencia

3.2. Economías con Alto IDH

Se seleccionaron 8 economías (USA, Noruega, Canadá, Suecia, Holanda, Alemania, Nueva Zelanda y España) con IDH altos (Ver Tabla 3.3):

País	IDH	PIB (miles de MM USD)	PIB (PPA) per cápita [USD]
Estados Unidos	0,920	18.036	56.116
Noruega	0,949	387	62.084
Canadá	0,920	1.553	44.262
Suecia	0,913	496	47.862
Holanda	0,924	750	49.042
Alemania	0,926	3.363	48.042
Nueva Zelanda	0,915	174	37.576
Reino Unido	0,909	2861	43.930
España	0,884	1.193	34.727

Tabla 3.3: Cuadro comparativos de economías con IDH alto al año 2015. Fuente: Elaboración Propia con datos de PNUD y Banco Mundial de Datos

Al igual que para las economías se realizaron 3 gráficas:

1. % PIB gastado en salud Pública (Ver Figura 3.9)
2. % del Presupuesto Público destinado a Salud (Ver Figura 3.10)
3. % del Gasto Público en función del porcentaje del gasto total en salud. (Ver Figura 3.4)

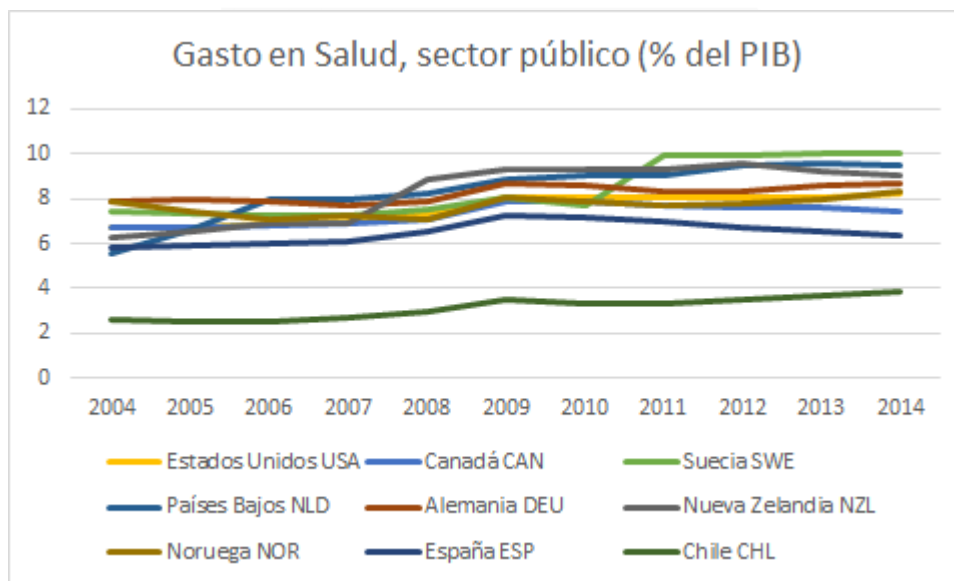


Figura 3.9: Porcentaje del PIB gastado en Salud Pública. Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos BMD

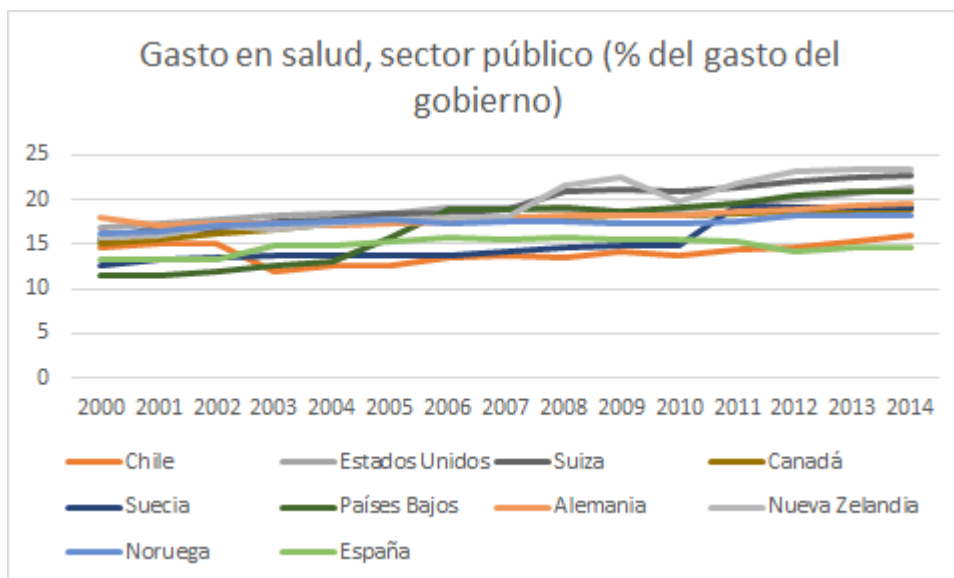


Figura 3.10: Porcentaje del Presupuesto Público destinado a Salud. Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos BMD

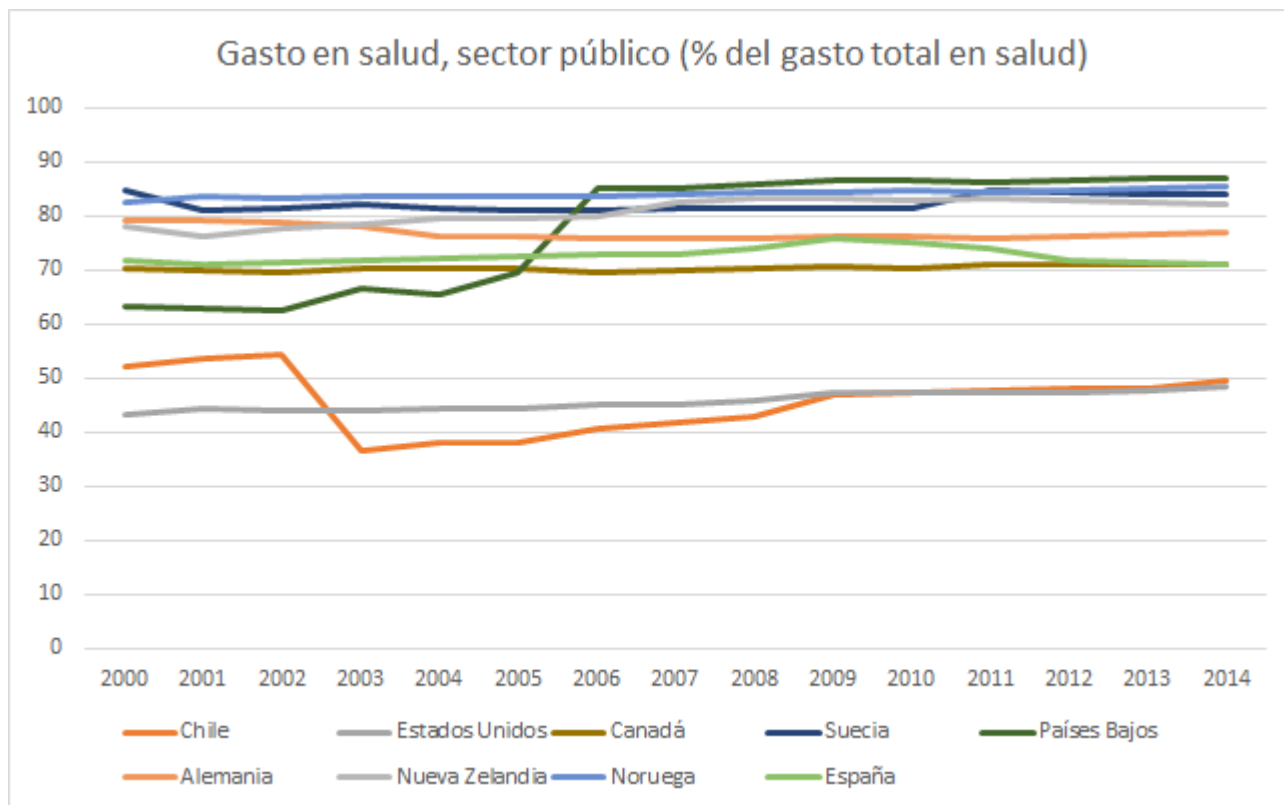


Tabla 3.4: Porcentaje del Gasto Público en función del porcentaje del gasto total en salud. Fuente: Elaboración propia con datos BMD

3.2.1. Estados Unidos

Estados Unidos tiene la economía nacional más grande del mundo en términos nominales, con un PIB que corresponde a un quinta parte del PIB global en paridad de poder adquisitivo. Posee una población de aproximadamente 324 millones según su último censo y se encuentra en el puesto octavo de IDH más altos. Su gasto en salud en el año 2014 correspondió a 17,1 % de su PIB, esta cifra hace que el sistema sanitario estadounidense sea el más caro del mundo. [Banco Mundial \(2014\)](#)

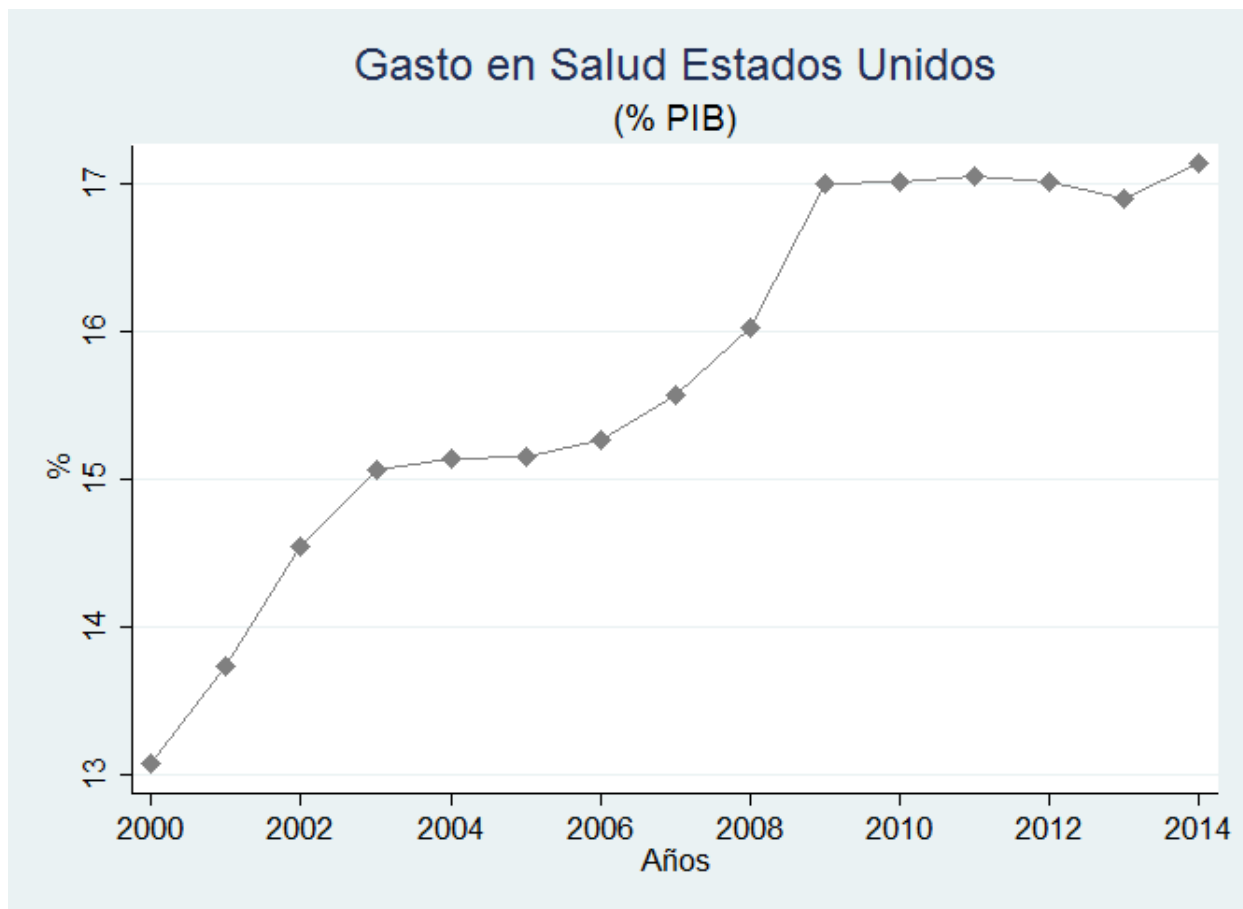


Figura 3.11: Gasto en salud de Estados Unidos en relación al %PIB. Fuente: Banco Mundial de Datos

El sistema de salud sanitario en los Estados Unidos no es gratuito y a diferencia de lo que vemos en países de Europa o Latinoamérica, no cuenta con un sistema único nacional. El sistema de salud americano responsabiliza a los ciudadanos a obtener cobertura a través de un seguro médico privado o en caso de que cumpla algunos requisitos, a obtenerlo sin costo del Estado. El problema es que existe gran parte de la población estadounidense (50 millones de personas) que no tenía seguro de salud porque no contaba con los recursos para pagarlos y no entraban en las calificaciones para obtener un subsidio sanitario del estado [Obama \(2016\)](#).

Los primeros esfuerzos realizados por Estados Unidos para brindar seguros médicos financiados por el Estados, fueron los famosos programas: “Medicaid” y “Medicare”; el primero beneficiaba a personas de bajos ingresos (bajo la línea de la pobreza establecida por el gobierno) y el segundo para personas mayores de 65 años. Estos programas son financiados por el gobierno federal en conjunto con el gobierno estatal, por lo que los requisitos para acceder a Medicaid varían en cada Estado así como los beneficios médicos ofrecidos. Pero estos programa discriminaban a

las personas que no estaban en la línea de la pobreza ni eran pensionadas (mayores de 65 años), ya que su única opción para atender sus necesidades sanitarias era a través de seguros privados.

Fue así como en el gobierno de Obama (2010) se dicta la Ley de Protección de Pacientes y Cuidados de la Salud Asequibles (ACA), conocida popularmente como Obamacare. Esta reforma fue diseñada para cubrir a los estadounidenses sin seguros públicos o privados de salud. Esta ley garantiza a los ciudadanos a obtener asistencia médica de una forma asequible, e incluso gratis en algunos casos. Para ello la reforma realizó las siguientes acciones:

- La Ley ACA amplía el programa público de asistencia sanitaria, Medicaid,
- Establece un deber de las empresas de proveer seguros de salud a sus empleados y
- Crea mercados de seguros de salud online. De este modo, habrá cuatro formas mediante las cuales las personas podrán obtener cobertura médica: el gobierno, el empleador, comprar su propio seguro o seguir sin seguro (o porque se está exento o porque se prefirió pagar la multa).

Planes de Salud y Cobertura Mínima

El Mercado de Seguros Médicos, se creó bajo la Ley ACA y hace posible que la gente compare en línea entre seguros acorde a sus necesidades e ingresos y al mismo tiempo, ayuda a saber si se está calificado para algún tipo de ayuda financiera en base a su ingreso familiar. Por otra parte, la ley establece que las aseguradoras no pueden cobrar primas más elevadas basándose en condiciones preexistentes o si se es mujer, debiendo ofrecer la misma prima para un mismo plan sin importar estado de salud y género. Sólo pueden variar sus primas basándose en la edad de las personas (aunque proporcionalmente las primas bajaran para los más viejos y subirán para los jóvenes), el número de miembros de la familia cubiertos y si es fumador de tabaco. Todas las pólizas que se vendan en el Mercado de Seguros de Salud deben contar con una cartera mínima de prestaciones, las que incluyen: consultas, hospitalización, urgencias, maternidad, pediatría, salud mental, farmacia, laboratorio, servicios de rehabilitación, gestión de enfermedades crónica y medicina preventiva, esta última sin costo adicional. Dependiendo de los copagos y las coberturas, los seguros se clasificaron en cuatro categorías: bronce, plata, oro y platino, con coberturas de las facturas sanitarias del 60 %, 70 %, 80 % y 90 %, respectivamente. Asimismo, los planes con primas más bajas tendrán la cobertura mínima y deducibles y copagos elevados

Valores de Primas de Seguros

Varios factores influyen en las tarifas de los seguros, por lo que es difícil señalar cuál es el costo promedio de las primas con la nueva ley. Los planes fluctuarán dependiendo de su cobertura y copagos. Además, algunas familias pueden calificar para los subsidios y créditos fiscales, lo que reducirá sus primas mensuales. En definitiva, la situación financiera y familiar de cada persona, así como su Estado de residencia y el plan que elija (y si fuma), definirán el precio mensual de su prima.

¿Cuánto es el costo de esta reforma?

Estimaciones del Gobierno de los Estados Unidos, señalan que la nueva ley de salud tendrá un costo que irá entre los US\$ 1,36 y US\$ 2,6 miles de millones en los próximos 10 años [Oberlander \(2012\)](#). Al principio, esta reforma será costosa y difícil, pero se calcula reducirá el déficit fiscal por aproximadamente US\$ 145 mil millones en el mismo tiempo y hasta un billón de dólares en los próximos 20 años, según estimaciones gubernamentales

3.2.2. Canadá

Canadá posee una población de 35 millones de habitantes, es un país desarrollado y se ubica en el noveno lugar de IDH más altos del mundo. Su gasto en salud el 2014 fue de 10,7 % PIB. [Banco Mundial \(2014\)](#)

Canadá posee un sistema muy complicado para poder describir los mecanismos de priorización de enfermedades por 3 motivos

1. Por la diversidad de contextos sanitarios que conviven entre las diferentes provincias, con sus gobiernos autónomos.
2. El amplio rango de métodos, procedimientos y técnicas empleado.
3. La poca documentación acerca de las acciones emprendidas en cada contexto.

El establecimiento de prioridades tiene lugar en distintas instituciones según variados procedimientos como:

- La evaluación de tecnologías
- Análisis coste-utilidad

- Los comités institucionales
- La gestión de listas de espera

Canadá en el 2001 realizó una lista con puntuaciones según la urgencia para priorizar ciertas enfermedades, esta se llamó Western Canadá Waiting List Project (WCWL).

Otro hito importante es el “Regionalization by disease” una propuesta del sistema canadiense que ha dado lugar a la creación de organizaciones provinciales que se agrupan en torno a ciertas enfermedades. De esta manera la responsabilidad del proceso queda repartida por todos los niveles del sistema sanitario y no existe ninguna organización nacional que coordine todos los esfuerzos. Esto trae como ventaja la descentralización que permite determinar decisiones acordes con los objetivos de cada población, pero por otra parte puede ocasionar que la toma de decisiones tan complejas recaiga en instituciones o personas no preparadas para esta tarea. [Mitton y Donaldson \(2002\)](#)

Dado que no existe un único proceso para el establecimiento de prioridades en Canadá, y no se exige uniformidad en la información empleada, es sorprendente que no exista un estándar de calidad para la evidencia como el empleado en otros países.

3.2.3. Suecia

Suecia es un país escandinavo con una población de 9,7 millones, es un país que al igual que Chile fue un importante exportador de materias primas, pero a diferencia de nuestro país actualmente tiene un moderno sistema de distribución de renta, un excelente sistema de telecomunicaciones interno y con el extranjero, además de una mano de obra bien instruida, actualmente ocupa el lugar 14° en la lista de los países con mejor IDH y su gasto en salud el 2014 fue de 12 % PIB. [Banco Mundial \(2014\)](#)

La estructura actual del sistema sanitario sueco se basa en el Informe llamado: “Priorities in Health Care – Ethics, Economy, Implementation” publicado en 1995 tras 3 años de estudio por un comité conformado por siete políticos y nueve asesores, expertos en el área de la salud como la medicina clínica, la economía de la salud, gestión sanitaria, legislación sanitaria y ética. [Calltorp \(1999\)](#)

En cuanto a las propuestas que realiza la comisión se basan en dos componentes claves:

1. La denominada “plataforma ética”

2. Recomendaciones prácticas distribuidas en dos listados, uno realizado desde el punto de vista político y de la administración y otro pensado para un contexto clínico.

A su vez la “plataforma ética” “se basa en tres principios que deberían guiar todas las decisiones que se tomasen en la posterior elaboración de los listados:

1. Principio de dignidad humana: Todos los seres humanos son iguales en dignidad y poseen los mismos derechos, independientemente de cuáles sean sus características personales y su función en la comunidad.
2. Principio de solidaridad: Los recursos deben ser invertidos allí donde las necesidades sean mayores. Solidaridad también significa prestar atención a aquellos grupos que no son conscientes de serlo y cuya voz no puede ser escuchada con claridad.
3. Principio de coste-efectividad: Debe existir una relación razonable entre los costes y los efectos que tienen sobre la salud las intervenciones que se van a llevar a cabo. Este principio se tendrá en cuenta cuando exista la posibilidad de comparar los costes de tratamientos con un efecto similar sobre una misma enfermedad. En el caso de diferentes enfermedades es imposible aplicar este criterio.

Es así como la comisión elaboró dos listados, uno para los políticos y decisores sanitarios (Ver Tabla 3.5) y otro para clínicos (Ver Tabla 3.6)

Finalmente con la intención de monitorizar el proceso de establecimiento de prioridades que se derivaba del informe, se crea la “Comisión nacional de prioridad”, con una duración de tres años y con las siguientes funciones principales [López Goñi \(2004\)](#) :

- Diseminar la información del parlamento en materia de priorización en salud
- Desarrollar métodos que permitan la implementación de las decisiones
- Monitorizar y evaluar los efectos de las decisiones y comparar la situación del sistema sueco con otras experiencias internacionales de priorización.

Grupo de prioridad	Contenido
I	Atención de enfermedades graves agudas y enfermedades que si quedasen sin atención llevarían a una muerte prematura o a una discapacidad permanente.
	Tratamiento de las enfermedades crónicas.
	Cuidados paliativos en enfermos terminales.
	Atención a personas con autonomía reducida.
II	Acciones preventivas que aporten un beneficio documentado.
	Rehabilitación según los criterios del “Health and Medical Services Act”
III	Atención de enfermedades agudas y crónicas menos graves.
IV	Casos “borderline”
V	Atención por otras razones distintas de enfermedad o lesión.

Tabla 3.5: Priorización a nivel político/administrativo. Fuente: www.rediryss.net

Grupo de prioridad	Contenido
IA	Atención de enfermedades graves agudas y enfermedades que si quedasen sin atención llevarían a una muerte prematura o a una discapacidad permanente
IB	Tratamiento de las enfermedades crónicas
	Cuidados paliativos en enfermos terminales
	Atención a personas con autonomía reducida
II	Acciones preventivas individualizadas de personas que se ponen en contacto con el sistema sanitario
	Rehabilitación según los criterios de “Health and Medical Services Act”
III	Atención de enfermedades agudas y crónicas menos graves
IV	Casos “borderline”
V	Atención por razones distintas de enfermedad o lesión

Tabla 3.6: Priorización a nivel clínico. Fuente:www.rediryss.net

3.2.4. Holanda

Holanda constituye una de las zonas más densamente pobladas del mundo y es uno de los estados más desarrollados; en 2011 estaba situado en el tercer lugar en cuanto a desarrollo humano según el Índice de Desarrollo Humano publicado por Naciones Unidas. Tiene una población de 17 millones de habitantes. Su gasto en salud el 2014 fue de 11 % PIB. [Banco Mundial \(2014\)](#)

Holanda en 1990 comienza a establecer un plan de priorización en salud tras la aparición de tecnologías de elevado coste, para esto se creó un fondo para la investigación médica, encargado de los ejercicios de análisis coste-utilidad. y creó el Comité Holandés de Decisiones para la Atención Sanitaria, que sería más conocido por el nombre de su coordinador, el “Comité Dunning”. El

principal cometido de este comité era examinar cómo introducir las nuevas tecnologías sanitarias y cómo poder establecer un sistema para identificar las necesidades de salud y los pacientes que precisaban de la atención necesaria. En noviembre de 1991, el comité presentó el conocido Informe Dunning, donde la principal innovación era que los servicios sanitarios que estaban incluidos dentro de un paquete básico de prestaciones, debían cumplir cuatro criterios:

1. Ser un servicio necesario
2. Ser efectivo
3. Ser eficiente
4. Determinar si la financiación puede ser responsabilidad individual.

Y el informe Dunning se basa en 3 principios:

1. Es más justo asegurar los cuidados necesarios para toda la población que permitir que sólo una minoría tenga acceso a los servicios médicos.
2. La elección debe ser explícita y pública, evitando así cualquier racionamiento implícito
3. Los valores sociales deben combinarse con la opinión de profesionales y experto

El mayor obstáculo de este sistema es la búsqueda de la efectividad era la falta de conocimiento de los métodos de análisis coste-efectividad y coste-utilidad. Por ello, se recomendó la creación de guías basadas en los resultados de estos métodos. El último cambio de enfoque de la política sanitaria holandesa ha prestado mayor atención a las guías clínicas y la medicina basada en la evidencia. No ha desaparecido el problema de la escasez de recursos, ya que el gobierno ha mantenido una capacidad de producción muy limitada y las listas de espera como principal modo de racionamiento. Los análisis de evaluación de tecnologías sanitarias se llevan a cabo para orientar la política nacional, si bien la lista de prestaciones excluidas es mínima [Oortwijn et al. \(2002\)](#).

Otro problema es la coexistencia de un doble sistema sanitario en Holanda, uno privado y otro público, que pone en peligro los principios de equidad y solidaridad. Para intentar solucionar este problema se alcanzó el acuerdo de que los hospitales recibieran financiación para que tomaran medidas estructurales encaminadas a reducir las listas de espera. En lugar de establecer prioridades en la gestión macro, se incentivó la toma de decisiones creativas a nivel meso y micro para hacer un uso más apropiado de los recursos.

En Holanda, no es el gobierno el que se encarga de gestionar el sistema de salud, si no que son empresas privadas las proporcionan estos servicios. El gobierno sólo se ocupa de la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios. El 1 de enero de 2006 se implementó un nuevo sistema de salud, por lo que debes informarte de los requisitos antes de trasladarte a Holanda.

Si vives en Holanda o tienes allí tu domicilio fiscal, estás obligado a contratar un seguro médico con una compañía de seguros holandesa. Antes, se distinguía entre sanidad pública y privada, pero ahora todo el mundo tiene la obligación de contratar un seguro médico básico.

El Seguro Básico Médico

El gobierno decide qué cubre el seguro médico básico. Las compañías de seguros están legalmente obligadas a ofrecer mínimo este paquete básico y no pueden rechazar a nadie que aplique para él. Con este seguro básico se cubre lo siguiente:

- Cuidado médico, incluyendo servicios de médicos generales, hospitales, especialistas y obstetras.
- Hospitalización
- Servicios de enfermería comunitarios
- Atención a salud mental incluyendo tratamientos de psicólogos y psiquiatras
- Fisioterapia hasta los 18 años de edad Cuidado dental hasta los 18 años de edad
- Varios equipos médicos
- Varios medicamentos con receta
- Cuidado prenatal Transporte de paciente (ej. ambulancia)
- Cuidado paramédico
- Hasta tres consultas con un nutriólogo
- Hasta tres tratamientos de FIV
- Programas para dejar de fumar
- Terapia del lenguaje

Puedes elegir comprar cobertura adicional si necesitas cuidado médico extra que no está incluido en el paquete básico. Sin embargo, en ese caso, las compañías de seguro pueden rechazar tu aplicación y tienen derecho a determinar cuál será el costo.

Muchas compañías en los Países Bajos hacen acuerdos de seguro médico colectivo con compañías de seguros para ofrecerles un descuento a sus empleados. Si trabajas para una empresa en los Países Bajos, considera comprar la póliza de seguro médico colectivo ya que suele ser más económico. Sin embargo, no estás obligado a comprar esa póliza cuando se te ofrece. Pregunta las distintas posibilidades a tu patrón.

Costo del Seguro Básico Médico El coste del seguro médico básico lo determinan anualmente las compañías de seguros médicos y normalmente son de €100 mensuales. Además de pagar la prima a tu aseguradora, también tendrás que pagar una contribución suplementaria de tu ingreso. El porcentaje que se deduce de tu ingreso está indicado en la Ley de Seguro de Salud (ZVW) y se le conoce la contribución ZVW. (El porcentaje es de 6.5 % por los primeros €30,000 de ganancias; 4.4 % para individuos autoempleados). A través de los años, el cuidado de salud en los Países Bajos se ha vuelto más caro. El gobierno holandés compensa a aquellos que no pueden pagar el seguro de salud con un subsidio de cuidado (zorgtoeslag). La Administración Tributaria (belastingdienst) determina si eres elegible revisando tus ingresos. Los extranjeros también tienen derecho a este subsidio si califican para ello.

Personas menores de 18 años de edad no necesitan pagar ningún tipo de seguro médico y se les asegura gratuitamente para el paquete básico.

LEY DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA «ZVW»

La presente Ley sustituye a la derogada Ley de Cajas de Asistencia Sanitaria "Ziekenfondswet" y ha entrado en vigor a partir del 1 de enero de 2006 .

Finalidad: Asegurar obligatoriamente a toda la población contra los gastos de asistencia sanitaria primaria (médico de cabecera, especialista, medicamentos, etc.). En el futuro se trasvasarán a este seguro determinadas prestaciones (por ejemplo, cuidados psicológicos/psiquiátricos de corta duración) que actualmente están cubiertos a través de otra norma legal (AWBZ).

El asegurado podrá optar por un seguro que cubra las prestaciones en especie, en metálico o mixto.

El paquete básico de prestaciones puede ampliarse mediante la concertación de un seguro com-

plementario, que es voluntario.

Gestión: El seguro será gestionado por aseguradoras privadas que tendrán que funcionar dentro de determinados marcos legales fijados por el Estado.

Campo de aplicación: Están aseguradas obligatoriamente todas las personas mayores de 18 años, independientemente de sus ingresos y de si se es trabajador por cuenta ajena, autónomo, funcionario, pensionista, etc. Los menores de 18 años estarán coasegurados y exentos del pago de cuota.

Cotización: En el caso de trabajadores por cuenta ajena, el empresario deducirá y liquidará la cuota. En el caso de autónomos serán ellos mismos quienes liquiden la cuota. Para los pensionistas será el organismo pagador el que proceda a la deducción de la cuota y a su liquidación.

Se introduce una cuota nominal para el asegurado de aproximadamente 1.100 euros anuales. Esta debe ser abonada por el asegurado directamente a la aseguradora en cuestión.

Asimismo existe una cuota porcentual, que en el caso de los trabajadores por cuenta ajena asciende al 6,50 % del salario (sobre un máximo de 30.015 euros).

En el caso de beneficiarios de una prestación, además de abonar ellos mismos directamente la cuota nominal, el organismo pagador les deducirá de sus ingresos el 6,50 % si se trata de la pensión de vejez AOW, la de Supervivencia Anw o de Incapacidad Laboral WAO, y un 4,4 % de las demás pensiones que se perciban (por ejemplo, de un fondo de pensiones). Hay que aclarar, además, que los porcentajes citados se adeudarán sobre los ingresos universales, es decir, no sólo los ingresos de Holanda, sino también los que eventualmente se reciban de otro país. Los porcentajes mencionados se deducirán sobre un máximo de 30.015 euros.

Compensaciones: Con el fin de paliar los efectos de la subida de las cuotas para los asegurados se han creado compensaciones como las siguientes:

- "No-Claim", devolución de hasta un máximo de 255 euros al año en caso de que el asegurado no haga uso del seguro o lo haga de manera moderada.

- "Zorgtoeslag", complemento que se puede solicitar en el Servicio de Impuestos y cuya cuantía depende del estado civil y de los ingresos. Para personas solas el complemento máximo es de 403 euros y para casados o convivientes de 1.155 euros. [de Gier \(2009\)](#)

Observaciones finales: Los acogidos a este seguro que residan en otro país comunitario abonarán las cuotas en los Países Bajos, pero sólo podrán acceder al paquete de prestaciones sanitarias previsto en la legislación del país de residencia.

LEY GENERAL DE GASTOS ESPECIALES DE ASISTENCIA SANITARIA «AWBZ»

Ley del 14.12.1967, en vigor desde el 01.01.1968, modificada considerablemente a partir de 01.01.1997 y pendiente aún de modificaciones ulteriores.

Finalidad: Asegurar a toda la población contra los gastos de cuidados de larga duración y muy costosos, por ejemplo, por larga hospitalización o graves minusvalías que no están cubiertos por otro seguro.

Prestaciones: Se tiene derecho, entre otros, a: estancia, cuidado, asistencia y tratamiento después del primer año en:

- Hospitales o sanatorios. - Casas de convalecencia. - Instituciones para personas con deficiencias mentales y físicas. - Instituciones de asistencia diurna para discapacitados físicos y mentales.
- Residencias sustitutorias de la familia para discapacitados físicos y mentales. - clínicas psiquiátricas. Se tiene asimismo derecho a diferentes prestaciones en el ámbito de la asistencia médica preventiva y psíquica y a medios técnicos costosos

También a diversos cuidados (a domicilio, personales etc.) de larga duración comprendidos en una de las 7 funciones que distingue la ley.

Esta ley también prevé la posibilidad de concederle al beneficiario una ayuda personalizada, consistiendo en una cantidad determinada para que el interesado pueda contratar el mismo el cuidado que requiera de acuerdo con una de las 7 funciones. Hay una Comisión Regional que decide sobre la necesidad o urgencia del cuidado correspondiente.

Duración: Mientras se siga asegurado y sea necesario el tratamiento.

Cotización: Se cotiza el 12,55 % sobre los ingresos, hasta un máximo de €30.632 por año.

Los asegurados residentes en otros países de la UE abonarán una cuota del 8,8 %, pero no podrán acceder a las prestaciones previstas en este seguro a menos que ya se beneficiaran de las mismas al 31/12/2005. Para las personas que en esa fecha recibían en el extranjero prestaciones sanitarias de este seguro se aplican medidas transitorias.

Ultima hora: Aunque el seguro para cubrir los gastos de asistencia sanitaria de carácter especial AWBZ continuará existiendo, el mismo irá paulatinamente limitándose estrictamente a los cuidados sanitarios de larga duración. Muchos cuidados de otra índole, por ejemplo, medios técnicos, cuidados a domicilio, etc., actualmente garantizados por esta vía, van a ser trasvasados a la Ley de Apoyo Social ("Wet Maatschappelijke Ondersteuning"), entrada ya en vigor y que será gestionada a nivel municipal.

3.2.5. Reino Unido

Inglaterra es uno de los países que cuentan con el mejor sistema de salud de Europa, ya que sus habitantes tienen acceso a una alta calidad de médicos e instalaciones. Además del sistema privado, cuenta con el sistema Nacional de Salud (NHS) [Executive \(2005\)](#), que se encarga de la sanidad de carácter público e incluye hospitales, médicos, especialistas, ópticos, dentistas, ambulancias, farmacéuticos y persona de compañía.

Los servicios gratuitos son los de hospitalización, ambulancias y consultas médicas, pero deben pagar por los medicamentos, las gafas y los tratamientos dentales. El NHS es la primera organización del mundo que proveyó de asistencia de salud a la población completa y fue creada el 5 de julio de 1945, tras la victoria nacional en la Segunda Guerra Mundial.

Por su parte, la salud privada también es de las mejores y en la capital inglesa, Londres, se pueden encontrar a los mejores especialistas. La cuarta parte de las intervenciones quirúrgicas se realizan en instituciones privadas. Es frecuente que los médicos trabajen en ambos sistemas.

El NHS tiene como principios básicos la equidad y la solidaridad y sus características principales son :

- Cobertura universal gratuita para toda la población.
- Disponibilidad de todos los tratamientos médicos efectivos
- Financiación por medio de los impuestos.
- Atención primaria garantizada para cualquier edad

En la actualidad la organización NHS esta dividida en 4 unidades que dependen del país constituyente del Reino Unido

1. NHS England
2. NHS Scotland
3. NHS Wales
4. Health and Care NI (Irlanda del Norte)

El programa que obtiene mayor financiamiento es NHS England con 108.900 millones de libras, mientras el que tiene un menor presupuesto es Health and Care NI (Irlanda del Norte) con 3.900

millones de libras. Es una parte central en el bienestar social del país y tiene como objetivos: fomentar la buena salud, diagnosticar las enfermedades a tiempo, curar las dolencias, brindando atención de calidad a los pacientes, prevenirlos de posibles inconvenientes, etc.

La cobertura integral del NHS se divide en tres niveles:

- La atención primaria: está formada por médicos de cabecera, oftalmólogos, farmacéuticos, odontólogos, enfermeros, parteras, fonoaudiólogos, visitadores sociales, fisioterapeutas, psicoterapeutas, podólogos. Se ofrecen programas de prevención de enfermedades crónicas y coronarias y planes de vacunación para los niños y jóvenes. Además, es el encargado de derivar a los pacientes que necesitan cuidados superiores.
- La atención secundaria: se encargan de brindar tratamientos adicionales y cuidados especiales con la tecnología de avanzada. Se encuentran en 300 hospitales generales y los servicios son: maternidad, geriatría, internación, radiología, diálisis, anestesia, guardias en casos de accidentes y emergencias y patologías crónicas.
- La atención terciaria: involucra a hospitales de alta complejidad que se especializan en trasplantes, tratamientos oncológicos o cráneo faciales. Son reconocidos por sus valiosas contribuciones en la investigación de nuevos métodos y en la excelencia de sus profesionales.

El 97 % del presupuesto se deriva a la asistencia primaria y secundaria y el 3 % restante a los servicios terciarios y a programas complementarios.

El NHS se apoya del NICE [Wailoo et al. \(2004\)](#) (National Institute for Health and Care Excellence) para priorizar las enfermedades que estarán en la canasta básica, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Número de personas afectadas
- Severidad de la enfermedad
- Impacto en los recursos
- Beneficio terapéutico adicional

Hay un proceso explícito, que se realiza de tres a cuatro veces por años, administrado por el NICE y supervisado por el Departamento de Salud.

3.2.6. Alemania

Alemania es la cuarta economía más poderosa del mundo, posee el sexto lugar en IDH más altos del mundo. Posee una población de 82 millones de habitantes y su gasto en salud en el 2014 fue de 11,3 % PIB. [Banco Mundial \(2014\)](#)

El sistema estatal de seguro de enfermedad alemán se determina a nivel nacional, los estados tienen una influencia significativa en la prestación de atención hospitalaria y servicios de salud pública, a través de negociaciones conjuntas entre las asociaciones de los médicos y las cajas de enfermedad a varios niveles. En el sistema de atención de la salud se pueden identificar los siguientes actores principales: a nivel central (es decir federal), el Ministerio Federal de Salud es el actor clave y, por supuesto, de vez en cuando lo mismo ocurre con el parlamento. El Ministerio es asesorado por el "Consejo Asesor para la Acción Concertada en el Cuidado de la Salud" sobre asuntos de orientación médica y económica en el cuidado de la salud. Este Consejo Consultivo se formó en 1986 y consta de siete expertos en las áreas de medicina y economía. La estructura federal está representada principalmente por los 16 gobiernos estatales y, en muy pequeña medida, por los parlamentos estatales. El corporativismo está representado por las asociaciones jurídicas de médicos y odontólogos del lado del proveedor y las cajas de enfermedad y sus asociaciones en el lado de los compradores.

La atención médica ambulatoria es el sector "clásico" en el que las instituciones corporativas tienen la mayor potencia. El SGB V ("Social Code Book") que es aquel libro que regula todos los seguros sociales obligatorios, se concentra principalmente en regular el marco, es decir, categorías genéricas de beneficios, metas y el alcance de las negociaciones entre las cajas de enfermedad y las asociaciones de médicos y odontólogos. Estas negociaciones determinan tanto los mecanismos de financiamiento como los detalles del paquete de beneficios ambulatorios. Los pacientes son libres de seleccionar un médico afiliado a su elección. Internamente, las asociaciones de médicos modifican el reembolso real a través de una "Escala de Distribución de Remuneración" que es diferente para cada asociación de médicos. Mediante esta medida se regulan valores mínimos y máximos de puntos para las diferentes especialidades y o diferentes servicios y números máximos de puntos reembolsables por servicio o conjunto de servicios. Los pacientes no están obligados a pagar ningún copago por los servicios enumerados en la "Escala de Valor Unificado". A lo largo de la historia del seguro médico alemán, las regulaciones se han vuelto mucho más uniformes, fue así como en 1996, se introdujo una nueva "Escala de Valor Unificado", que contenía más honorarios

fijos y que reducía los reembolsos de las especialidades más tecnológicamente orientadas y de mejor rendimiento. A finales de 1996, la asociación de médicos federales propuso la eliminación de ciertos beneficios preventivos y curativos del catálogo de beneficios y ofrecer estos servicios a los pacientes con una base de facturación privada. La evaluación de las tecnologías nuevas y existentes a través del Comité Federal de Médicos y Fondos de Enfermedad (y su subcomité responsable) se basa ahora en los tres criterios [Busse \(1999\)](#):

1. beneficio
2. necesidad médica
3. eficiencia

El sistema alemán pone más énfasis en el libre acceso, un alto número de proveedores y equipos tecnológicos que en la contención de costos per se. El público apoya estas prioridades y, al usarlas como criterios, el sistema funciona bien. Por lo tanto, las listas de espera, así como las decisiones de racionamiento abierto, como el no proporcionar atención a ciertos pacientes, son prácticamente desconocidas. Esto también se debe a una toma de decisiones conjunta que requeriría la improbable decisión de recortar recursos por parte de los fondos de enfermedad, así como por parte de los proveedores.

En la actualidad, la afiliación al seguro médico es obligatoria para todos los habitantes de Alemania (tras las reformas del 2007 y 2009). Si un habitante no se asegura puede ser sancionado incluso con efecto retroactivo para todo el período no cubierto, pudiendo hacerse pagar hasta 610,31€ por cada mes sin seguro.

El sistema sanitario alemán en la actualidad

La base del sistema social de Alemania se llama: 'Sozialversicherung' o seguro social, consiste en diferentes fondos de seguridad social. Conformado por 5 fondos:

1. El fondo de seguro de salud
2. El fondo de cuidado a largo plazo
3. El fondo de seguro de pensiones
4. El fondo de seguros contra accidentes

5. El fondo de seguro por desempleo

En Alemania existen dos tipos distintos de seguros médicos [Lauerer et al. \(2013\)](#):

- el seguro médico público (GKV) obligatorio para todos los ciudadanos alemanes
- el seguro médico privado (PKV) para empleados que traspasan una cierta franja salarial, como funcionarios y autónomos. Esta franja salarial oficial (Jahresarbeitsentgeltgrenze) se sitúa en 52.200€. No obstante, cada uno puede permanecer de forma voluntaria (freiwillig-versichert) en el sistema público.

El seguro médico público es obligatorio en Alemania para todos los habitantes del territorio federal. La entidad aseguradora corre con todos los gastos de la atención sanitaria según el principio de que sean suficientes, necesarias y económicas. Tratamientos médicos, dentales, hospitalarios, con complementos adicionales (por ejemplo, silla de ruedas o audífonos), subsidio por enfermedad (Krankengeld), ortodoncia e inoculaciones preventivas, empastes y dentaduras postizas básicas, etc. Todo lo que exceda esta base se tendrá que financiar por cuenta propia, como las prótesis dentales elevadas, medicina alternativa o una habitación privada en el hospital. Los parientes que no trabajan (por ejemplo el cónyuge o los hijos) y que tengan el mismo domicilio en Alemania estarán asegurados sin coste adicional.

Dentro de todas las cuotas sociales, el seguro médico en Alemania es la parte más alta a deducir: en el sistema público se paga en total el 14,6 % del sueldo bruto mensual y se paga a partes iguales entre el empresario y el trabajador, 7,30 %. Existe un límite salarial para el cálculo de las cuotas (Beitragsbemessungsgrenze) que se sitúa en 49.500€ brutos anuales.

Si ganas más de 54.900 euros anuales puedes acceder a un seguro privado. Las compañías del seguro médico privado no se basan en los ingresos del asegurado, sino en el perfil de riesgo que tenga cada uno según sexo y edad, el estado de salud y las prestaciones que desee. Así, las personas de edad o aquellas afectadas por una enfermedad pagan una cuota mucho más alta que una persona joven y sana. El seguro para mujeres suele ser también más caro que para los hombres.

En caso de contratar un seguro privado como empleado, el empresario tiene que contribuir a la tarifa con el mismo porcentaje que para el seguro obligatorio, es decir, con el 7,3 % del sueldo bruto mensual. La gran ventaja del seguro privado suele ser que te cubren servicios adicionales a las prestaciones obligatorias. Los costes de los servicios médicos los abona el asegurado directamente en la consulta mediante previo pago y pide posteriormente a la compañía aseguradora el reembolso completo o parcial, dependiendo de las condiciones pactadas.

Es importante saber que con la afiliación al seguro obligatorio directamente se incluye el seguro de dependencia (Pflegeversicherung) que cubre los gastos destinados a asistencia y enfermería en caso de accidentes o enfermedades graves, invalidez, vejez o cuando se necesite ayuda en las actividades diarias. Este seguro se trata de la cuota que se paga para financiar los gastos ocasionados por el cuidado de personas y enfermos que no pueden valerse por sí mismos. Se tiene que tener en cuenta que, a veces, la pensión de jubilación que cobra una persona no es suficiente para correr con todos los gastos del cuidado del paciente o que los familiares del paciente no pueden ocuparse de él. En estos casos, la Pflegeversicherung corre con todos estos gastos. Las contribuciones o financiamiento se deducen de la misma forma, proporcionalmente al sueldo bruto mensual del asegurado, en un 2,6 % desde enero del 2015. En un seguro médico privado, la dependencia no está automáticamente incluida y hay que solicitarla de manera adicional.

3.2.7. Nueva Zelanda

Nueva Zelanda es un país desarrollado que se posiciona en lugares altos dentro de escalafones internacionales sobre muchos temas, incluyendo la ausencia de corrupción, el nivel de educación, la libertad económica e IDH. Posee una población de 4,5 millones de habitantes y su gasto en salud el 2014 fue de 11 % PIB. [Banco Mundial \(2014\)](#)

El sistema de salud estatal se basa en el estudio realizado por el National Health Committee (NHC), en el cual el Ministerio de Salud de esos años manda a elaborar un proceso de decisión para determinar qué prestaciones deberían ser financiadas públicamente y establecer un proceso de priorización de necesidades teniendo en cuenta la escasez de recursos. El NHC inició un debate público para concienciar a la población sobre la falta de recursos sanitarios y acerca de la necesidad de elegir los servicios que tendrían que ser financiados y quién se beneficiaría de ellos y se baso en cuatro principios [Miles et al. \(2016\)](#):

- efectividad
- eficiencia
- equidad
- aceptabilidad.

Se llego a un proceso de 3 fases para incorporar una nueva intervención sanitaria, estas son:

1. Identificar nuevas tecnologías y decidir si deben ser evaluadas

2. Informar si una intervención debe ser financiada o no.
3. Monitorizar la nueva intervención introducida. (Adopción, Difusión y Evaluación)

Este proceso funciona de una manera circular, de manera que la información de la etapa de la evaluación se incorpora en una nueva valoración para determinar si una intervención continuará recibiendo la financiación una vez introducida y después de ser utilizada durante un período de tiempo.

3.2.8. Noruega

Noruega es un país europeo que se caracteriza por ser el país con el IDH más alto del mundo, es el tercer país más rico según PIB per cápita y posee una población de 5,3 millones de habitantes. Su gasto en salud el 2014 ascendió a 9,7 % PIB. [Banco Mundial \(2014\)](#)

En la historia de salud en el mundo, Noruega es un país pionera a la hora de desarrollar un plan de establecimiento de prioridades en salud, estableciendo en 1987 la primera guía nacional para el establecimiento de prioridades sanitarias (Norges Offentlige Utregninger 1987) por la Comisión Lonning que consideraba cinco principios [Calltorp \(1999\)](#):

1. Gravedad de la enfermedad
2. Igual acceso al tratamiento
3. Tiempo de espera
4. Coste
5. La responsabilidad del paciente sobre su estado de salud.

Posteriormente se realiza un segundo informe de Lonning que aconsejó que las modificaciones en el sistema de establecimiento de prioridades tuvieran lugar a partir de las recomendaciones de grupos de trabajo, cada uno de los cuales se ocuparía de una especialidad médica y también aconseja un mayor énfasis en el análisis coste-utilidad y la calidad de la evidencia, frente a la importancia de la gravedad de la enfermedad. Y se establecieron los siguientes criterios para que una enfermedad fuese financiada públicamente:

1. Tratamiento curativo: 5-10 % mejora en la supervivencia a largo plazo (suele ser medida como extensión de la esperanza de vida en 5 años).

2. Tratamiento para la prolongación de la vida: la supervivencia media debe mejorarse al menos en un 20 % o en un mínimo de 3 meses.
3. Tratamiento para la prevención de síntomas relativos al cáncer: no se definió un estándar mínimo, ya que no existía un consenso en los principios aspectos clínicos.
4. Tratamiento para el alivio de síntomas: más de un 20 % de los pacientes deben haber experimentado mejoras en síntomas subjetivos como dolor, náuseas o dificultades al respirar

3.2.9. España

España tiene una población de 46,8 millones de habitantes, es la décimotercera economía mundial. Su gasto en salud el 2014 fue de 9 % PIB. [Banco Mundial \(2014\)](#)

En España, conforme al principio de descentralización promulgado por la Constitución, y tras la disolución del INSALUD en 2002, la competencia sanitaria está transferida a cada una de las comunidades autónomas.

España en los que le respecta a los criterios de priorización utiliza mucho los de “efectividad”, “eficiencia” que están presentes en casi todos los casos de las distintas comunidades autónomas (CCAA) de España (Ver Figura 3.12) y emergen algunos nuevos como la “gravedad” , la “magnitud” y la “calidad”(ver Tabla 3.7y Tabla 3.8). Dado estos criterios se establecen los instrumentos de priorización para poder cuantificar estos criterios, en España el método de agregación más utilizado es el “Método de Hanlon” (Cataluña, Murcia y Valencia), el cual consiste en combinar los valores asignados a 4 componentes del problema [Varela-Lema et al. \(2017\)](#):

- Su magnitud (A)
- Su gravedad (B)
- La eficacia (C)
- Factibilidad del programa (D)

Su cálculo esta dado por la siguiente Fórmula :

$$\text{Puntuación - Prioridad} = (A+B) \times C \times D$$

La evaluación económica como criterio de priorización se limita sólo a Canarias, Comunidad Valenciana y Navarra. En los Planes de Andalucía y Aragón aparecen menciones aisladas a la evaluación y el requisito de coste-efectividad de las intervenciones. La «eficiencia» en términos

generales se contempla como requisito para poner en práctica las actuaciones, como objetivo u orientación en los planes de Cataluña, Extremadura y País Vasco. Finalmente, el «impacto económico y social» es uno de los criterios de priorización en Baleares, como lo es el «consumo de recursos» en el caso de Galicia. Sólo Canarias parece haber dado un paso más adelante, por cuanto en su Plan de Salud no sólo se cita la evaluación económica como criterio para priorizar, sino que se elaboran tablas de coste-efectividad.

CCAA	Criterios	Métodos de Agregación
Asturias	Ganancia de salud/efectividad	Método de agregación Aditivo:
	Carga social	0,49A +0,28B+0,23C
	Necesidades sentidas por el usuario	
Baleares	Incidencia	No Consta
	Prevalencia	
	Mortalidad	
	Año potenciales de vida perdidos	
	Minusvalía	
	Dolor	
	Cargas familiares y sociales	
Impacto económico y social		
Canarias	Impacto sobre la esperanza de vida y la calidad de vida	No Consta
	Vulnerabilidad del problema	
	Factibilidad y eficacia de la intervención	
	Ganancia en años de vida ajustados por calidad	
Cataluña	Efectividad y coste-efectividad	Método de Hanlon: Puntuación = (A + B) × C × D Magnitud (0-10)
	A) Magnitud (morbilidad: prevalencia/incidencia)	
	B) Gravedad (mortalidad, años potenciales de vida perdido, incapacidad y carga social y económica)	
	C) Efectividad (valoración de expertos)	
Galicia	D) Potencial de aumento de la esperanza de vida con salud	Magnitud (0-10);gravedad (0-10); efectividad (1-4) ganancia potencial (0,5/1,0/1,5)
	A) Magnitud	Aditivo:
	B) Gravedad	0,13A + 0,25B + 0,06C + 0,27D + 0,19E + 0,10F
	C) Consumo de recursos	Todos los criterios se apuntan desde 0 a 10
	D) Vulnerabilidad del problema	
	E) Factibilidad	
F) Opinión de expertos y de la población		

Tabla 3.7: Primera Parte: Criterios y métodos de priorización de objetivos de salud y áreas de intervención en los planes de salud de algunas. Fuente: Paper ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Metodos de priorización y disparidades regionales

CCAA	Criterios	Métodos de Agregación
Región de Murcia	A) Magnitud	Método de Hanlon:
	B) Severidad	Las áreas «verticales» se priorizan con los criterios A,B C
	C) Factibilidad	Las áreas «diagonales» con los cuatro criterios A-D
	D) Alineamiento estratégico con el sistema público sanitario	Las líneas de actuación dentro del componente horizontal, con los criterios C, D
		Dentro de las áreas, los objetivos específicos se priorizan según importancia y urgencia
Comunidad Valencian	Primera etapa: Magnitud, gravedad, efectividad, factibilidad	Se utiliza el método de Hanlon con los 4 criterios habituales para priorizar dentro de cada una de las 17 áreas de intervención
	Segunda etapa: 1. Coherencia con los objetivos del plan de salud. 2. Magnitud del problema (o necesidad) de salud. 3. Capacidad para disminuir desigualdades	En una segunda etapa, la Comisión Técnica Directiva vuelve a priorizar utilizando los 7 criterios referidos (no se especifica metodología)
	4. Impacto previsible a corto y medio plazo 5. Fomento de la participación comunitaria 6. Factibilidad organizativa 7. Viabilidad presupuestaria (coste/beneficio)	

Tabla 3.8: Segunda Parte: Criterios y métodos de priorización de objetivos de salud y áreas de intervención en los planes de salud de algunas. Fuente: Paper ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Metodos de priorización y disparidades regionales

4 | Revisión de Literatura

En esta sección se buscaron papers atinentes al tema de tesis en las plataformas de ScienceDirect, Scielo, Scientific Research y REDALYC y a través del buscador <https://scholar.google.es/>

4.1. ¿Como se puede lograr una cobertura universal de salud?

Un Paper publicado por Pan American Journal of Public Health el 2014, llamado “El monitoreo orientado a la equidad en el contexto de la cobertura universal de salud” [Hosseinpoor et al. \(2015\)](#) señala que el monitoreo de las desigualdades en la salud es fundamental para el logro progresivo y equitativo de la cobertura universal de salud. El objetivo último de la cobertura universal de salud está directamente vinculado a la eliminación de las inequidades: asegurar que todas las personas que necesitan servicios de salud puedan recibirlos sin sufrir dificultades financieras indebidas. La desigualdad es multidimensional y se ha recomendado ampliamente que el monitoreo de las desigualdades incluya varias dimensiones distintas. Es relevante a nivel práctico, puesto que diferentes dimensiones de la desigualdad a menudo implican diferentes intervenciones.

¿Qué es la desigualdad? La desigualdad es un concepto relacional, por ejemplo, la situación de un segmento poblacional desfavorecido con la de un subgrupo más favorecido.

¿Qué segmentación o criterios son los que señala el autor como solución para monitorear la equidad? En la resolución WHA62.14 de la Asamblea Mundial de la Salud, que respalda las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, se insta a los países a desagregar los datos por: edad, sexo, etnicidad, raza, casta, ocupación, educación, ingresos y empleo. Desde una perspectiva técnica, el monitoreo global de las desigualdades en la salud en el marco de la cobertura universal de salud debería incluir idealmente cuatro dimensiones de desigualdad clave: la posición económica, la educación, el sexo y la residencia urbana/rural. De esta manera,

se incluye a nivel mundial una gama razonablemente amplia de dimensiones de la desigualdad de alta relevancia y con disponibilidad de datos. Dado que puede no ser factible cubrir cuatro dimensiones diferentes en el monitoreo global, las más apropiadas para su inclusión son la posición económica y la residencia urbana/rural; recomendando que en el monitoreo global la desigualdad asociada a la posición económica se operacionalice usando quintiles y la residencia urbana/rural se operacionalice como un resultado binario.

Enfoques para el monitoreo de las desigualdades en la salud Existen tres enfoques que se usan comúnmente para conceptualizar y medir las desigualdades en la salud: • peor situación (worst-off): se centra únicamente en la situación del subgrupo más desfavorecido. Por ejemplo: Cobertura completa de un servicio de salud en el 40 % más pobre. El problema es que este enfoque sin datos sobre otros subgrupos, el enfoque de “peor situación” puede no brindar información importante para las políticas y pertinente para los programas que requieren los ministerios de salud para asegurar el logro progresivo de la cobertura universal de salud orientado a la equidad. • brecha (gap): Considera las diferencias de salud entre dos subgrupos y puede aplicarse para expresar la desigualdad usando dimensiones de desigualdad que solo tengan dos categorías, pero también para demostrar la disparidad entre grupos extremos. Ejemplo: Como el 20 % más rico frente al 20 % más pobre. • espectro completo (gradiente): El enfoque de espectro completo considera la información en toda la población y, por lo tanto, posibilita una apreciación completa de la forma de la desigualdad en una población.

Medición y comunicación de la desigualdad Las mediciones de desigualdad pueden clasificarse: 1. Pairwise: comparaciones sencillas por pares entre dos subgrupos 2. Comparaciones complejas basadas en datos entre múltiples subgrupos, utilizadas cuando se adopta el enfoque de gradiente o cuando se mide la desigualdad entre subgrupos que carecen de un ordenamiento natural. Estas medidas comunican una desigualdad, ya sea absoluta o relativa. • Las mediciones absolutas reflejan la magnitud de la desigualdad, lo que hace que la interpretación sea intuitiva. • Las mediciones relativas muestran diferencias proporcionales y no retienen la unidad de medida, lo que resulta útil para hacer comparaciones entre indicadores de salud con distintas unidades de medida. Un problema de esta medición es la ausencia de información sobre la magnitud de la diferencia. Por ejemplo: una diferencia relativa de dos podría representar coberturas de 100 % y 50 %, o de 10 % y 5 %.

Conclusión Para el logro progresivo de la cobertura universal de salud, la situación óptima es la nivelación hasta llegar a la cobertura completa, incrementando la cobertura tanto en el subgrupo más desfavorecido como en el subgrupo más favorecido, acompañada de una brecha cada vez menor debido a mejoras más rápidas en el grupo más desfavorecido. Recomendamos establecer metas basadas en la reducción proporcional de la desigualdad absoluta.

4.2. ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades ?

4.2.1. Identificando prioridades

Hasta la fecha se ha publicado relativamente poco sobre cómo se establecen las prioridades de investigación, y aún menos sobre los métodos por los que los tomadores de decisiones pueden participar en la definición de un programa de investigación pertinente y pertinente. Un estudio realizado el 2009 por los investigadores Neale Smith, Craig Mitton, Stuart Peacock, Evelyn Cornelissen and Stuart MacLeod [Smith et al. \(2009\)](#) alistaron a los socios decisores de cada una de las seis autoridades sanitarias de Columbia Británica, para eso realizaron tres foros, en los que investigadores y responsables de diversos niveles de las autoridades sanitarias examinaron posibles esferas de investigación relacionadas con tres esferas prioritarias:

1. Generación y utilización de criterios de decisión y medición del "beneficio" en relación con esos criterios
2. Identificación de las llamadas oportunidades de "desinversión";
3. Evaluación de la efectividad de los procedimientos de establecimiento de prioridades.

Dentro de los resultados encontrados en el paper “ Identifying research priorities for health care priority setting: a collaborative effort between managers and researchers” se señalan las características de la investigación de establecimiento de prioridades, ya que participantes en el Foro observaron que siempre que los procesos formales de fijación de prioridades se hayan aplicado hasta ahora en sus organizaciones, ha estado inevitablemente en un contexto más amplio en el que muchas otras iniciativas y ciclos de sistemas de decisión se producen simultáneamente. Estos incluyen la planificación estratégica, la mejora de la calidad, la planificación del capital, el ciclo presupuestario anual y la emisión de las directivas provinciales del Ministerio de Salud por lo que sugirieren que la investigación futura sobre el establecimiento de prioridades de atención sanitaria

se beneficiaría de estudios longitudinales, comparativos y / o interdisciplinarios (cualquier estudio o grupo de estudios realizados por académicos de dos o más disciplinas científicas distintas, que se basan en un modelo conceptual que vincula o integra marcos teóricos de esas disciplinas, utiliza el diseño del estudio y la metodología que no es limitado a cualquier campo, y requiere el uso de perspectivas y habilidades de las disciplinas involucradas a lo largo de múltiples fases del proceso de investigación).

Asimismo, los participantes identificaron varias áreas temáticas para futuras investigaciones sobre el establecimiento de prioridades de atención de la salud, es decir, ideas específicas, temas o proyectos que podrían perseguirse. Estos pueden agruparse bajo dos grandes titulares, reconociendo que habrá cierto grado de superposición entre estas categorías. En primer lugar, las investigaciones futuras podrían considerar útilmente la forma en que los proyectos formales de establecimiento de prioridades y asignación de recursos se sitúan dentro de un contexto organizativo y político más amplio. En segundo lugar, se deberían dedicar más esfuerzos de investigación a una mejor comprensión y mejora de la aplicación efectiva de los marcos de establecimiento de prioridades, en particular con respecto a las cuestiones de gestión del cambio y la resolución de los obstáculos a la adopción de recomendaciones sobre la asignación de recursos.

A modo de conclusión los autores señalan que han podido validar la importancia de las áreas iniciales planteadas al grupo y observado el surgimiento de preocupaciones adicionales y direcciones de importancia crítica para estos tomadores de decisiones en este momento. Es probable que los resultados sean ampliamente aplicables a otros contextos sanitarios. La implementación de este programa de investigación en Columbia Británica dependerá de la capacidad de los investigadores y tomadores de decisiones para desarrollar proyectos particulares que se ajusten a las limitaciones de las oportunidades de financiamiento existentes. El proceso de participación en sí mismo tenía beneficios en términos de conectar a los encargados de la toma de decisiones con sus pares y despertar un mayor interés en el uso y perfeccionamiento de los marcos de establecimiento de prioridades.

4.2.2. Herramientas para la toma de decisión

Autor: Natalia M. Cediél-Becerra¹ y Gérard Krause

La toma de decisiones en salud pública es un proceso que implica que los gobiernos puedan responder continuamente a las circunstancias cambiantes, anticipando las amenazas emergentes e identificando formas para controlarlas, en los últimos años se ha promovido el uso de evidencia

proveniente de la investigación debido al creciente desarrollo del movimiento de medicina basada en la evidencia y se ha descrito que la transferencia del concepto “Basado en la Evidencia” desde la práctica clínica hacia la práctica de la salud pública no ha sido tan directa como se esperaba. Un estudio realizado el 2013 llamado “Herramientas para la toma de decisión en salud pública basadas en evidencia y priorización de enfermedades” [Becerra y Krause \(2013\)](#) señala que Gran parte de la evidencia disponible para apoyar las recomendaciones en materia de salud pública proviene de estudios que se califican como evidencia de baja o muy baja calidad en la jerarquía medicina basada en la evidencia clásica y en el enfoque de GRADE. El paper “Herramientas para la toma de decisión en salud pública basado en evidencia y priorización de enfermedades” presenta dos métodos de calificación de evidencia, sus limitaciones y aplicaciones como herramientas para la toma de decisiones en salud pública.

Idealmente, los funcionarios de salud pública incorporan evidencia científica para tomar y gestionar decisiones, desarrollar políticas e implementar programas. Sin embargo, en realidad, estas decisiones frecuentemente están basadas en demandas de corto tiempo más que en estudios de largo término, por tanto las políticas y programas usualmente se desarrollan alrededor de evidencia anecdótica, crisis, temas críticos y preocupaciones de grupos interesados organizados. Los pasos claves en los procesos de medicina basada en la evidencia (MBE) son: convertir las necesidades de información en preguntas que puedan ser respondidas, como: Rastrear con el máximo de eficiencia la mejor evidencia con la cual responder esas preguntas o Valoraran críticamente el desempeño de la evidencia en cuanto a su validez (cercanía a la verdad) y utilidad (aplicabilidad clínica) y finalmente obtener los resultados de la Aplicación de dicha valoración en la práctica clínica y evaluar su desempeño. Los 2 sistemas para calificar evidencia que muestran los autores de este paper son:

- El sistema GRADE
- Método de priorización en salud pública desarrollado por el grupo de priorización del Instituto Robert Koch de Alemania, desarrollado y liderado por unos de los autores (GK) y que sirve como herramienta para mejorar la asignación de los recursos en salud pública

El sistema GRADE tiene algunas ventajas dadas por ser un método transparente para la clasificación, la inclusión de una definición explícita y juicios secuenciales durante el proceso de clasificación, una descripción detallada de los criterios de calidad de la evidencia de los resultados individuales y por la calidad general de las pruebas, pesando la importancia relativa de los resultados, la consideración del equilibrio entre los beneficios para la salud en comparación con los daños,

costos y gastos, y el desarrollo de perfiles de datos y resúmenes de los hallazgos. Las principales limitaciones y críticas del sistema GRADE se conecta a su complejidad, su limitada aplicabilidad en otros ámbitos de la medicina clínica y algunos han planteado que no es ideal para intervenciones en salud pública como por ejemplo: inmunización (por ejemplo, la inmunidad de grupo, la duración de la protección), emergencias de salud pública y problemas con muy poca cobertura científica. Cabe decir que GRADE es un trabajo en progreso continuo, que está desarrollándose, con base en la retroalimentación y las experiencias en los procesos de orientación y debates en el Grupo de Trabajo y por tanto sus posibles limitaciones se han ido superando gradualmente.

Por otra parte el grupo de priorización del Instituto Robert Koch de Alemania, liderada por uno de los autores de presente paper, diseñó y validó una metodología para el establecimiento de las prioridades en salud pública, en especial, para priorizar enfermedades infecciosas, y sigue los siguientes criterios

1. Incidencia (incluyendo enfermedad e infección sintomática)
2. Ausentismo laboral y escolar
3. Utilización de los servicio de salud (atención primaria y hospitalización)
4. Cronicidad de la enfermedad o secuelas
5. Tasa de fatalidad
6. Proporción de eventos que requieren acciones en salud pública
7. Tendencia
8. Atención pública (incluye percepción pública y agenda política)
9. Posibilidades y necesidades de prevención, incluyendo vacunas
10. Posibilidades y necesidades de tratamiento.

Posteriormente se realiza un plan de análisis de información con los siguientes pasos:

1. Definición de los pesos de cada criterio. El grupo de expertos definió los pesos que deben darse a cada criterio según su importancia en el medio nacional. Cada criterio será ordenado en una escala de 1 a 12 (siendo 12 la valoración más importante)
2. Evaluación de los puntajes de cada criterio.

3. Suma de los puntajes. Al final se tendrá un listado de enfermedades zoonóticas con un rango de puntaje de priorización.
4. Ponderación de las enfermedades. Se multiplica el puntaje obtenido para las enfermedades por el peso específico de cada criterio y como resultado se obtiene el puntaje final

4.2.3. Priorización de intervenciones sanitarias.

Un estudio realizado en España el 2016 [Varela-Lema et al. \(2017\)](#) llevo a cabo un exhaustivo trabajo para identificar criterios, procesos y marcos conceptuales que puedan servir a la priorización de tecnología sanitaria (Por «tecnología sanitaria» se entiende cualquier intervención que pueda ser empleada para promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar una determinada condición clínica o rehabilitar apacientes con dicha condición) en España, puesto que en la actualidad no existe un procedimiento explícito para determinar el valor relativo de las distintas opciones existentes. Para esto estudiaron los organismos encargados de establecer criterios de priorización y dar recomendaciones a las autoridades sanitarias en 8 países (EE.UU, Reino Unido, Lituania, Canadá, Noruega, Suecia, Australia, Holanda). Los resultados más importante fueron los siguientes:

Pais	Organización	Misión	Identificación y requisitos de información	Criterios de priorización	Proceso de selección de tecnologías a evaluar
EE.UU.	AHRQ Evidence Practice Center	Informa la toma de decisiones sobre efectividad, uso apropiado o políticas de reembolso, desarrollo de GPC, etc	Solicitudes de proveedores de salud, aseguradoras, compradores, sociedades médicas, organizaciones de defensa de los pacientes Requisitos: justificación y evidencia de la relevancia, plan de utilización o difusión, descripción del uso e impacto	1) Carga de enfermedad; 2) apoyo/nominación por grupos de interés; 3) incertidumbre; 4) variabilidad/controversia; 5) impacto clínico; 6) redundancia; 7) adecuación de la evidencia; 8) impacto económico; 9) potencial de cambio; 10) riesgo de no priorizar; 11) inequidades/poblaciones vulnerables/dilemas	No se proporcionan detalles específicos sobre el procedimiento de priorización
Reino Unido	NICE	Emite recomendaciones sobre la financiación de las tecnologías	Programa de detección de tecnologías nuevas y emergentes, solicitudes de compañías ~ médicas, profesionales sanitarios, investigadores y pacientes Requisitos: cumplimentación de formularios del NIHR HSC o de las compañías ~ farmacéuticas	1) Tamaño de la población diana, valorando equidad y diversidad; 2) gravedad de la enfermedad; 3) impacto en recursos; 4) beneficio terapéutico	1) Filtración y puntuación por un consultor clínico atendiendo a criterios (1-5); 2) solicitud de informe al NIHR HSC; 3) envío de informe a la compañía ~ para alegaciones; 4) decisión sobre proyectos a enviar a consulta; 5) consulta con stakeholders y taller para definir alcance; 6) decisión sobre temas a enviar al ministerio; 7) decisión definitiva del ministerio
Lituania	No existe una organización formal de evaluación,		Temas prioritarios propuestos por expertos (responsables de toma de decisión, profesionales de la salud, academia, docentes e investigadores) considerando temas actuales y prioridades de salud nacionales.	1) Impacto presupuestario; 2) beneficio en salud; 3) alternativas; 4) nivel de interés esperado de los decisores políticos; 5) marco temporal; 6) evidencia; 7) implicaciones éticas, legales y sociales	1) Evaluación de la relevancia mediante método Delphi; 2) segunda ronda Delphi para proponer hasta tres problemas de salud relacionados con esos temas y tecnologías para solucionarlos; 3) puntuación de tecnologías atendiendo a criterios ponderados
Canadá	CADTH	Proporciona evidencia de calidad para apoyar la toma de decisiones. Sirve a los ministerios de salud federales, provinciales y territoriales	Programa de detección de tecnologías nuevas y emergentes, encuestas a Comité Consultivo, propuestas de distintos agentes (políticos, gestores médicos, proveedores, industria, profesionales, público) Requisitos: solicitud de información a solicitantes	1) Alternativas; 2) impacto presupuestario; 3) impacto clínico; 4) controversia sobre cambios políticos; 5) carga de enfermedad; 6) impacto económico; 7) implicaciones éticas, legales o psicosociales; 8) evidencia; 9) nivel de interés; 10) marco temporal; 11) variabilidad en uso	1) Validación de la propuesta mediante una consulta a los investigadores, decisores y clínicos; 2) desarrollo de un informe breve por CADTH con información sobre cada criterio y puntuación de criterios por dos evaluadores; 3) reunión del comité consultivo para seleccionar las tecnologías
Noruega	NOKC	Proporciona evidencia para apoyar la toma de decisiones. Sirve a la Dirección General de Salud, Agencia Noruega del Medicamento y Ministerio de Sanidad	Los temas a abordar son propuestos por el consejo noruego para la mejora de la calidad y establecimiento de prioridades en salud o por la secretaria, establecida en NOKC. El consejo está formado por gestores médicos, autoridades y representantes de profesionales y pacientes	1) Gravedad de la enfermedad; 2) magnitud del efecto esperado; 3) razón coste-efectividad razonable; 4) calidad de la evidencia	1) El Consejo Noruego selecciona los temas prioritarios en un plenario atendiendo a los criterios de priorización por consenso y valora la documentación necesaria; 2) la secretaria, junto con los expertos clínicos, preparan una evaluación exhaustiva, solicitando en la mayoría de los casos informes breves al NOKC

Tabla 4.1: Descripción del proceso y criterio para seleccionar tecnologías sanitarias empleadas por EE.UU, Reino Unido, Lituania , Canada y Noruega. Fuente: Paper “Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación”

País	Organización	Misión	Identificación y requisitos de información	Criterios de Priorización	Proceso de selección de tecnologías a evaluar
Suecia	SBU	Proporciona información científica para apoyar la toma de decisiones y facilita el desarrollo de guías de práctica clínica, entre otros	Las cuestiones importantes de salud que deberían ser abordadas proceden del Parlamento, del ministerio de sanidad y de organizaciones sanitarias. Las propuestas sobre tecnologías concretas provienen de individuos que trabajan en el ámbito de la salud	1) Suficiente evidencia; 2) impacto significativo en mortalidad y salud; 3) problema común con importantes repercusiones económicas; 4) implicaciones éticas; 5) importancia demostrable para la organización o perspectiva profesional; 6) tema controvertido/ preocupación en la sociedad	1) Se revisan las cuestiones relevantes y se desarrolla una lista de temas que se presenta al consejo del SBU, que puntúa las propuestas y selecciona los estudios piloto; 2) se desarrolla un informe breve; 3) el Consejo del SBU selecciona las evaluaciones finales teniendo en cuenta los criterios de priorización
Australia	MSAC	Su misión es evaluar y emitir recomendaciones sobre las nuevas tecnologías a incluir en la cartera de servicios de Medicare	Profesionales sanitarios, industria u otros Los solicitantes remiten un formulario de solicitud con información sobre la tecnología a evaluar	1) Necesidad clínica; 2) incidencia/prevalencia; 3) alternativas satisfactorias; 4) uso probable; 5) probabilidad de mejoras significativas en el manejo de la enfermedad; 6) coste; 7) incertidumbre; 8) otros factores determinados por MSAC (acceso y equidad, etc.)	No se proporcionan detalles específicos sobre el procedimiento de priorización
Holanda	ZonMw	Gestiona los fondos del programa de evaluación de tecnologías sanitarias, destinado a apoyar la toma de decisiones gubernamentales	Los investigadores remiten un formulario de solicitud con información cuantitativa sobre la relevancia política de la propuesta	Se refiere el uso explícito de criterios para la selección de prioridades, pero no se documentan explícitamente	1) El Comité del Programa determina la relevancia de la propuesta, pudiendo solicitar consejo de expertos; 2) la aplicación se remite a revisores externos; 3) el Comité selecciona las propuestas empleando una matriz de comparación
España	RedETS	Su misión es generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el SNS	Las propuestas de actualización de la cartera son formuladas por el ministerio o por las Administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, por propia iniciativa o petición razonada de terceros. Las propuestas deberán ir acompañadas de la información contemplada en la orden	1) Gravedad del proceso; 2) frecuencia del proceso, sin olvidar enfermedades raras; 3) existencia de escasas o nulas alternativas; 4) grado de incertidumbre; 5) beneficios para el paciente; 6) beneficios para la práctica profesional; 7) beneficios para el sistema sanitario	1) La Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Consejo Interterritorial determina si el procedimiento es relevante y, por tanto, precisa de evaluación; 2) la Comisión prioriza las tecnologías puntuando los criterios establecidos (1-3)

Tabla 4.2: Descripción del proceso y criterio para seleccionar tecnologías sanitarias empleadas por Suecia, Australia, Holanda y España. Fuente: Paper “Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación”

Los resultados de la presente revisión ponen de manifiesto que, a pesar de existir un acuerdo generalizado en cuanto a la necesidad de establecer procedimientos racionales y transparentes para priorizar las tecnologías sanitarias, hay poca información disponible sobre los procesos explícitos empleados por las agencias de evaluación para el establecimiento de temas prioritarios. También se observa que las tecnologías se priorizan en todos los casos en función de sus potenciales beneficios clínicos, y la mayoría de las agencias consideran también otros criterios relacionados con la

necesidad de la intervención, la calidad de la evidencia y el impacto económico, aunque en este último caso considerando en ocasiones solo los costes directos de la tecnología. Los criterios de prioridad, ética y justicia, empleados con frecuencia en otros ámbitos de toma de decisiones sanitarias, se valoran en algo menos de la mitad de las agencias, y son una minoría las que consideran factores relacionados con la complejidad de la implementación o con el contexto político-sanitario. Finalmente se aclara que los criterios son siempre específicos del contexto, ya que la utilidad, la viabilidad y el valor relativo de una tecnología van a estar influidos por la capacidad económica del país, que determinará en gran medida los recursos que la sociedad considera aceptable asignar a las intervenciones sanitarias y a su propia evaluación. Los documentos recuperados dejan también importantes incertidumbres respecto a cómo se determina el valor relativo de los distintos criterios y a cómo se incorpora esta información al proceso de toma de decisión. El paper señala que aunque en términos generales se observa que no existen criterios universales ni procedimientos estándar para la selección de prioridades, se han identificado algunos acuerdos y tendencias comunes respecto a aspectos fundamentales de criterios, modelos y estrategias, actores (Ver Tabla 4.3) que pueden ser importantes para el desarrollo del procedimiento de priorización nacional concretas para el desarrollo y la puesta en práctica, que podrían ser útiles también para otros organismos públicos que pretendan establecer prioridades en salud.

4.3. Ejemplo de Criterios de prioridad

4.3.1. México para su FPCG

Un paper publicado por la revista cubana Salud Pública, llamado “Pobreza y Marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México” Santos Padron (2008) evaluó la sustentabilidad del Fondo de Protección contra gastos catastróficos (FPGC) en México entre los años 2005 a 2010. Este Fondo se puede comparar con la Ley Ricarte Soto que cubre el tratamiento de enfermedades de alto costo en Chile, ya que otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con Seguridad Social y que padecen enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar, mediante la gestión de los servicios de salud a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos proporciona recursos monetarios a través de un fideicomiso, a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados de las 32 entidades federativas, para atender 59 enfermedades.

Categoría	Agencias que utilizan criterios englobados en esta categoría
Beneficios clínicos y terapéuticos	100 %
Carga de la enfermedad (clínica o económica)	87,5 %
Frecuencia (incidencia o prevalencia)	75 %
Evidencia	62,5 %
Alternativas	50 %
Variabilidad/controversia sobre uso/incertidumbre	50 %
Impacto económico/costes	37,5 %
Implicaciones éticas, legales y psicosociales	37,5 %
Equidad/accesibilidad	37,5 %
Nivel de interés esperado o demostrado (pacientes, clínicos, profesionales, media)	37,5 %
Impacto organizativo (recursos, personal, servicios)	25 %
Impacto presupuestario	25 %
Coste-efectividad	12,5 %
Beneficios para la práctica profesional	12,5 %
Beneficios para el sistema sanitario	12,5 %
Riesgo de no priorizar un tema	12,5 %
Probabilidad de uso	12,5 %

Tabla 4.3: Criterios de priorización empleados por las agencias o las unidades de evaluación. Fuente: Paper: “Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación”

¿Que se considera una enfermedad catastrófica? Son patologías que generalmente, impactan con fuerza en el presupuesto familiar y, eventualmente, dejan a las familias en un estado de insolvencia financiera temporal o definitiva. Por otra parte, se dice que una enfermedad, tiene un impacto catastrófico, cuando para su atención se destina más del 30 % del presupuesto familiar.

Panorama de salud en México En la década de los años 90 del pasado siglo, las reformas más recientes de los sistemas de salud en los países latinoamericanos, incluido México, pretendieron universalizar el acceso al conjunto mínimo de servicios de salud, que garantizara a todos los ciudadanos la preservación de su estado de salud o su restitución cuando los afecte alguna enfermedad. Por otra parte, la generación de reformas aplicadas a los sistemas de salud en las últimas tres décadas, de manera particular en los países latinoamericanos, ha perseguido tanto la mejora del desempeño de dichos sistemas, como el fortalecimiento de los principios que guían a la salud pública moderna. Lo que cambia, según Bengoa, son "las formas de organizar y gestionar el sector para alcanzar esos principios y fines sociales". Para este autor cualquier reforma debe preservar, sobre todo, el objetivo estratégico de la equidad, o sea, el derecho a acceder a servicios básicos de salud, que tiene todo ciudadano cuando afronta una condición sanitaria específica. Con respecto a las enfermedades catastróficas (EC), el Sistema de Protección Social en Salud tiene como meta subyacente evitar el empobrecimiento -en términos absolutos- debido a los desembolsos que las generan; resolver no solamente los retos que plantean, la complejidad y el riesgo biológico que afecta a la persona enferma, sino también el riesgo financiero que le acompaña y causa estragos a la estabilidad de su familia. En ese sentido, el modelo de atención para las EC supone el financiamiento solidario, mediante recursos provenientes del estado nacional y las entidades federativas, mediante una aportación equivalente al 8 % de las cuotas y aportaciones que corresponden a estos órdenes de gobierno dentro del SPSS y que se destinan a la integración de un fondo común: el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Dentro de esta ley se menciona la facultad para establecer la Lista Oficial de enfermedades que deben considerarse como causantes de gastos catastróficos y cuyo tratamiento es, por tanto, susceptible de financiarse con los recursos del citado Fondo. Además, este ordenamiento y su reglamentación secundaria disponen el establecimiento de un orden de prioridades que contribuya a la eficiencia y racionalidad en el gasto sanitario seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren. No obstante al inicio de las

operaciones del SPSS no se realizó un estudio riguroso para demostrar la sustentabilidad financiera, social, técnica e institucional del Fondo. Esto después estimuló la realización de un diseño y ejecución de una investigación de desarrollo acerca de la sustentabilidad del Fondo, basada en las técnicas de la prospectiva. Este estudio es el que realizó la autora de este paper.

El Aporte de la autora Construye un modelo de priorización de enfermedades catastróficas en base al criterio de marginalidad (la autora define marginalidad como la tendencia de las distintas enfermedades a acumularse en los estratos poblacionales menos favorecidos), para esto realizo un estudio de 30 enfermedades que ya se encontraban en el sistema. El índice se obtuvo al cotejar la mortalidad con las disparidades del desarrollo regional. Para esto se recopiló información de las tasas cruda de mortalidad en la base de datos de la Secretaria de Salud y por otra parte el IDH estatal y se elaboraron los gráficos de dispersión entre mortalidad por esta causa y nivel de desarrollo, para finalmente realizar el cálculo el coeficiente de correlación de Pearson para cada una de las enfermedades (donde $r=[1,0[$ significa un correlación positiva; y $r=0$ no existe correlación; $r=]0,-1]$ correlación negativa)

¿Cuales fueron los resultados? Los resultados arrojados en la investigación indican una clara tendencia hacia la disminución de la mortalidad, en la medida en que se incrementa el IDH, o por contraste, una tendencia de la mortalidad a acumularse en las zonas de mayor rezago económico. Por otra parte el coeficiente obtenido para aplicar el criterio de marginalidad que mostró la tendencia de esta enfermedad para producir mayores efectos catastróficos, donde existe mayor población en condiciones de pobreza.

Recomendación Los modelos de priorización, para su correcta aplicación del enfoque social y económico de los problemas de salud, deben reflejar apropiadamente el impacto de las enfermedades en los grupos económicamente menos favorecidos, así como los gastos de diagnóstico y tratamiento que ocasionan. Así se garantiza la eficiencia y la efectividad del gasto sanitario.

4.3.2. ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud?

Resulta impostergable decidir qué problemas de salud son los más relevantes para la sociedad, cuáles son las tecnologías sanitarias más eficientes en términos de su coste-efectividad y qué

pacientes merecen ser tratados en primer lugar teniendo en cuenta aspectos de equidad y de eficiencia. Un paper [Sánchez Martínez et al. \(2008\)](#) realizado el 2008 en España revisa la cuestión del establecimiento de prioridades en salud y servicios sanitarios a la luz de la experiencia nacional.

Criterios de priorización de objetivos y áreas de intervención en salud España en los que le respecta a los criterios de priorización utiliza mucho los de “efectividad”, “eficiencia” que están presentes en casi todos los casos de las distintas comunidades autónomas (CCAA) de España y emergen algunos nuevos como la “gravedad”, la “magnitud” y la “calidad”. Dado estos criterios se establecen los instrumentos de priorización para poder cuantificar estos criterios, en España el método de agregación más utilizado es el “Método de Hanlon” (Cataluña, Murcia y Valencia), el cual consiste en combinar los valores asignados a 4 componentes del problema:

- Su magnitud (A)
- Su gravedad (B)
- La eficacia o resolubilidad (C)
- Factibilidad del programa (D)

Su cálculo esta dado por la siguiente Fórmula :

$$\text{Puntuación - Prioridad} = (A+B) \times C \times D$$

Por otra parte en el artículo se señala que en el seno de una de las líneas de investigación de la Red IRYSS, se realizó en 2005 una encuesta entre responsables de los servicios de salud autonómicos para conocer el grado de implantación de procedimientos formalizados de identificación de prioridades y de utilización de criterios explícitos de priorización. Uno de los resultados que más resalta es el carácter minoritario de las CCAA que recurren a métodos explícitos y sistemáticos para el establecimiento de prioridades (58 %).

¿Y la incorporación del costo-efectividad como criterio de priorización? La evaluación económica como criterio de priorización se limita sólo a Canarias, Comunidad Valenciana y Navarra. En los Planes de Andalucía y Aragón aparecen menciones aisladas a la evaluación y el requisito de coste-efectividad de las intervenciones. La «eficiencia» en términos generales se contempla como requisito para poner en práctica las actuaciones, como objetivo u orientación en los planes de Cataluña, Extremadura y País Vasco. Finalmente, el «impacto económico y social» es uno de

los criterios de priorización en Baleares, como lo es el «consumo de recursos» en el caso de Galicia. Sólo Canarias parece haber dado un paso más adelante, por cuanto en su Plan de Salud no sólo se cita la evaluación económica como criterio para priorizar, sino que se elaboran tablas de coste-efectividad.

Conclusión El uso eficiente de los recursos disponibles para la mejora de la salud requiere una planificación basada en criterios explícitos y procedimientos sistemáticos que permita, en primera instancia, identificar necesidades y áreas de actuación prioritarias y, a continuación, seleccionar intervenciones teniendo en cuenta tanto su eficacia y efectividad como su coste, es decir, utilizando los resultados de la evaluación económica como input en el proceso de toma de decisiones asignativas. Es necesario realizar un esfuerzo que permita integrar de manera progresiva la evaluación económica en los procesos de toma de decisiones sobre asistencia sanitaria.

4.3.3. Los criterios utilizados en la salud en México

En 2003 el Congreso mexicano aprueba la reforma de la Ley General de Salud estableciendo el Sistema de Protección Social en Salud [Frenk et al. \(2009\)](#), en los cuales los fondos públicos se verían aumentados en un 1 % del PIB respecto del año anterior, con el fin de garantizar a toda la población un seguro de salud universal. Esto es un gran avance para la población mexicana, ya que antes de esta reforma la mitad de la población no poseía un seguro de salud, en especial las familias pobres que ahora podrán enrolarse en el Seguro Popular. El Seguro Popular es el instrumento de seguro ideado para financiar estos servicios bajo la reforma de Salud. Para fines de financiamiento, los servicios de salud personal se derivan de dos fuentes: un paquete de intervenciones esenciales prestadas en ambulatorios y hospitales generales y financiados a través de un fondo de servicios de salud personal y un paquete de intervenciones especializadas financiadas a través del Fondo de Protección Contra Catastróficos [Fondo para la Protección contra los Desastres Catastróficos, FPGC]. El FPGC, a su vez, cubre un paquete de los servicios que se seleccionan a través de los siguientes criterios:

- Costo
- Efectividad
- Aceptación social.

Hasta la fecha, este fondo financia 18 intervenciones, incluyendo la atención intensiva neonatal y el manejo de cánceres pediátricos, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y VIH / SIDA. La nueva Ley General de Salud estipula que ambos paquetes deben ser ampliados progresivamente y actualizados anualmente. Los cambios en el perfil epidemiológico, la evolución tecnológica y la disponibilidad de recursos describe los recursos asignados al Seguro Popular, incluyendo contribuciones federales, estatales y familiares. El Seguro Popular ofrecerá cobertura a todos los mexicanos que no estén protegidos por ningún otro plan de seguro público: los trabajadores autónomos, los que están fuera del mercado de trabajo y los del sector informal de la economía. Dado que se trata de un plan de seguro público, no se consideran las diferencias en el estado de riesgo para la afiliación, por lo que no hay peligro de que las familias de bajo riesgo sean seleccionadas exclusivamente. La amplia agregación de riesgos también elimina el problema potencial de la selección adversa, lo cual es común cuando la agrupación de riesgos no es lo suficientemente grande. La afiliación al Seguro Popular Es voluntaria, pero la reforma incluye incentivos para ampliar la cobertura. El carácter voluntario del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que ayuda a democratizar el presupuesto introduciendo un elemento de elección. Desalienta la selección adversa y proporciona incentivos no sólo para la cobertura universal, sino también para la buena calidad y eficiencia. Seguro Popular se financian a través: i) en primer lugar mediante una contribución el gobierno federal, ii) e establece una responsabilidad financiera entre los gobiernos federal y estatal para generar las llamadas contribuciones de solidaridad federal y estatal (ya que no hay empleador) iii) La tercera contribución proviene de las familias y está ligada a los ingresos, las familias de los dos décimos más bajos de la distribución del ingreso no contribuyen. Las contribuciones familiares anuales oscilan entre 60 dólares de los Estados Unidos (US \$) para las familias en las tres décimas partes más bajas de la distribución del ingreso a US \$ 950 para las familias en el décimo más alto. El Seguro Popular ha beneficiado a más de 20 millones de su población desde sus inicios. Gracias al Seguro Popular, México está en vías de lograr un seguro de salud universal para el año 2010, según lo estipulado en la ley que puso en marcha la reforma actual.

4.3.4. Caso de Australia

Un estudio realizado en Australia el 2004 señala que [Mitton y Prout \(2004\)](#) debido a la escasez de recursos, los tomadores de decisiones de atención médica deben tomar decisiones sobre qué servicios financiar. Al explorar el potencial para desarrollar un enfoque formal para la fijación de prioridades en el Servicio de Salud del Área del Suroeste (SWAHS) en Australia Occidental,

se lleva a cabo una encuesta cualitativa de los responsables de la toma de decisiones sobre qué servicios financiar y qué no financiar (Auld et al., 2002).

Con el fin de explorar el potencial para desarrollar un enfoque formal para la fijación de prioridades a través de las principales áreas de servicio y comunidades dentro del Servicio de Salud del Área del Sudoeste (SWAHS) en Australia Occidental, se llevó a cabo una encuesta a altos responsables de la toma de decisiones. Los objetivos de esta encuesta fueron obtener información sobre las prácticas organizacionales actuales con respecto al establecimiento de prioridades, identificar a los responsables de las decisiones tanto las fortalezas como las debilidades de la actividad de establecimiento de prioridades hasta la fecha, determinar las áreas de mejora.

El SWAHS es una de las 7 regiones rurales de salud de Australia Occidental tiene un presupuesto de funcionamiento anual de cerca de A \$ 110 millones y sirve a una población de cerca de 130 000.

Con el fin de captar adecuadamente la heterogeneidad de la muestra para este estudio cualitativo, se intentó realizar entrevistas con todos los miembros del equipo directivo superior (Maxwell 1996). En total, 22 de los 27 tomadores de decisiones acordaron participar.

Los resultados obtenidos en este estudio señalan que existen dos principales procesos de establecimiento de prioridades en SWASH

1. Asignación de recursos entre las 16 comunidades y esto es principalmente responsabilidad del EMG.
2. Asignación de recursos dentro de cada comunidad a través de los diversos servicios y programas proporcionados.

Se encontró una discrepancia en relación con la definición de roles para el establecimiento de prioridades, ya que los recursos son repartidos en base a patrones históricos de gastos, es más, más de la mitad de los encuestados declararon que no veían ningún proceso formal para la asignación de recursos.

También se preguntó a los tomadores de decisiones sobre las fuentes de información utilizadas en el establecimiento de prioridades y en los procesos de asignación de recursos. Aproximadamente la mitad de la muestra declaró que la información epidemiológica y la opinión pública se utilizaron en sus procesos, aunque para los segundos esto fue reportado mucho más por HSMs (77 %) que por los EMG (43 %).

Por otra parte se señala que el área más importante de mejorar está relacionada con la nece-

sidad de desarrollar e implementar un enfoque explícito para el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos. Esto incluiría articular un plan claro y difundir ese plan a través de los niveles de la organización. Los encargados de adoptar decisiones también se apresuraron a abogar por una menor influencia política en el establecimiento de prioridades y estuvieron dispuestos a adoptar una visión a más largo plazo del ciclo presupuestario. Los encuestados también señalaron la necesidad de una mayor coordinación intra-organizacional, incluyendo mejor comunicación entre los diferentes niveles de gestión, mayor claridad sobre los roles dentro de la organización y mayor consistencia en los procesos en toda la región. Para avanzar hacia un enfoque explícito para el establecimiento de prioridades, un gran número de encuestados declaró que era necesaria la capacitación del personal, incluida la educación en economía de la salud.

Este artículo es el primero en proporcionar perspectivas a los tomadores de decisiones sobre el establecimiento de prioridades y los procesos de asignación de recursos para una organización de salud australiana. Al inicio de esta investigación, el SWAHS tomó una decisión para examinar el potencial de avanzar hacia un proceso más formal de establecimiento de prioridades a un nivel amplio en todos los programas y comunidades. Como precursor de esto, la encuesta de los encargados de tomar decisiones generó puntos de vista sobre cómo se podrían mejorar los actuales procesos de establecimiento de prioridades y también identificó posibles barreras organizacionales y facilitadores para usar un proceso que podría implicar el desplazamiento de recursos a través de amplias áreas de servicio. Varios temas interesantes surgieron al examinar el establecimiento de prioridades con los tomadores de decisiones en el SWAHS. Por ejemplo, ¿es adecuada la estructura y el tamaño del grupo de manejo para una población de 130 000 habitantes, y el financiamiento para la región. Además, al determinar la mejor manera de avanzar con la fijación de prioridades en el suroeste, la financiación de tratamientos con un uso intensivo de recursos tendría que ser considerada entre demandas competitivas por el limitado presupuesto disponible.

Similar a las autoridades de salud de Canadá y del Reino Unido (Miller & Vale 2001, Mitton & Donaldson 2002), el SWAHS no tiene un proceso formal de establecimiento de prioridades, dependiendo en gran medida de patrones históricos para asignar recursos. Esto es preocupante no sólo desde una perspectiva económica, sino que también los bioeticistas han indicado claramente la necesidad de enfoques transparentes y explícitos para el establecimiento de prioridades de atención de la salud (Gibson, Martin y Singer, 2002). Los puntos de vista de los responsables de la toma de decisiones en el SWAHS estaban en consonancia con esto, articulando el deseo de un enfoque explícito para el establecimiento de prioridades, así como la necesidad de mejorar la comunicación

y la claridad de roles, particularmente entre los diferentes niveles de la organización; Influencia política en la toma de decisiones. Los directivos del SWAHS indicaron que la mejor manera de involucrar a los miembros del público en el establecimiento de prioridades es a través de la interacción informal. Este hallazgo sugiere que se requiere una cuidadosa consideración antes de gastar recursos en el desarrollo de "consejos comunitarios" u otros mecanismos más burocráticos para obtener la opinión pública.

Una barrera identificada para el SWAHS fue la "economía de las pequeñas ciudades". Como es bien sabido, los hospitales son un motor económico clave en las zonas rurales y de alguna manera se oponen a pasar de un enfoque agudo a una auténtica prestación de servicios basada en la comunidad. Dicho esto, sólo porque hay un hospital no significa que el enfoque de atención tiene que ser en servicios agudos. Por lo tanto, lo que es probable que se requiere es un cambio de paradigma en el que las partes interesadas reconocen los modelos cambiantes para apoyar el bienestar en lugar de centrarse en curar la enfermedad. A favor de hacer que el cambio ocurra, se ha argumentado que la noción de un "compromiso creíble" de la organización es un aspecto clave de la institución de procesos explícitos de establecimiento de prioridades en el cuidado de la salud (enero de 2002). El desarrollo de incentivos para apoyar el establecimiento de prioridades de atención de salud es un área que requiere más estudio.

El deseo de un proceso explícito y sistemático para el establecimiento de prioridades en el SWAHS es claro, e pueden usar diversos enfoques económicos y no económicos para ayudar en el establecimiento de prioridades, como la evaluación de las necesidades, los servicios básicos y las tablas de calificaciones del Año de Vida Ajustada a la Calidad (QALY). Sin embargo, cada uno de ellos ha sido criticado y, a los efectos del establecimiento de prioridades, ha tenido un éxito limitado en la práctica (Maynard & Bloor 1998, Mitton & Donaldson 2003). Un enfoque que se ha utilizado en otras organizaciones de salud australianas con cierto éxito es un marco conocido como presupuesto por programas y análisis marginal (PBMA) (Viney, Haas y Mooney, Ashton, Cumming y Devlin, 2000; Astley y Wake-Dyster, 2001). Al final, la adopción de un enfoque formal para el establecimiento de prioridades resultaría en una mayor transparencia y estandarización de dicha actividad en el SWAHS. También habría menos probabilidad de interferencia política debido a la explicitación del proceso y una oportunidad de participación pública tanto en la generación de criterios o principios como en la provisión de información sobre determinantes más amplios.

4.3.5. El Caso de Canada

En un estudio realizada en Canadá [Mitton y Donaldson \(2002\)](#) señalan que la mayoría de las provincias han transferido la responsabilidad de la atención sanitaria a las autoridades sanitarias regionales (RRS). Estas regiones son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población dada y tienen el mandato específico de establecer prioridades y asignar recursos en consecuencia. Sólo ciertos servicios de toda la provincia, como la cardiología y la nefrología, también reciben financiación directa de las provincias y se administran a través de las RRS. En la provincia de Alberta, donde se realizó la encuesta actual, las poblaciones atendidas por las 17 RRS varían en tamaño de 25,000 a casi un millón. Los miembros de la junta de la RHA están actualmente designados y están formados por miembros de la comunidad con diferentes niveles de experiencia en el cuidado de la salud. A pesar de que las autoridades sanitarias regionales tienen el mandato de establecer prioridades, una encuesta reciente de Canadá de miembros de la junta RHA reportado una falta general de habilidades de establecimiento de prioridades [1]. Curiosamente, si bien los valiosos esfuerzos de investigación en Canadá han examinado el uso de fórmulas en la asignación de recursos de las provincias a las RRS [2], poco trabajo se ha realizado sobre la fijación de prioridades y la asignación de recursos dentro de las regiones sanitarias. Además, si bien el debate sobre el establecimiento de prioridades dentro de las regiones sanitarias no es nuevo internacionalmente, pocos estudios han examinado en detalle los mecanismos existentes utilizados en el proceso de establecimiento de prioridades [5, 6]. Es poco probable que los patrones históricos de asignación maximicen los beneficios para un determinado conjunto de recursos. Por esta razón, es importante determinar cómo mejorar la prioridad dentro de las regiones sanitarias. El análisis costo-beneficio ha sido sostenido, por lo menos por académicos, como el estándar oro para informar el proceso de toma de decisiones; Sin embargo, la evaluación económica no ha tenido una gran influencia sobre los tomadores de decisiones en general. Es importante destacar que no se han obtenido ideas de los tomadores de decisiones para avanzar en la tarea de establecimiento de prioridades y, como tal, puede ser una fuente de información valiosa, pero hasta la fecha, sin explotar.

En este estudio se utilizó una entrevista descriptiva, cara a cara, la encuesta se realizó en tres regiones de salud en el sur de Alberta, Canadá: Calgary Regional Health Authority (CRHA); Región Salud de Chinook (CHR); Y la Autoridad de Salud de Headwaters (HHA). Estas regiones fueron elegidas porque son representativas de tres niveles geopolíticos distintos en Alberta.

CRHA El proceso de fijación de prioridades en la CRHA es, en mayor o menor medida, iterativo, por el cual las cuestiones clave son planteadas por los administradores a sus respectivos vicepresidentes, quienes luego discuten los temas prioritarios potenciales en el nivel ejecutivo superior, no es un proceso excesivamente refinado. Generalmente, los administradores comprenden su papel en el proceso de establecimiento de prioridades como aquéllos en los que se les requiere establecer prioridades dentro de sus propios programas y, además, abogar por recursos adicionales a nivel regional más amplio. En contraste, casi todos los jefes de departamento clínicos ven su papel en el establecimiento de prioridades como casi exclusivamente dentro de sus propios departamentos. Tanto los administradores como los jefes de los departamentos clínicos usan principalmente información o información específica de la RHA cuando desarrollan prioridades a corto plazo. Esto incluiría: datos de acceso o de funcionamiento, tales como tiempos de espera, puntos de presión y áreas de demanda de pacientes; Información sobre capacidad de servicio, como datos de utilización, análisis de tendencias y servicios prestados; reportes financieros; Y otros informes, como las evaluaciones de necesidades y los datos sobre prevalencia. Por el contrario, los jefes de los departamentos clínicos se basan más en las proyecciones de tendencias, en particular en la demografía y la utilización potencial para el establecimiento de prioridades a más largo plazo. En cuanto a la asignación real de recursos entre los programas dentro de la región sanitaria, la mayoría de los encuestados declaró que esto ocurre sobre la base de tendencias históricas, con pequeños ajustes para la predicción demográfica. También se discutieron los puntos fuertes específicos con los participantes, casi la mitad de los administradores indicando que el "proceso" permite un enfoque regional en las prioridades, en particular porque están vinculadas a la planificación estratégica y que se intenta utilizar los resultados disponibles y los datos financieros.

CHR Al igual que la CRHA, en la CDH, el proceso de establecer prioridades es aquel en el cual el programa y los directores médicos desarrollan propuestas que luego son sometidas a discusión en el Consejo Coordinador, que incluye a esos directores y vicepresidentes respectivos. Además de este proceso macro o regional de fijación de prioridades, los directores también son responsables de establecer prioridades para sus propios programas. En general, el diseño actual o la reasignación de servicios generalmente no ocurren; Más bien, los directores abogan por "mejoras" para agregar servicios a la mezcla existente. La mayoría de los encuestados informaron que usan los datos de utilización, incluidos los niveles de actividad y las cargas de trabajo, como su principal fuente de información al establecer prioridades a corto plazo (es decir, un año). Además, más de la

mitad de los encuestados aprovechan la información anecdótica del personal y los médicos. Para las prioridades a largo plazo, similares a Calgary, las proyecciones demográficas fueron las más utilizadas, así como los requisitos de las políticas provinciales o nacionales. Se consideró que las principales prioridades generalmente reciben consideración a nivel de programa, que los directores de los programas son buenos en lo que hacen y que los médicos cuentan con temas prioritarios.

HHA En la HHA, la mayoría de los encuestados indicó que además de la fijación de prioridades específicas dentro de su cartera, también existe un proceso participativo en el cual se pueden presentar "mejoras" potenciales en el cuadro regional más amplio. La retroalimentación indica que es un proceso bastante abierto en el que los diversos directores y líderes ejecutivos generalmente conocen las necesidades de cada uno y las asignaciones específicas. Varios encuestados también discutieron un modelo de asignación de fondos, elaborado por el Director de Finanzas, que utiliza indicadores (por ejemplo, el tamaño de la población) para obtener una plantilla básica de financiación para un año determinado. En el corto plazo, la mayoría de los encuestados declaró que las prioridades en la HHA se informan principalmente a través de archivos de datos específicos generados dentro de la región. Esto incluiría archivos de utilización, indicadores de salud de la población e información financiera. Informes anecdóticos de personal y médicos, así como el proceso de planificación estratégica, fueron declarados utilizados por aproximadamente una cuarta parte de los encuestados. En cuanto al proceso de fijación de prioridades a más largo plazo, casi la mitad de los encuestados declaró que el plan de negocios y / o las orientaciones estratégicas tenían una gran influencia. En términos de asignación de recursos, dos tercios de los encuestados declararon que se trataba en gran medida de un proceso histórico, con mejoras menores año por año. Dentro de los programas, la mitad de los encuestados declaró que la asignación a este nivel se basa principalmente en necesidades operacionales específicas y / o objetivos de actividad, como la gestión de volúmenes particulares de pacientes. Las principales fortalezas destacadas por los encuestados en la HHA incluyen una comunicación positiva entre los programas a nivel regional y que los administradores de programas están facultados para usar su propia discreción al asignar recursos a ese nivel. Además, varias respuestas indican que el "proceso" es predecible, que las expectativas son claras y que la calidad de la información sigue mejorando en la región.

Por otra parte cuando se le explica a los encuestados la posibilidad de utilizar el presupuesto por programas y el análisis marginal (PBMA) en estas regiones sanitarias declararon que la PBMA sería una herramienta útil para ayudar en el proceso de establecimiento de prioridades en las res-

pectivas regiones, pero se señala que esto puede haber sido un resultado sesgado, en parte porque los investigadores habían presentado los méritos de la PBMA a los tomadores de decisiones y en parte debido al hecho de que en general no se conocían otras herramientas para establecer prioridades. Como tal, el número de encuestados que favorecieron a la PBMA es menos importante que los comentarios generalizados que reconocieron a la PBMA como una herramienta realista y pragmática que podría ayudar a traer evidencia a la mesa (a menudo política).

Finalmente se concluye que En primer lugar, en principio, el sistema regionalizado en Canadá permite establecer prioridades y permite asignar recursos. Sin embargo, debe plantearse la cuestión de la calidad de las decisiones; En este sentido, las respuestas de los expertos (es decir, los propios encargados de la toma de decisiones) en esta encuesta fueron bastante ambiguas, probablemente debido en parte a la falta de medidas significativas para comparar diversas actividades de atención de la salud e informar las decisiones políticas. En segundo lugar, el personal de la RHA preferiría claramente tener un proceso más explícito y basado en pruebas que pudiera basarse en el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos y por último encontraron el PMBA como una herramienta útil para ayudar en el proceso de establecimiento de necesidades

4.3.6. El Caso de Corea

El establecimiento de prioridades en la asignación de recursos para la atención de la salud se ha convertido en un importante problema de política en Corea [Kang y Reich \(2014\)](#), que refleja cambios críticos en el contexto de las políticas. El programa de NHI en Corea comenzó como un sistema de bajo costo y en su primer período la prioridad de la salud era principalmente tomar decisiones que expandieran la cobertura, es decir, seleccionar nuevos servicios y tratamientos para ser incluidos en el paquete de beneficios del NHI. Sin embargo, con la creciente presión del rápido aumento del gasto en salud, la fijación de prioridades se ha vuelto más difícil encontrar un equilibrio entre las demandas de una expansión de los beneficios y los esfuerzos para sostener la viabilidad económica del sistema.

La literatura de ciencias políticas sobre el comportamiento del Congreso demuestra que los actores políticos a menudo eligen si se comprometen en reclamar créditos o evitar la culpa basándose en un análisis de costo-beneficio político. Reclamar crédito se refiere a la estrategia de un político para poner "un giro positivo en su desempeño" por "buenas noticias" como una economía mejor, el pleno empleo o la reducción de las tasas de criminalidad.. Dado que el vínculo entre una decisión política y una "buena noticia" no siempre es claramente trazable, los legisladores se esfuerzan por

demostrar el vínculo al enfatizar su participación en la creación de resultados políticamente exitosos. Por el contrario, cuando se percibe que una decisión impone pérdidas concretas y grandes a un grupo concentrado de beneficiarios a cambio de ganancias difusas e inciertas para muchos, los responsables políticos frecuentemente se preocupan por evitar la culpa por los costos. Los esfuerzos por la culpabilidad son especialmente importantes cuando la decisión implica recortes a los programas que ya existen y son financiados, ya que estos casos crean riesgos políticos considerables. Debido al "sesgo negativo", las personas reaccionan más intensamente a las pérdidas que a las ganancias equivalentes. Por estas razones, la fijación de prioridades para la reducción (reducción de los recursos, incluida la contención de los costos) se convierte a menudo en un ejercicio de eliminación de culpas. Los funcionarios electos que se enfrentan con decisiones de reducción de personal a menudo buscan acciones que pueden protegerlos de la culpa o pueden prevenir, desviar y retrasar la culpa.

El Seguro Nacional de Salud de Corea NHI es un sistema de seguro social obligatorio que comenzó en 1977 y alcanzó la cobertura universal de toda la población en 1989. Sin embargo, incluso con cobertura universal y rápido desarrollo económico, la parte de Corea del PIB gastada en atención de salud se mantuvo en sólo 7.1 % que fue uno de los más bajos de los países de la OCDE. Una característica clave del financiamiento de la salud de Corea es la baja proporción de fondos públicos. A pesar de un aumento sostenido durante la última década (del 38 % del gasto total en salud en 1990 al 53,9 % en 2007), la proporción del gasto público en salud sigue siendo muy inferior al promedio de la OCDE del 7,3 %. Para que Corea lograra una cobertura de seguro de salud universal en un período notablemente corto de 12 años al mismo tiempo que restringía el gasto público, el gobierno adoptó una política de cobertura limitada de beneficios bajo el esquema de NHI y alto copago de pacientes en el punto de servicio. Como resultado de esta decisión, la atención sanitaria coreana se convirtió en un "sistema universal de seguro de salud" con una cobertura limitada de servicios y un acceso desigual por parte de los beneficiarios. Por lo tanto, los pacientes de Corea recibieron cobertura de seguro universal pero seguían expuestos a un alto nivel de riesgo financiero. Como resultado, el NHI sólo tenía una capacidad limitada para proteger a las personas de la vulnerabilidad financiera cuando se enfermaron. Por otra parte un informe sobre el sistema sanitario coreano elaborado por la OCDE señaló que el fortalecimiento de la protección contra el riesgo financiero de las enfermedades catastróficas era una de las tareas más urgentes a abordar. Al mismo tiempo, Corea obtuvo un superávit fiscal en 2003, que alentó a los encargados de formular políticas a apoyar la ampliación del paquete de prestaciones. ¿Cuánto y cómo ampliar el paquete

de beneficios del Seguro Nacional de Salud se convirtió en un importante asunto de política.

En la mayoría de los países, el concepto de establecimiento de prioridades se ha utilizado para significar racionamiento en la asignación de recursos para la atención de la salud y ha consistido en crear una lista de exclusiones que no serán cubiertas por fondos públicos. Para el Seguro Nacional de Salud de Corea, sin embargo, el establecimiento de prioridades comenzó como un proceso para expandir -en lugar de restringir- la cobertura de los beneficios. El concepto de "establecimiento de prioridades" para la salud se convirtió entonces en un punto importante de la agenda de los debates políticos de Corea en el contexto de la expansión de los beneficios. Posteriormente, el Gobierno anunció la Hoja de Ruta 2005, que mostró su plan de ampliar el porcentaje de gasto de salud cubierto por el seguro de salud del 6,1 % en 2004 a 6,5 % en 2005, y luego aumentar gradualmente esa cantidad a 7,2 % en 2008. El proceso de la Hoja de Ruta explícitamente buscó expandir tanto los servicios como los grupos de población cubiertos por el seguro público. El establecimiento de prioridades del gobierno para la expansión de los beneficios se produjo a lo largo de dos dimensiones

1. Como un enfoque basado en los costos
2. Un enfoque basado en la enfermedad o el tratamiento

El enfoque basado en los costos seleccionó las intervenciones de política que reducirían los costos de bolsillo pagados por los pacientes. Dos ejemplos son las decisiones del gobierno para ampliar el reembolso de los costos de la cama privada y para reducir el techo para el pago directo del paciente. Otro ejemplo destacado fue el plan para reembolsar el 80 % de los costos de la comida en el hospital, de modo que los pacientes pagarían sólo el 20 % de los gastos de comida durante la hospitalización. Basado en encuestas y consultas con profesionales médicos y la comunidad académica, el gobierno eligió enfermedades catastróficas para una mejor cobertura de seguro, para ampliar la cobertura del 45 % al 75 % de los costos totales. Se seleccionaron tres enfermedades (cáncer, enfermedad cardíaca y enfermedad cerebrovascular) para su expansión prioritaria. Según el plan, el número de enfermedades catastróficas cubiertas aumentaría a diez enfermedades en 2008.

La burocracia gubernamental también ha tomado un papel prominente en la reclamación de crédito para las decisiones sobre la expansión de los beneficios en el seguro de salud. El MOHW, por ejemplo, ha asumido con frecuencia un papel de liderazgo al anunciar decisiones prioritarias que amplían los beneficios. El Comité de Deliberación de Políticas de Seguro de Salud fue esta-

blecido en 2002 bajo el Ministerio para abordar las principales cuestiones de gestión relacionadas con el NHI, especialmente en la fijación del paquete de beneficios y los costos de tratamiento en el programa de tarifas. En la mayoría de las situaciones, sin embargo, este comité ha tenido muy poca visibilidad pública. Al anunciar las decisiones que amplían el paquete de beneficios, se ha hecho hincapié en la voz del Ministerio y no en la del comité. Por ejemplo, al anunciar cambios en el paquete de beneficios, un funcionario del Ministerio presentó la decisión, en lugar de un representante del comité, como si las decisiones fueran tomadas por el Ministerio en lugar del comité.

Alguno de los 13 criterios que usa Corea para priorizar las enfermedades que cubre el NHI son:

1. Carga económica para el paciente
2. Urgencia de la enfermedad
3. Gravedad de la enfermedad
4. Efectividad del tratamiento
5. Receptividad del público
6. Rentabilidad
7. Número de personas con la enfermedad

Este contexto normativo en Corea permitió que las decisiones ampliaran los beneficios del seguro de salud para ser discutidas y aprobadas sin esfuerzos extensivos para recopilar evidencia científica, predecir los impactos de políticas o sopesar alternativas que podrían mitigar futuras presiones financieras. Las decisiones de la MOHW de ampliar el paquete de beneficios del NHI desde el año 2005 fueron bien recibidas sin mucha resistencia política.

Finalmente al autor señala que en Corea se está convirtiendo en una cuestión cada vez más importante encontrar maneras sistemáticas y transparentes de establecer prioridades para los limitados recursos públicos. Hay nuevas solicitudes agresivas de un proceso para asegurar la transparencia de las decisiones para los usuarios actuales y los pacientes. Como ha sucedido en otros países, el reto ahora es cómo realinear y reestructurar el proceso de establecimiento de prioridades en un sistema más claro y explícito para que los futuros esfuerzos de expansión puedan ser sostenibles. En lugar de influir entre estrategias políticas de eliminación de culpas y reclamaciones de créditos basadas en análisis de costo-beneficio político, los encargados de formular políticas en Corea deberían esforzarse más en el desarrollo de procesos y principios transparentes y sistemáticos que puedan

cumplir ambos objetivos simultáneamente. Hacer esta transición plantea desafíos considerables, como lo demuestra el debate sobre la fijación de prioridades para la política de salud en Corea en la actualidad.

4.3.7. Caso de Corea del Sur e Israel

Un estudio realizado por la Revista Health Policy [Factor y Kang \(2014\)](#) señala que los escasos recursos de las naciones y los proveedores de atención de la salud, junto con el rápido desarrollo de costosas nuevas tecnologías de atención de la salud, hacen que la fijación de prioridades en los sistemas de atención de salud es inevitable. La búsqueda de vías para racionar y establecer prioridades para los limitados recursos públicos, a la vez que el proceso es más sistemático y transparente, se ha convertido así en una agenda política crítica en muchos países. En todos los países parece haber diferencias en la comprensión, la confianza y la satisfacción del público en sus procesos de establecimiento de prioridades. Por ejemplo, los estudios de Israel han encontrado una gran confianza en los procedimientos de establecimiento de prioridades del país, con más de dos tercios del público en general que dicen tener confianza o algo de confianza en el sistema e incluso mayores niveles de apoyo entre los médicos. En general, los israelíes no sienten que el público debería tener más opinión sobre la inclusión de nuevas tecnologías en la canasta de servicios de salud ofrecida a los ciudadanos bajo el sistema nacional de seguro de salud del país, y se sienten cómodos al no tener una mayor voz en las cuestiones éticas pertinentes. En Corea del Sur, sin embargo, es más probable que el público manifieste su deseo de participar en la asignación de recursos para la atención médica. En un estudio coreano realizado en 2005, el 62,1 % de los encuestados dijo que esas decisiones deberían tomarse en consulta con el público o con los representantes de los pacientes.

El presente estudio tiene como objetivo explorar las formas en que los mecanismos de priorización se presentan al público a través de los medios de comunicación en Israel y Corea del Sur. Los dos países tenían PIB per cápita (PPA) similar en 2011 (\$ 28,809 en Israel y \$ 29,786 en Corea del Sur) y tienen niveles similares de alfabetización. A pesar de estas similitudes, y particularmente las historias similares de sus sistemas de seguro de salud, Corea del Sur e Israel difieren en los aspectos clave de sus procedimientos de establecimiento de prioridades, así como los niveles de satisfacción del público con la toma de decisiones de atención de salud.

Los sistema de salud e Israel y Corea del Sur El sistema de salud israelí es un sistema mixto con componentes públicos y privados. El sistema de seguro social financiado con fondos

públicos proporciona cobertura de seguro médico obligatorio y universal a sus ciudadanos. Según lo estipulado en la Carta de Servicios de Salud de la Ley del Seguro Nacional de Salud (NHI) de 1995, los servicios básicos se financian mediante un impuesto pagado por cada ciudadano adulto (actualmente 4,8 % de los ingresos del individuo) Contribuciones. La ley especifica un paquete de beneficios uniformes - la Lista Nacional de Servicios de Salud o la Cesta de Servicios de Salud (HSB) - que proporciona cobertura para la atención básica, entregada a través de cuatro fondos sin ánimo de lucro. Además, los cuatro fondos de enfermedad están autorizados a vender a los miembros la cobertura complementaria de los servicios no incluidos en la canasta básica, y las compañías de seguros privadas pueden ofrecer un seguro que cubre tanto los servicios básicos como los adicionales. Al igual que Israel, Corea tiene un sistema obligatorio de seguro social que proporciona cobertura de seguro de salud universal a sus ciudadanos, quienes pagan una contribución obligatoria. El régimen se financia con las contribuciones de los empleadores, de los trabajadores por cuenta propia y de los subsidios gubernamentales. A partir de 2012, los empleados contribuyen con el 5,80 % de su salario o salario, la misma cantidad aportada por el empleador. Para las personas que trabajan por cuenta propia, las contribuciones se calculan en función de varios factores, incluidos los ingresos, los bienes, la edad y el sexo del propietario. Uno de los rasgos distintivos del sistema de salud coreano que puede ser relevante para las decisiones de establecimiento de prioridades es el predominio del sector privado en la prestación de servicios de atención de salud. En caso de enfermedad o lesión, el asegurado y sus dependientes tienen derecho a las prestaciones del seguro de salud, que consisten en prestaciones en especie y en efectivo. El paquete de beneficios es el mismo para todos los grupos de población.

Israel La ley nacional de seguro de salud de Israel establece dos mecanismos para ajustar la canasta de servicios de salud.

1. La primera es una actualización anual automática del costo total de la HSB basada en varios índices económicos y sociales, incluyendo un índice de:
 - a) costos de salud,
 - b) cifras de crecimiento de la población
 - c) tasas de envejecimiento.
2. El segundo otorga al parlamento el derecho de añadir elementos al HSB a condición de que el gobierno disponga de un presupuesto suficiente.

El proceso de actualización de la HSB se inició a finales de 1998, con la creación de un Comité Consultivo Nacional encargado de considerar la incorporación de nuevos servicios. El comité tiene alrededor de 20 miembros (el número exacto varía de año a año) que son nombrados por los Ministros de Salud y Finanzas; Incluyen representantes del Ministerio de Salud y Finanzas; Médicos de los cuatro fondos de enfermedad y hospitales públicos; Otros miembros de la Asociación Médica Israelí; Economistas de la salud; Y profesionales de las áreas de medicina, ética y ciencias sociales. Cuando llega el momento de actualizar el HSB, cada nuevo medicamento o tecnología potencial se evalúa desde muchas perspectivas: clínica, epidemiológica, económica, social, legal y ética. Las etapas iniciales de evaluación implican varias capas de análisis por parte del Ministerio de Salud; Las conclusiones del Ministerio se entregan luego al comité para su revisión y toma de decisiones. Las etapas del proceso son las siguientes: (1) Las tecnologías propuestas son presentadas al Ministerio de Salud por diversas partes interesadas, como el público, los médicos, el personal médico, los administradores, las asociaciones profesionales y las empresas. (2) Se crea una lista de las nuevas tecnologías propuestas. (3) Esta lista se somete a una evaluación inicial por parte de la Administración de Tecnologías Médicas, una dependencia del Ministerio de Salud. (4) Las tecnologías que pasaron la evaluación inicial se someten a una evaluación integral (clínica, epidemiológica y económica). Esta etapa incluye una amplia recopilación de datos y consultas con la Asociación Médica Israelí. (5) El Foro de Tecnologías Médicas, presidido por el director de la Administración de Tecnologías Médicas, prepara una lista de tecnologías recomendadas, divididas en tres categorías principales. Estas recomendaciones se presentan al Comité Asesor Nacional para que sirvan de material de referencia para sus debates. (6) El comité toma sus decisiones. Finalmente, (7) las decisiones son sometidas al gobierno para su aprobación. La gran mayoría de las decisiones del comité se alcanzan usando un proceso de consenso, por lo que la mayoría de las decisiones se toman por unanimidad. Sólo una vez se ha pedido a los miembros del comité que voten.

Corea del Sur En virtud de la Ley de Seguro de Salud Nacional de 1997, los beneficios de atención de salud son establecidos por el Comité de Deliberación de Política de Seguros de Salud (en adelante "Comité de Deliberación"). El Comité de Deliberación consta de 24 miembros, más el Viceministro de Salud y Bienestar Social, que sirve como presidente del comité. Los 24 miembros del comité son seleccionados para equilibrar los intereses de las principales partes interesadas y están divididos por igual entre tres categorías: compradores y beneficiarios (por ejemplo, emplea-

dos, empleadores, agricultores y consumidores); Los sectores médico y farmacéutico; (Ministerio de Salud y Bienestar Social), el Ministerio de Estrategia y Finanzas, la Corporación Nacional de Seguros de Salud y el Servicio de Revisión y Evaluación de Seguros de Salud (HIRA), junto con expertos académicos. Los representantes son seleccionados por la asociación o ministerio de consumidores, profesionales o profesionales y designados por el MOHW por un período de tres años. El comité se reúne cuando se presentan temas importantes del programa, en lugar de hacerlo periódicamente. Las reuniones no están abiertas al público. Cabe destacar que las etapas para tomar decisiones de cobertura de beneficios difieren de las de Israel en que el Comité de Deliberación se limita en la práctica a la aprobación de decisiones hechas por el MOHW. Las etapas típicas son las siguientes: (1) las compañías envían nuevos medicamentos o tecnologías al HIRA para su inclusión en el paquete de beneficios; (2) la aplicación es revisada por personal interno y expertos externos; (3) el Comité de Evaluación de Reembolso de Medicamentos (DREC) hace una recomendación; (4) el NHIC negocia el precio de los medicamentos o tecnologías recomendados; (5) el Comité de Deliberación confirma la recomendación; Y (6) el MOHW anuncia la decisión.

4.3.8. Caso de Nueva Zelanda

A lo largo de la segunda mitad de los años ochenta, se implementó en Nueva Zelanda un programa de reforma económica radical orientada al mercado. En el sector privado, las políticas incluían la liberación de los mercados laborales y de capitales, la supresión de las subvenciones a los productores y las restricciones a la importación, y la desregulación de la industria. Fue en este contexto político que el sistema de salud pública de Nueva Zelanda fue reestructurado en 1993. Las características centrales de estas "reformas de salud" se explicaron en el paper "Public purchasing and private priorities for healthcare in New Zealand" [Howden-Chapman y Ashton \(2000\)](#), como los cambios pronto se conocieron fueron: La separación de las funciones de comprador y proveedor de servicios secundarios y la separación de las responsabilidades ministeriales de los compradores y proveedores públicos; La agrupación de fondos para todos los servicios de salud personal y de discapacidad en un único presupuesto unificado; El establecimiento de cuatro autoridades sanitarias regionales (RRS) cuya responsabilidad era comprar todos los servicios de salud personales para las personas que viven en sus regiones; El establecimiento de una agencia separada, la Comisión de Salud Pública (PHC), para comprar servicios de salud pública (es decir, basados en la población); La reconfiguración de los hospitales públicos en empresas de salud de la Corona más "similares a negocios". Si bien la financiación tributaria se mantuvo como la forma dominante de ingresos,

los subsidios parciales para las consultas de medicina general y los productos farmacéuticos se dirigieron a los grupos de bajos ingresos.

A finales de 1996, el Ministerio de Salud podía encontrar pocas pruebas de mejoras en el desempeño del sector salud después de las reformas: El desempeño del sector salud en los últimos tres años ha sido decepcionante en varias áreas: los costos no se han restringido en línea con Crecimiento previsto del financiamiento; y sólo se espera alcanzar el 35 % de los objetivos de salud público, fue en este contexto volátil, este documento discute algunas cuestiones clave que han seguido siendo motivo de preocupación. En primer lugar, los métodos de fijación de prioridades y, en segundo lugar, la creciente influencia del sector privado en el sistema de salud pública en un régimen de contratación competitiva.

Un componente clave de las reformas de 1993 fue el establecimiento del Comité Asesor Nacional de Servicios Esenciales de Salud y Discapacidad. El papel de este Comité, que desde entonces ha sido renombrado Comité Asesor Nacional de Salud y Discapacidad y ahora es conocido como el Comité Nacional de Salud (NHC), es asesorar al Ministro de Salud sobre los tipos y prioridades relativas de salud y Servicios de apoyo a la discapacidad que deberían ser financiados con fondos públicos. La expectativa inicial era que el Comité desarrollara algún tipo de lista que indicara qué servicios los compradores deberían o no comprar con los fondos públicos que les fueron asignados. Sin embargo, el Comité llegó muy pronto a la conclusión de que su enfoque preferido para establecer prioridades era desarrollar métodos para determinar la elegibilidad de los pacientes para los servicios, en lugar de determinar qué servicios serían financiados por el gobierno y cuáles no.

Una iniciativa importante de la NHC ha sido el establecimiento de criterios de prioridad para determinar la elegibilidad de los pacientes (Criterio de prioridad a los clientes) para los procedimientos quirúrgicos no urgentes. Los pacientes se califican de acuerdo con un conjunto de criterios clínicos y sociales diseñados para determinar la necesidad relativa y la capacidad de beneficiarse del tratamiento. Si el número de puntos obtenidos es superior a un nivel umbral preestablecido, el paciente es reservado para tratamiento en una fecha dada. Si se obtienen puntos insuficientes, el paciente es devuelto a su médico general (GP) para su manejo. Esta gente debe entonces esperar hasta que su condición se deteriore más lejos antes de que se vuelvan a evaluar. Los principales objetivos del sistema son asegurar que los más necesitados tengan prioridad, eliminar las inequidades regionales en el acceso y tomar decisiones clínicas más sistemáticas y transparentes. Sin embargo, los umbrales de corte están basados en la financiación, es decir, se han establecido de acuerdo con el número estimado de pacientes que pueden ser tratados con los fondos disponibles

La sustitución en 1998 de las cuatro RRS por un único comprador, el HFA, puso de relieve algunas de las desigualdades regionales en la prestación de servicios y reabrió así la cuestión de cómo podrían establecerse las prioridades de los servicios (criterio de prioridad a los servicios). El HFA decidió abordar esta tarea por sí mismo mediante el desarrollo de una metodología explícita para el establecimiento de prioridades de servicio. La metodología propuesta se centra en torno a cinco principios:

1. eficacia
2. costo
3. equidad de resultados
4. salud maorí
5. aceptabilidad.

Utiliza un marco conocido como análisis marginal del presupuesto por programas (PBMA) que examina si un cambio marginal en el gasto de un servicio (por ejemplo, un aumento de \$ 1 millón) sería efectivo, equitativo y aceptable en relación con su costo de oportunidad De no gastar el dinero en otro servicio. Con el fin de evaluar el impacto marginal de cualquier cambio en los recursos, es necesario comparar los resultados obtenidos o perdidos en cada servicio. El HFA ha propuesto que, siempre que sea posible, la eficacia de los servicios se evalúe en función de la moneda común de los años de vida ajustados a la calidad (QALYs). En la práctica, sin embargo, parece probable que la eficacia de la mayoría de los servicios se evalúe con referencia a cualquier información cuantitativa o cualitativa disponible. No está claro cómo se evaluará la equidad, la aceptabilidad y el impacto en la salud maorí, aunque se buscará información y opinión de los proveedores y del público. Aunque supuestamente sistemático y explícito, el método deja mucho espacio para la evaluación subjetiva. También hay muchas dificultades potenciales para estimar el costo marginal de los servicios. Los costos marginales varían dependiendo de factores tales como el tamaño de las unidades proveedoras, la disponibilidad de capacidad sobrante y el potencial para capturar economías de escala o de alcance. Los costos de un determinado tipo de servicio o procedimiento también pueden variar según las regiones o según la edad de un proyecto si los costos iniciales son altos. En términos más generales, existe el peligro de que cualquier información cuantitativa pueda ensombrecer cualquier información cualitativa o que los servicios donde hay mucha información son sistemáticamente preferidos sobre aquellos en los que hay poca información.

La implementación del proceso también plantea muchas preguntas. Estos incluyen quién debe ser consultado y cómo; Cómo se obtendrá e interpretará la información; Cómo se pueden mantener los costos del proceso en un nivel razonable; Y cómo asegurarse de que los cambios de servicio que son indicados por el proceso pueden ser implementados y en realidad se implementan. Sin embargo, todas ellas son cuestiones de detalle y no de fondo. La cuestión clave es si es probable que la metodología propuesta produzca una asignación de recursos más sabia y equitativa que en la actualidad. El enfoque general de establecer prioridades centrándose en la rentabilidad marginal del uso de los recursos tiene un mérito considerable en principio. Aunque abierto a la interpretación, el uso de un proceso más sistemático debería reducir el grado en que el proceso de toma de decisiones está expuesto a la presión política y al cabildeo por grupos de interés. Después de las elecciones generales de noviembre de 1999, el Ministerio de Salud, en su informe al nuevo Ministro, recomendó que se perfeccionaran los instrumentos de priorización que se han desarrollado hasta la fecha. Esto incluye los sistemas de reservas, así como el método para priorizar las decisiones de compra. Queda por ver cuál será la capacidad organizativa del Ministerio de Salud para ejecutar un sistema tan complejo de manera efectiva, en particular cuando ha habido una historia de interferencia política en las decisiones de asignación de recursos.

Una característica común de las dos iniciativas de establecimiento de prioridades (criterio de prioridad paciente y servicio) descritas es el cambio en el lugar del poder lejos de la interfaz paciente-clínico, respaldando la cadena de tomadores de decisiones. La responsabilidad de tomar las decisiones difíciles se difunde de forma más amplia y puede incluir a los burócratas y analistas, gerentes y al público en general, así como a los profesionales de la salud ya sus pacientes. Si bien un proceso democrático más explícito parece apropiado en un sistema de salud financiado con fondos públicos, existe claramente el peligro de que las líneas de rendición de cuentas a los pacientes se vuelvan borrosas. Será importante documentar cómo las decisiones particulares sobre quién tratar y cómo se monitorean y documentan. Una tercera lección se refiere a la implementación de la política. En ambos ejemplos, parece haberse dado escasa consideración a los procesos de implementación, o al tiempo y recursos que estos procesos pudieran implicar. La credibilidad de las políticas y los responsables de la formulación de políticas puede muy pronto verse socavada si la implementación se ve obstaculizada por factores como la mala planificación, la falta de recursos o la falta de preparación para posibles objeciones -o incluso sabotaje- por grupos de interés. Si bien la contratación ha abierto oportunidades para nuevos proveedores y nuevos estilos de prestación de servicios, también ha dado lugar a brechas crecientes en servicios menos rentables como la

salud mental y las diferencias regionales y urbano-rurales exacerbadas en el acceso a los servicios . Finalmente señala que un patrón de creciente desigualdad de ingresos y de cifras de mortalidad y morbilidad deficientes, conlleva importantes riesgos para la salud pública..

4.3.9. Caso de Finlandia

El sistema sanitario finlandés incluye dos mecanismos financieros principales. Las prioridades incluidas en estos mecanismos difieren. Un estudio publicado en el Health Policy [Rissanen y Häkkinen \(1999\)](#) señala que alrededor del 70 % del gasto sanitario se destina a los servicios de salud prestados por los gobiernos locales, los municipios. Parcialmente complementario y parcialmente complementario a los servicios municipales es el Seguro Nacional de Salud (NHI), que reembolsa parte de los costos devengados por los clientes que utilizan los servicios privados de salud.

Los municipios son responsables de proporcionar servicios de salud primarios y especializados a sus ciudadanos. Los impuestos municipales, los subsidios estatales y los derechos de usuario financian estos servicios municipales. Los impuestos municipales no se destinan íntegramente a la asistencia sanitaria, sino también a otros servicios como la educación y los servicios sociales, incluida la atención a las personas mayores. La atención primaria de la salud es proporcionada por centros de salud, que son propiedad y en su mayoría financiados por los municipios. Los municipios suelen comprar servicios hospitalarios para sus habitantes de su propio distrito hospitalario. Sin embargo, desde 1993 se les ha permitido comprar estos servicios de otros distritos o incluso de proveedores privados. En cuanto a los servicios de salud proporcionados por los municipios, no hay un solo presupuesto fijo. En cambio, la asignación de recursos se define en los presupuestos del gobierno central, de los municipios y de los productores (por ejemplo, los distritos hospitalarios). Las decisiones económicas más importantes se toman en 455 consejos municipales (elegidos por 4 años), que toman decisiones anuales sobre las cantidades de dinero que se destinarán a los servicios de salud. Estos recursos se asignan a la atención primaria y especializada a través de los presupuestos municipales. También en estos presupuestos se definen principalmente los recursos en diferentes partes del país dedicados a los servicios municipales de salud. Los subsidios estatales que se destinan a los servicios municipales de bienestar y salud están destinados a garantizar la igualdad regional. Las subvenciones estatales se asignan a los municipios según ciertos criterios de necesidad . El Parlamento decide anualmente el importe total de las subvenciones, que se pagan directamente a los municipios. Los consejos municipales tienen la libertad de decidir sobre el presupuesto (ahora incluye subsidios estatales) para los programas de gastos individuales, como

el gasto social o la educación básica. El gobierno central sólo da directrices generales, y sólo tiene los poderes de dirección monetaria limitados con respecto a las grandes inversiones. Debido a que la subvención estatal ha disminuido en los últimos años, los municipios tienen una mayor responsabilidad económica en la provisión de servicios.

El Seguro Nacional de Salud (NHI) cubre los subsidios por enfermedad, maternidad y cuidados especiales para todos sus miembros (es decir, todos los residentes de Finlandia) y una proporción de los servicios de salud de los estudiantes, servicios de rehabilitación y gastos médicos (incluidos los medicamentos prescritos por un médico, Tratamientos realizados o prescritos por un médico, atención dental para adultos jóvenes y transporte). Además, el NHI cubre la atención ocupacional proporcionada por los empleadores. Por lo general, el NHI reembolsa un cierto porcentaje de costos que exceden una suma fija (mínimo por compra o la llamada tarifa básica). Por lo tanto, cubre sólo una parte de los gastos y la parte de los gastos del paciente es mayor para los servicios privados cubiertos por el NHI que por los servicios públicos municipales. No hay un presupuesto oficial para la financiación del NHI. El nivel de las contribuciones de los empleadores y asegurados (de la población) se decide anualmente en el presupuesto del gobierno central. Por lo tanto, la cantidad gastada en pagos de NHI no es fija. La asignación de recursos de la NHI a diferentes tipos de atención y su distribución regional se basa en la demanda de estos servicios, así como en el sistema de reembolso. En el esquema de NHI, los pacientes pueden fijar una cita con un médico general privado o un especialista de su propia elección. Por lo tanto, la priorización en el sector privado, cubierta por el NHI, se basa en mecanismos completamente diferentes a los de los servicios municipales. Estos sistemas son independientes e independientes. Sin embargo, todos los médicos, incluyendo aquellos que trabajan en centros de salud pública o hospitales, se les permite llevar a cabo una práctica privada. Además, los especialistas mayores en hospitales públicos pueden llevar a sus pacientes privados a los hospitales públicos para recibir tratamiento hospitalario. Estos pacientes tienen una categoría de carga especial más alta (SCC), lo que significa que pagan una tarifa más alta de hospitalización diaria más los honorarios adicionales para los servicios del doctor y para los servicios de diagnóstico y otros. De hecho, en la mayoría de los casos, los médicos especializados que ocupan un puesto de tiempo completo en un hospital público también prestan servicios privados a tiempo parcial. Por lo tanto, hasta un tercio de las consultas con especialistas son privadas, mientras que sólo el 20 % de todas las consultas son privadas

Los cargos de los usuarios también pueden considerarse un método de priorización explícita, ya que en Finlandia tales cargos son decididos en su mayor parte por el gobierno central. Sin em-

bargo, los municipios tienen el derecho de elegir si cobran o no los servicios, y fijar el nivel de estos cargos hasta los límites máximos decididos por el gobierno central. Según la ley, los municipios deben prestar servicios como atención preventiva, atención de maternidad, atención sanitaria en las escuelas, atención ambulatoria psiquiátrica, inmunizaciones y el examen y tratamiento de algunas enfermedades transmisibles de forma gratuita. Por otra parte, no está permitido cobrar por consultas médicas si el paciente es un niño menor de 15 años de edad. El costo para el paciente es mayor para los servicios del sector privado cubiertos por NHI que para los servicios del sector público. Además, en el esquema de reembolso del NHI existen claras prioridades para el paciente. Los costos de la mayoría de los medicamentos recetados se reembolsan sólo en parte y los pacientes tienen que pagar el resto, pero los medicamentos para algunas enfermedades, como los medicamentos para la presión arterial, se clasifican para calificar para un alto o incluso reembolso completo. Esta clasificación cambia de vez en cuando, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, del desarrollo técnico de los medicamentos y de la situación fiscal. Los bienes y servicios que están totalmente excluidos de los subsidios municipales de salud y NHI incluyen medicamentos de venta libre, gafas, exámenes privados y tratamientos no prescritos por los médicos y la medicina alternativa (por ejemplo, la quiropráctica). En el sistema sanitario la determinación de prioridades a nivel macro se analizó en una encuesta en la que se preguntó a los miembros de la población adulta (de 25 a 79 años) si pensaban que su municipio debía gastar más o menos en los servicios de salud que antes. Antes de hacerse esta pregunta, se dio a los encuestados información sobre el gasto sanitario de su propio municipio comparado con el de otros municipios. Aproximadamente el 60 % de los adultos prefirieron el nivel actual de gasto, el 4 % prefirió disminuciones y el 20 % prefirió aumentar los gastos.

Como se mencionó anteriormente, el sistema de salud finlandés es universal, ofreciendo una amplia variedad de servicios a todos los ciudadanos. El principio de equidad se manifiesta en casi todos los documentos de política sanitaria creados desde los años sesenta. Además, según la encuesta del Eurobarómetro de 1998, la población apoya firmemente el actual sistema público de asistencia sanitaria. Los participantes más activos en estas discusiones fueron médicos y otros trabajadores de la salud: sólo hubo escasos aportes de políticos o representantes electos. Una de las principales conclusiones fue que si se proporciona una asistencia sanitaria eficaz utilizando los medios de organización más productivos, no se necesitan prioridades; Todos los pacientes y las enfermedades pueden ser tratados.

Sin embargo, el consenso afirmó que si se deben hacer elecciones, los principios cruciales

implican:

- la dignidad,
- autonomía,
- igualdad
- equidad de los pacientes.

Además, cada paciente debe recibir los exámenes, la atención eficaz y el alivio del dolor que él o ella necesita. Por último, cuando se toman decisiones sobre los recursos, deben evaluarse sus efectos globales sobre la salud de la población (además de la estructura y la calidad de los servicios). La declaración de consenso se opuso firmemente a la edad, género y estilo de vida como único criterio para la selección de pacientes. Sin embargo, enfatizó que se debe prestar atención a las ganancias de salud esperadas del paciente, que podrían estar influenciadas por la edad o los hábitos de vida. Para concluir, la declaración de consenso prestó la mayor atención a la eliminación de las ineficiencias del sistema. En cuanto a las elecciones al nivel del paciente, se consideró que *la equidad* era el criterio más importante. Esta es la conclusión natural en un sistema de bienestar igualitario, donde todos los ciudadanos son considerados iguales para el acceso a todos los servicios públicos, independientemente de factores demográficos o socioeconómicos o área geográfica de vida.

Debido a que el principio de universalidad aplicado no admite prácticamente cualquier criterio de exclusión, los medios básicos para los servicios de racionamiento están esperando listas. En Finlandia no existen reglas generales sobre cómo racionalizar las listas de espera. En promedio, los tiempos de espera para la cirugía electiva son bastante largos, pero existe una gran variación regional, indicando las variaciones de estilo de práctica entre clínicas. En la actualidad, el contenido del paquete depende de los municipios, que tienen una libertad relativamente amplia para elegir qué o en qué medida los servicios están a disposición de sus ciudadanos, especialmente en lo que respecta a los procedimientos electivos. El gobierno central tiene muy pocas posibilidades de influir en estas decisiones. En la actualidad sólo tenemos pruebas limitadas sobre las consecuencias de esta libertad municipal para el derecho de los ciudadanos a tener acceso a servicios públicos similares.

Las características especiales que afectan al establecimiento de prioridades en el sistema de salud finlandés incluyen una administración local fuerte, una separación clara entre productores y compradores, la dualidad en la financiación de la asistencia sanitaria y el potencial de los médicos

en los hospitales públicos para ejercer en el sector privado. El sistema descentralizado tiene sus puntos fuertes, como la posibilidad de coordinar eficazmente los servicios sociales y sanitarios y un fuerte incentivo para atender las necesidades locales, sobre todo debido a la responsabilidad municipal de financiar estos servicios en gran medida a través de los impuestos locales. Sin embargo, la independencia local tiene sus inconvenientes. Los municipios suelen ser demasiado pequeños para aprovechar las economías de escala, sus conocimientos son escasos (especialmente en lo que respecta a la atención secundaria) y su poder de negociación con los hospitales es bajo. Además, la política regional, más que la racionalidad económica, influye en las elecciones de atención sanitaria. Debido a que los municipios también poseen productores de salud, los políticos locales tienen un doble papel: representan las necesidades de la población local, pero al mismo tiempo, muchos de ellos son tomadores de decisiones en los hospitales. Una doble función similar es posible también para los médicos de tiempo completo que trabajan en hospitales públicos: se les permite correr prácticas privadas. La práctica privada se paga en una base de honorarios por servicio mientras que el hospital paga un salario mensual (en su mayoría fijo); El consiguiente patrón de incentivos también influye en la asignación de recursos. La parte de la financiación de la asistencia sanitaria y social que fluye del INE a los usuarios de la salud puede tener efectos adversos en el uso local de los recursos, especialmente en lo que se refiere a las prioridades en el cuidado local de los pacientes ancianos. Existe una fuerte evidencia de que la doble financiación ha generado un considerable exceso de capacidad en los servicios de laboratorio. La profunda recesión económica que sufrió Finlandia a principios de esta década ha influido en las prioridades a través de dos mecanismos distintos.

5 | Propuesta

5.1. Los criterios de priorización

5.1.1. Sistema general para determinar criterios de priorización

¿Por qué hay que determinar las prioridades? Porque jamás se dispondrá de recursos ilimitados o suficientes para atender todas las necesidades que requiere la población en materias como educación, previsión o salud. Es por eso que se hace imprescindible identificar los criterios, metodologías o procedimientos que permitan seleccionar las intervenciones que maximicen los beneficios de la población, dada la restricción presupuestaria.

¿Cómo se determinan las prioridades de salud? Para establecer prioridades en salud cabe recurrir a enfoques diversos no pueden determinarse en un vacío sino que deben estar en consonancia con los valores y principios de la sociedad respecto de la salud, la vida, la reproducción, el bienestar y la igualdad de oportunidades entre otros. La política nacional de salud definida por el gobierno debe reflejar por tanto estos valores.

Un estudio realizado por la rediryss [Asua y Taboada \(2006\)](#), señala que el establecimiento de prioridades sanitarias en los Servicios de Salud es un proceso complejo que no depende exclusivamente de factores clínicos o epidemiológicos, sino que interfieren múltiples circunstancias como son las decisiones políticas, la situación económica y las demandas sociales, entre otras. Es por eso que encontrar el equilibrio entre todos estos elementos no es una tarea fácil, es más, en algunas ocasiones se hace sumamente complejo.

Dentro de los criterios más comunes utilizados en los sistemas sanitarios de todo el mundo, se encuentran:

1. Magnitud

2. Efectividad
3. Eficacia
4. Gravedad
5. Calidad

Estos criterios se pueden medir con distintos indicadores, ejemplo: “Gravedad” puede que en algunos países se mida con la tasa de morbilidad, la tasa de incapacidad, tasa de mortalidad, etc. No existe un patrón definido que indique que indicadores se debe utilizar para cada criterio. Pero, estos criterios son la base para determinar prioridades en el sector sanitario.

¿Existen modelos de priorización? Sí, unos de los modelos de priorización más común utilizado en los países desarrollados y subdesarrollados es el esquema de Bobadilla [Frenk et al. \(1994\)](#). Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 144-45. (ver Figura 5.1), el cual tiene 5 pilares básicos:

1. Equidad
2. Eficiencia distributiva
3. Eficiencia técnica
4. Satisfacción de la comunidad
5. Calidad de atención

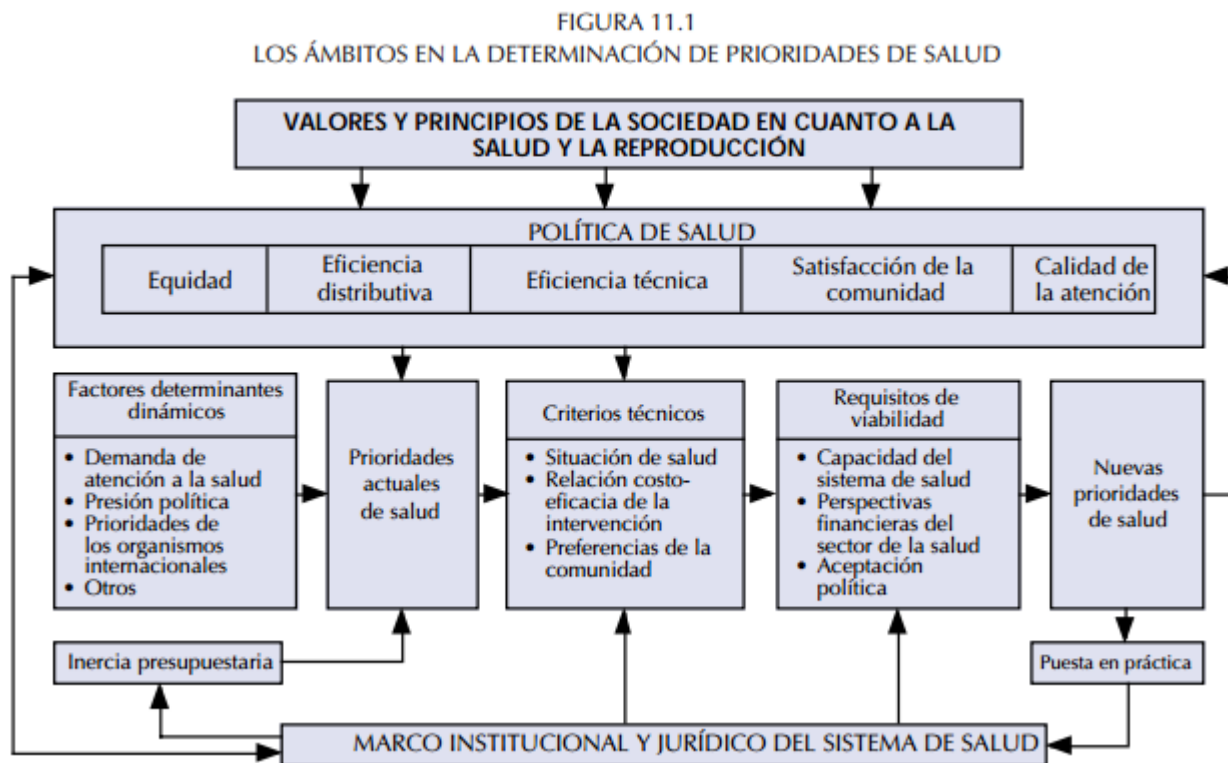


Figura 5.1: Los ámbitos en la determinación de prioridades de salud. Fuente: Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México.

Este “modelo” fue la base de los métodos de priorización de países subdesarrollados y desarrollados, como México, Colombia y Chile.

Bobadilla señala que dentro de los ámbitos en la determinación de prioridades de salud, la eficiencia distributiva y la equidad, es donde es más necesario revisar y poner énfasis.

La equidad en este contexto se refiere a una distribución justa de los recursos de salud entre los grupos socioeconómicos y la eficiencia distributiva se refiere a la selección y realización de actividades que sirvan para salvar más vidas y prevenir más discapacidades sin excederse de los recursos disponibles.

Por otra parte Bobadilla explica que el tipo de prioridad por el cual se opte puede afectar a la satisfacción de la comunidad pero no en forma tan directa como los otros dos.

Finalmente señala que los marcos institucionales y jurídicos del sistema de salud establecen los límites dentro de los cuales es posible determinar y poner en práctica las prioridades. A menos que se tenga la intención de cambiar esos marcos por conducto de una reforma radical del sistema de salud, se considera que la organización institucional y la base jurídica de su funcionamiento constituyen obstáculos para la determinación de nuevas prioridades.

Este estudio además señala que las intervenciones prioritarias en instituciones públicas por las cuales se opte, deben cumplir por lo menos tres criterios técnicos generalmente aplicados :

1. ***Deben servir para reducir considerablemente la carga de la morbilidad***, que es la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado
2. ***Ser razonablemente eficaces en función del costo***, el análisis de la relación costo-eficacia de las distintas intervenciones para luchar contra las enfermedades que causan las mayores pérdidas en materia de salud debe ser
3. ***Atender las preferencias de la población.***

Además deben cumplir con tres requisitos fundamentales en cuanto a la viabilidad:

1. El sistema existente de salud debe llevar a la práctica las intervenciones prioritarias con un grado razonable de calidad,
2. Deben estar al alcance de toda o casi toda la población dentro del presupuesto proyectado
3. Las prioridades seleccionadas deben contar con aceptación política.

5.1.2. ¿Cuales son los instrumentos de priorización más comunes?

Método	Estrategia	Proceso	Valores	Criterios	Países
“Checklist” (34, 35, 45)	Pretende ser una estrategia genérica basada en la recopilación de nueve buenas prácticas de los ejercicios previos agrupadas en tres fases: 1) la preparatoria, 2) la de toma de decisiones y 3) la post-priorización.	Basado en tres fases. 1) preparatoria: reconocimiento de factores contextuales, identificación del método, de datos técnicos, de un plan para implementación de resultados y una justa selección de participante. 2) toma de decisiones: considera la determinación de criterios. 3) fase de post-priorización: elaboración de reportes transparentes de los resultados, análisis de asignación de fondos e impacto de las prioridades correspondientes.	Amplia participación de actores. Valores definidos por los participantes según el contexto.	Magnitud del problema, Costo-eficiencia y factibilidad	No documentado
“Child Health and Nutrition Research Initiative CHNRI (10, 13, 36, 37)	Diseñado para consenso y priorización de investigación en nutrición/salud infantil por uso de algoritmos. Basado en opinión colectiva según el principio de “wisdom of crowds”.	Organizado en cinco dimensiones basadas en la posibilidad de: 1) ser respondido por la investigación; 2) generar una intervención efectiva; 3) que la intervención pueda ser llevada a cabo y ser sostenible; 4) reducir la carga de enfermedad y 5) posibilidad de reducir la inequidad.	Consenso, equidad y transparencia	Costo-eficiencia, impacto en carga de enfermedad, factibilidad	–Sur África –A nivel global –Países africanos de sub-Sahara
Hanlon (39-44)	Basado en amplia participación social de actores y en la búsqueda de consenso.	Se trata de un método cuantitativo más que un proceso de priorización: –Permite a los tomadores de decisiones la colocación explícita de los problemas. –Permite otorgar un peso específico a cada problema en una forma ordenada –Permite evaluación de problemas en forma individual. –Basado en cuatro componentes básicos: magnitud, gravedad, costo-eficiencia y factibilidad de la intervención	Transparencia y Consenso	Magnitud, gravedad, costo-eficiencia, factibilidad	–España –Cuba –Panamá

Tabla 5.1: Métodos comúnmente utilizados para la determinación de prioridades de investigación para la salud. Fuente: <http://usma.ac.pa/wp-content/uploads/2014/05/revista-ipc-romero-quantal.pdf>

Métodos Cualitativos

Los métodos cualitativos son instrumentos de priorización simples de bajo costoso, pero con alta subjetividad. Dentro de los más comunes se encuentran:

1. Método Simplex: utiliza un cuestionario con preguntas elaboradas por un grupo de expertos referidas a aspectos tecnológicos, sanitarios, sociales y administrativas, para las cuales se ofrecen respuestas estructurales de manera que el grupo decisor elija entre las diferencias opciones. Una vez rellenos los cuestionarios se suman los resultados y se calcula la media y aquel criterio que obtenga mayor puntuación es que se considera prioritario. Las etapas del siguiente método son las siguientes:

- Construcción del cuestionario
- Estudio de los expedientes pertinentes
- Completar el cuestionario
- Recopilación de resultados

- Selección de los problemas o soluciones prioritarias

Una limitación de este método es que otorga la misma importancia a todos los criterios.

2. Parilla de Análisis Pineault y Daveluy (1987) es un método que basa la priorización en 4 criterios:

- Importancia sanitaria: se refiere a la frecuencia y/o gravedad de la enfermedad
- Relación entre éste y los factores de riesgo
- Capacidad técnica de su resolución
- Factibilidad de intervención

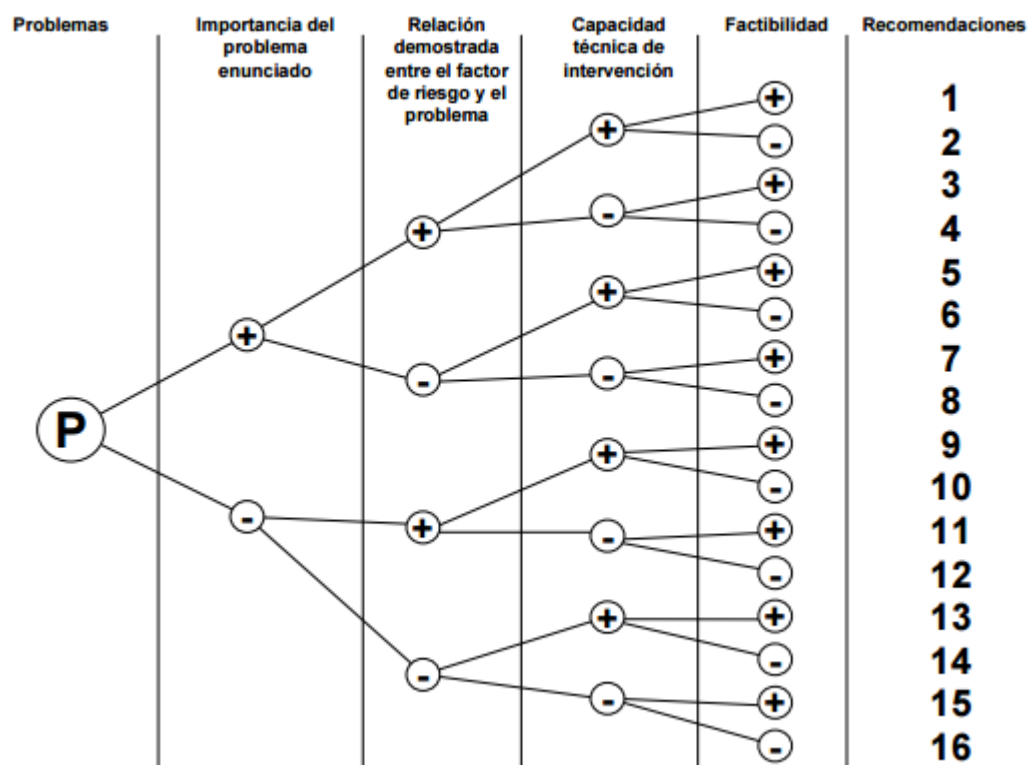


Figura 5.2: Parilla de Análisis para la formulación de prioridades. Fuente: Libro: Planificación sanitaria; conceptos, métodos, estrategias. Autor: Pineault, Raynald; Daveluy, Carole.

A cada uno de los criterios se les asigna un valor positivo o negativo según la opinión del grupo y la suma de los signos positivos da el orden de de prioridad. Los problemas que obtengan puntuación 1 serían los primeros que deben ser abordados, luego los 2 y así sucesivamente.

Métodos Cuantitativos

1. Método de Hanlon: método que permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de los siguientes criterios:

- Componente A: magnitud/amplitud del problema
- Componente B: severidad del problema
- Componente C: eficacia de la solución (o resolubilidad del problema)
- Componente D: Factibilidad del programa o de la intervención

El puntaje de está dado por la siguiente fórmula:

$$Puntuación = (A + B) \times C \times D$$

Este método lo usan países como España, Cuba.

El inconveniente de este método es que se debe asignar un valor en una escala que se establece por consenso. En algunas ocasiones este consenso es un ejercicio subjetivo y no una definición precisa en términos de criterios estadísticos. La estimación de la magnitud de la componente A, se puede realizar con respecto al número de personas afectadas con tal enfermedad (Ver Figura 5.2) :

Unidades por 100.000 habitantes	Puntuación
[5,000 – ∞[10
[5,000 – 49,999]	8
[500 – 4,999]	6
[50 – 499]	4
[5 – 49]	2
[0,5 – 4,9]	0

Tabla 5.2: Estimación de la Componente A. Fuente: Libro: La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias.

La componente B no siempre tiene el mismo indicador o interpretación, ya que puede apoyarse tanto en datos subjetivos (como la carga social que genera un problema) y como en datos objetivos (como la mortalidad, morbilidad, etc). Se asigna un valor de una escala de 0 a 10, otorgando el valor más alto para el grado de mayor severidad.

La componente C, que corresponde a la eficacia de la solución, permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar. Se recomienda crear una escala (Ver Figura 5.3) que varía entre

0,5 para los problemas difíciles de solucionar y 1,5 para aquellos en los que existiría una solución posible.

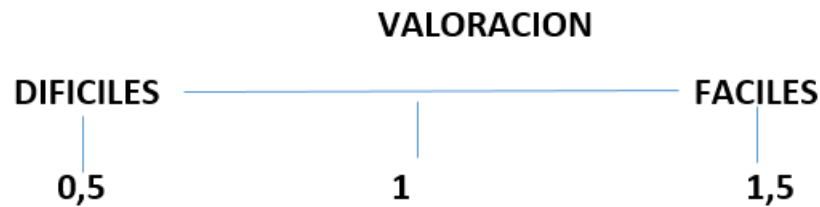


Figura 5.3: Escala de puntuación de la componente C. Fuente: Elaboración Propia

Finalmente la Componente D, que corresponde a la factibilidad del programa se puede medir con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que le permite a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones aplicables. Este parámetro se denomina voluntad política o PEARL, donde P es Pertinencia (Compromiso Comunitario), E es factibilidad económica, A es Aceptabilidad, R es disponibilidad de recursos y L corresponde a la legalidad. Se asigna un puntaje de 1 si contiene la componente o 0 si no la posee.

2. Método DARE (Decision Alternative Rational Evaluation): es una técnica de clasificación en función de criterios predefinidos que se basa en que los factores no siempre tienen la misma importancia y comparándoles con pares. Para su uso se necesitan los siguientes elementos:

- Criterios de evaluación que sean mutuamente excluyentes.
- Puntuación de la importancia de cada criterio por cada uno de los miembros del grupo.
- El valor relativo de cada alternativa, en relación a cada uno de los criterios.
- El valor total de cada alternativa.

Para la puntuación total de cada alternativa se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Alternativa} = C_1P_1 + C_2P_2 + \dots + C_nP_n$$

donde C representa el valor que los miembros del grupo dan a cada criterio para cada una de las alternativas y P representa el peso relativo que se asigna a cada criterio.

La desventaja de este método es un método muy laborioso, ya que requiere comparaciones múltiples de cada problema con el resto

3. Método de Ponderación de criterios: es similar al método DARE y consiste en asignar un peso relativo a cada uno de los criterios antes de la evaluación de las alternativas. Una vez obtenido el resultado de cada criterio se obtiene el nivel de significación para cada tema de estudio mediante la siguiente fórmula:

$$NS_1 = \frac{P_a S_{1a} + P_b S_{1b} + \dots + P_n S_{1n}}{n}$$

Donde NS_1 es el nivel de significación del problema 1; P_a el peso relativo del criterio a ; S_{1a} el valor del criterio a cuando es valorado en el problema 1; P_b el peso relativo del criterio b ; S_{1b} el valor del criterio b cuando es valorado en el problema 1; y n es en número de criterios utilizados.

Las etapas del proceso son las siguientes:

- Atribuir un peso a cada uno de los criterios seleccionados.
- Valorar cada problema en función de cada uno de los criterios.
- Obtener los niveles de significación.
- Establecer la lista de prioridades.

Esta metodología creada por Benjamín Bloom propone cuatro aspectos para la ponderación de cada criterio: a) aspectos tecnológicos; b) aspectos sanitarios; c) aspectos sociales y d) aspectos administrativos. A cada criterio se le asigna un peso entre 1 y 5 (P_a), aunque puede haber algunos criterios que se consideren como “absolutos” en cuyo caso de deben ser considerados como obligatorios. A cada criterio en función de la alternativa en la que se encuentre, es evaluado en una escala que varía entre -10 y $+10$ (S_{1a}).

4. Método OPS-CENDES: es un método desarrollado por la Organización Panamericana de Salud. Los criterios que utiliza son:

- Magnitud (A)
- Trascendencia (B)
- Vulnerabilidad (C)

- Eficiencia (Coste/resultado) (D)
- Tendencia

Puntuá los problemas según la siguiente fórmula:

$$A \times B \times C/D$$

Los criterios de tendencia y valoración de la población se utilizan como ponderación.

La desventaja de este método es que requiere de un alto grado de experiencia y su aplicación es compleja.

5. DALY o AVAD (Disability Adjusted Life Years) [Manzanera et al. \(1996\)](#): fue de los primeros indicadores sintéticos de salud, utilizado para el estudio de carga de la enfermedad permitiendo medir las pérdidas de salud que para una población representan la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a las enfermedades. Este indicador combina:

- Años potenciales de vida perdidos (AVPM)
- Años vividos con discapacidad (AVD)

En estos estudios, los problemas de salud se clasifican en 3 grupos exhaustivos y excluyentes:

- Grupo I: Enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y nutricionales
- Grupo II: Enfermedades no transmisibles
- Grupo III: Accidentes y lesiones.

Los Años de Vida Ajustados con Discapacidad (AVAD) o DALY son el resultado de agregar los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) más los Años Vividos con Discapacidad (AVD).

$$AVAD = AVPM + AVD$$

Generalmente los años de vida perdidos por cada muerte (APVP) se establecen en función de la Esperanza de Vida a la edad de cada muerte obtenida de tablas de vida estándar de baja mortalidad. Un DALY representa la pérdida de un año que equivale a un año de completa salud, o equivalente a la pérdida de un año 100 % saludable. A nivel agregado los AVD dependen de los siguientes parámetros:

$$AVD = \sum_0^L N_j \times I \times T_j \times D$$

Donde AVD son el total de años total Años Vividos con Discapacidad, N_j la población susceptible de enfermar a cada edad (0 - L); I_j la Incidencia de la enfermedad a cada edad (0 - L); T_j la duración media de la enfermedad desde la edad de inicio (0 - L) y D el valor que pondera la discapacidad entre valores de “0 = salud perfecta” y “1 = máxima discapacidad o equivalente al estado de muerte”. El procedimiento adoptado para establecer las escalas de severidad que sirven para ponderar los distintos estados de salud.

De acuerdo a la metodología original, el cálculo de los DALYs o AVAD se requiere ponderar los años vividos a cada edad (Figura 5.4),

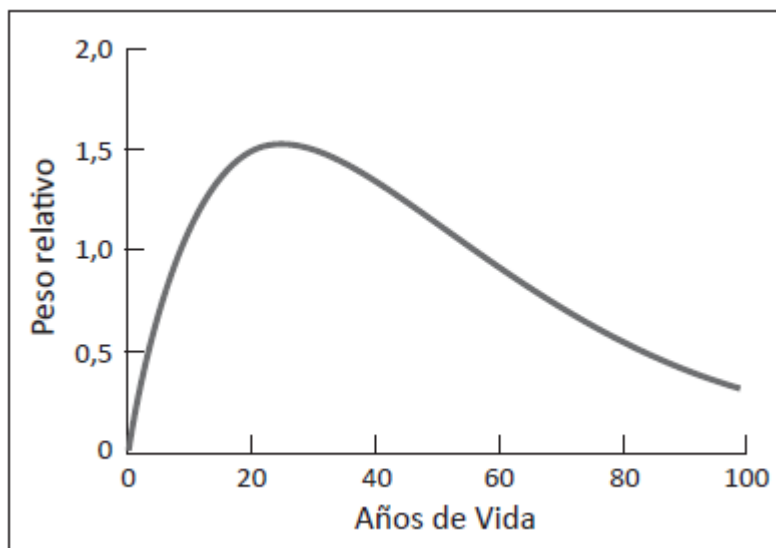


Figura 5.4: Valor relativo de un año de la vida vivido a diversas edades, según lo ponderado en DALYs.
Fuente: Paper: Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud.

En este método existen aspectos controversiales respecto a la selección de la tabla de vida, la diferencia entre las esperanza de vida de hombres y mujeres. Para comprender mejor estas controversias, si se seleccionan tablas con alta Esperanza de Vida (EV) en relación al país donde se aplique, se genera un sesgo de ponderación de años por muerte prematura en individuos que mueren de acuerdo a otra realidad. Es por eso que se deben usar y tablas de esperanza de vida específicas de cada país. Dado que las esperanzas de vida por sexo son mayores en las mujeres, las muertes a igual edad por sexo, contribuyen con diferentes AVPM.

6. QALY (Quality Adjusted Life Years) o AVISA: indicador utilizado para el estudio de carga de enfermedad, es una unidad de medida de las preferencias de los individuos respecto de la calidad de vida que se ha producido mediante una intervención sanitaria, combinada con los años ganados respecto de un determinado estado de salud. Para su cálculo se combinan dos variables:

- Calidad de vida
- Cantidad de Vida

Para esto se necesitan ponderaciones de la Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS). Para estos se pueden utilizar diferentes métodos para encontrar los pesos de CVRS, dentro de lo más comunes se encuentran:

- Juego estándar
- Escala visual analógica
- Equivalencia temporal o Equivalencia de persona

Método AVISA: es uno de los últimos métodos diseñados. Está basado en el concepto de carga de enfermedad, que es un indicador formulado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de Salud (OMS). Su cuantificación requiere cuatro parámetros:

- Año de vida perdidos
- Discapacidad: que mide los años de vidas perdidos a consecuencia de la enfermedad y sus secuelas, determinadas por su evolución. Se puntúan en seis categorías, considerando la ausencia de enfermedad como valor 0 y la muerte como valor máximo.
- Edad de inicio de la enfermedad
- Valoración del tiempo vivido con y sin enfermedad, teniendo en cuenta el grado de dependencia y la pérdida de productividad que genera.

Este método ayuda mucho a reflejar la trascendencia de la salud y el impacto económico de las distintas enfermedades. Permite medir la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común: el tiempo (años).

Corresponde a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), así como los años perdidos ajustados con discapacidad (AVAD o DALY).

$$AVISA = AVPM + AVAD$$

5.1.3. Métodos para la evaluación económica en la salud

Según un estudio realizado por Michael F. Drummond, Greg L. Stoddard and Georg W. Torrance [Drummond et al. \(2015\)](#), la evaluación económica reconoce 4 tipos básicos de análisis:

1. Minimización de Costos: En este tipo de análisis la consecuencia de dos o más alternativas de intervención debe ser la misma, evaluándose solamente el costo de ambas (ie: evaluación de dos formas de intervención de una determinada cirugía para adultos: una implica 1 día de hospitalización y la otra es ambulatoria. El resultado en ambas es el mismo: la solución quirúrgica del problema).
2. Costo-efectividad: En este caso la unidad de medida de la consecuencia de dos alternativas de intervención es la misma, (ie: años de vida ganados). Las alternativas pueden tener distinto grado de éxito en alcanzar la meta, así como costos distintos. Para comparar las alternativas se usa la medida de costo por unidad de efecto: costo por año de vida ganado o, al revés, año de vida ganado por dólar gastado.
3. Costo-utilidad: En este análisis tanto los costos como los beneficios se expresan en términos económicos, por lo tanto permite comparar intervenciones de diferentes sectores, (ie. : construir un camino versus instalar una industria).
4. Costo-beneficio: Es una variante del análisis de costo-efectividad que utiliza como denominador los años de vida ajustados por calidad, que incorporan las preferencias de los individuos y de la sociedad. El resultado de los análisis de costo-utilidad se expresa en términos de costo por día saludable o costo por año ganado ajustado por calidad, lo que permite comparar programas o intervenciones.

En el estudio se señala que no es posible, ni es necesario, medir todos los costos y consecuencias de las distintas alternativas en estudio, solo se deben identificar los más relevantes. Por otra parte, toda evaluación contiene un cierto grado de incertidumbre, o controversia metodológica. Por ello,

es necesario identificar los supuestos metodológicos críticos o áreas de incertidumbre. Es aconsejable Incluso rehacer el análisis empleando diferentes supuestos, para testear la sensibilidad de los resultados.

Análisis del costo efectividad (ACE)

El análisis de Costo-Efectividad permite identificar las intervenciones en salud que alcanzarían el mayor impacto en la población por unidad de inversión. Esta metodología asume que los recursos disponibles para gastar en salud son limitados, ya sea desde el punto de vista de la sociedad, de la organización o del paciente.

Se calcula con el cociente entre el costo económico de una intervención y la estimación de sus efectos en la salud; las intervenciones con la menor razón son las de mayor costo-efectividad. El numerador incluye los costos médicos (consultas, hospitalización, tratamiento) y los costos no médicos (transporte). El denominador refleja el efecto en salud, siendo los años de vida salvados la forma mas frecuente de medirlo.

Su aplicación en ocasiones es controvertida debido a que a que tendería a disminuir la libertad de elección de los tratamientos por parte de los médicos. Por otra parte, su uso en la formulación de paquetes de servicios produce conflictos de intereses entre las necesidades individuales de los pacientes y las necesidades de la comunidad como un todo. Por otra parte las 3 grandes limitaciones de esta metodología son:

- No considera las preferencias de los usuarios.
- En numerosas ocasiones es difícil cuantificar adecuadamente el beneficio total de las intervenciones, especialmente cuando hay numerosos factores de riesgo involucrados en las enfermedades, o cuando algunas intervenciones en salud potencian o decrecen el efecto de otras.
- El ordenamiento de la costo-efectividad de las intervenciones depende de la importancia relativa de las enfermedades, la estructura de edad de la población y la infraestructura entre otros. Variaciones de cualquiera de estos factores pueden afectar el costo-efectividad y por ende el ordenamiento de las intervenciones en el tiempo y debe ser re-evaluado cuando aparece información de mejor calidad.

¿Cómo se aplica el ACE en Políticas Sanitarias?

El propósito del ACE es orientar respecto de la eficiencia en que asignan los recursos dentro del sector salud, osea un sistema de salud es eficiente si es capaz de maximizar el estado de salud de la población dados los recursos de que dispone para ello.

Los resultados del ACE en el ámbito de las políticas sanitarias puede utilizarse para tres tipos de propósitos:

1. Para identificar una lista acotada de prioridades sanitarias nacionales que orienten las acciones en salud.
2. Para definir un paquete básico de intervenciones costo efectivas que el sector público puede financiar, proveer o comprar.
3. Para definir categorías de servicios de salud para ser subsidiadas por el sector público y pagadas por los individuos.

¿Que es la efectividad?

La efectividad se entiende como la medición de los resultados obtenidos por las intervenciones de salud en situaciones concretas y reales. La determinación de la efectividad de las intervenciones es un proceso caro, complejo y de larga duración, lo que ha determinado que aunque sea deseable no este disponible para un importante numero de ellas.

La efectividad depende de tres factores:

- Eficacia: son los resultados obtenidos si las intervenciones se aplicaran en condiciones óptimas, que es una estimación del beneficio potencial de la medida
- Cobertura: es la capacidad del programa de alcanzar a la población objetivo
- Observancia: es el comportamiento de los beneficiarios potenciales y de los profesionales en relación al cumplimiento de las recomendaciones técnicas

Su fórmula es la siguiente:

$$Efectividad = Eficacia \times \%Cobertura_{enpoblaciónobjetivo} \times Observancia$$

Componentes de la efectividad

1. Eficacia Corresponde a los beneficios en la salud de una intervención, procedimiento o servicio en condicionales ideales u óptimas.

Para ser eficaz, la acción debe ser capaz de producir los mismos resultados cuando se repite en condiciones semejantes y el resultado obtenido debe ser similar al resultado que se espera obtener por su aplicación. La evaluación de eficacia descansa idealmente en la calidad de la evidencia proporcionada por las investigaciones empíricas. La eficacia se puede medir a través de:

- estudios de casos y controles [Lazcano-Ponce et al. \(2001\)](#)). Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud pública de México, 43(2), 135-150.: Combina elementos del estudio de cohorte y de casos y controles. Se sigue a un grupo de individuos hasta cuando aparezca la enfermedad de interés de igual forma del estudio de cohortes. Estos casos se comparan con un grupo control, muestreado de la misma población.
- pruebas basadas en ensayo clínicos randomizados (ECR) [Manrriquez et al. \(2005\)](#) : representa la forma más rigurosa de establecer una relación causal entre una intervención sanitaria y su efecto
- estudios ecológicos [Borja-Aburto \(2000\)](#): es un tipo de estudio epidemiológico basado en la población como unidad de estudio, en el que falta información sobre la relación en el individuo entre el factor de exposición y la enfermedad en la población en estudio. Se caracterizan por estudiar grupos, más que individuos por separado. Frecuentemente se les denomina estudios exploratorios o generadores de hipótesis, dejando a los diseños experimentales y algunos diseños observacionales la característica de ser estudios etiológicos o probadores de hipótesis. Se les llama también diseños incompletos debido a que, por emplear promedios grupales, frecuentemente se desconoce la distribución conjunta de las características en estudio a nivel de cada individuo
- opinión de expertos

La eficacia de una intervención que se basa en un ensayo clínico tiene mayor validez que la basada en cualquiera de las otras pruebas, siendo la de menor confiabilidad la que depende de juicio de expertos

2. Cobertura El concepto de cobertura implica una relación dinámica en la que intervienen las necesidades de la población, manifestada por la demanda de servicios y, por otra, los recursos disponibles y sus combinaciones. Por lo tanto la cobertura deberá satisfacer las necesidades de la población, además de proporcionar en forma continua y accesible el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud.

Las 2 componentes de la cobertura son:

- Accesibilidad: tanto geográfica como socio organizacional
- Utilización de Servicios

Por lo tanto una alta cobertura se produce cuando los servicios son accesibles y cuando se haga una utilización adecuada de los servicios.

3. Observancia Este concepto depende tanto del paciente como de los profesionales de salud.

- Adherencia del paciente: es el grado en que el comportamiento del paciente coincide con la indicación del médico.
- Adherencia de profesional de salud: La capacidad de lograr un diagnóstico preciso y de prescribir una terapia eficaz determina la efectividad clínica actual.

¿Cómo se mide la Efectividad? Los AVISA se han utilizado extensamente, a partir de su descripción, como una medida de la efectividad de las intervenciones. Este indicador mide la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo. Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones logrando un indicador sintético que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios. Para su cálculo se requiere la definición de cuatro parámetros básicos: 1) la duración del tiempo perdido a consecuencia de la muerte prematura; 2) el valor social del tiempo vivido a diferentes edades; 3) la medición de resultados no fatales y 4) la preferencia de tiempo

Criticas al modelo avisa: 1) impone preferencias sociales que no han sido validadas, 2) Las ponderaciones por edad no reflejan las preferencias comunes entre los especialistas en salud, los economistas y la población general, 3) La exclusión de la proporción de nacidos muertos no tiene justificación, 4) la aplicación de los AVISA en el plano nacional sobrestima los años perdidos, 5) transgrede el principio del rescate, 6) las ponderaciones de discapacidad pasan por alto el estigma

que significan en diferentes sociedades algunas discapacidades permanentes, 7) no se tiene plenamente en cuenta la discapacidad debida al desarrollo cognoscitivo y 8) no es aplicable en los países en que la información de salud es escasa.

¿Costos? Los costos asociados a la provisión de servicios de salud han sido objeto de preocupación creciente en las diferentes instancias vinculadas al quehacer de la salud, debido a la sostenida tendencia al aumento. Este factor se puede explicar por dos variables:

- el aumento de la demanda,
- la creciente tecnificación y especialización de la provisión de servicios de salud.

La demanda aumenta por el crecimiento vegetativo de la población, por la aparición de nuevas enfermedades y por el cambio en el perfil epidemiológico debido al incremento de las expectativas de vida al nacer (ver Figura 5.5 y), situación que significa que se incorporen a la demanda los grupos etáreos de senescentes que presionan por mayor cantidad de servicios asistenciales, los que a su vez, tienen un mayor costo relativo.

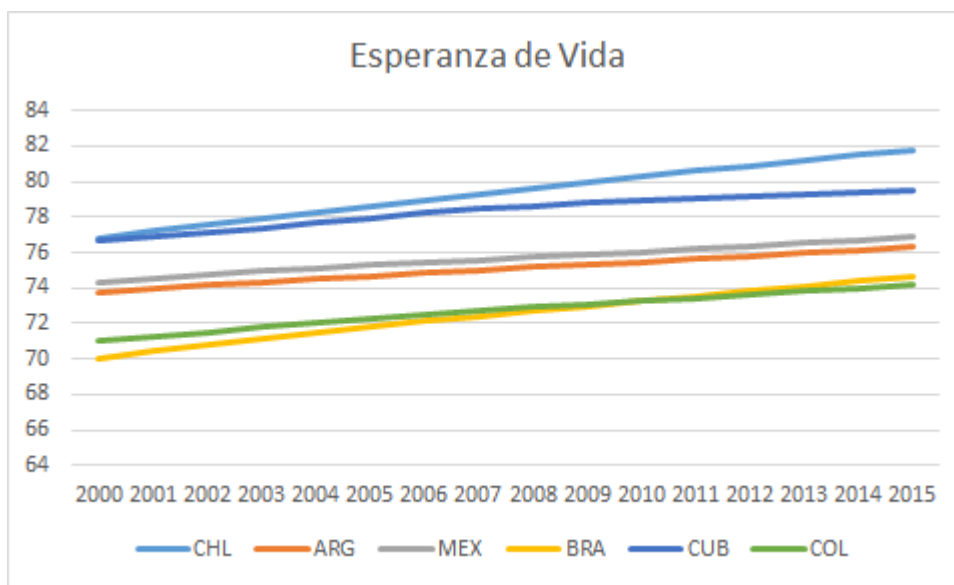


Figura 5.5: Esperanza de Vida de 5 economías Latinoamericanas. Fuente: Elaboración propia con datos del BMD

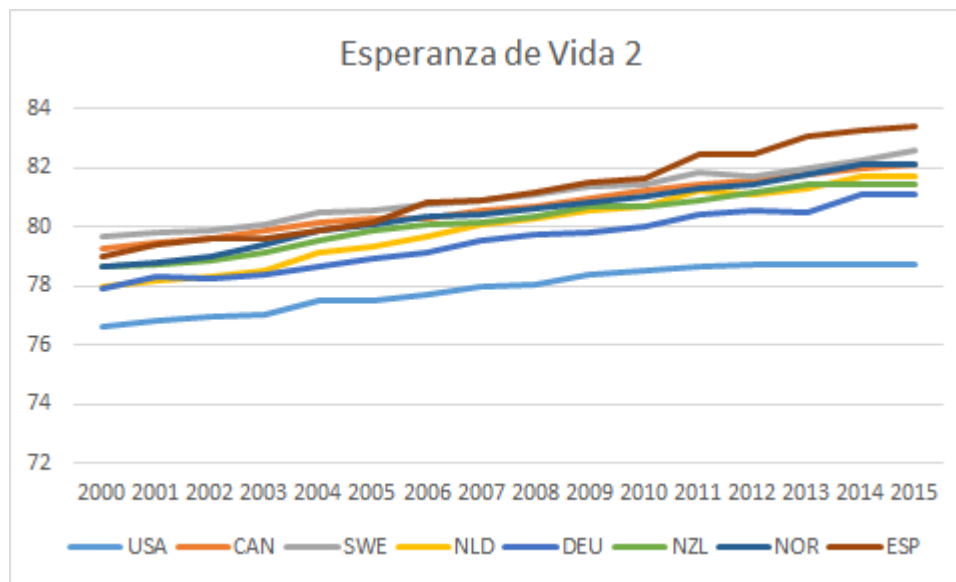


Figura 5.6: Esperanza de Vida de Economías con IDH alto. Fuente: Elaboración Propia con datos del BMD

Y por otra parte los costos de la atención de salud han aumentado por el vertiginoso avance científico y tecnológico que se aprecia en el campo de la medicina. Ello determina la disponibilidad en el mercado de equipos cada vez más complejos, sofisticados y costosos, tanto en su adquisición, como en su operación y mantenimiento. Un elemento indispensable a fin de aumentar la eficiencia en la provisión de servicios de salud, es conocer los costos de producción en los cuales incurre un sistema.

Teóricamente, los distintos costos o beneficios monetarios asociados a las intervenciones de salud a considerarse son los siguientes:

$$TC_i = I_i + F_i + V_i + R_i - A_{ij} + CF_i - G_i - DP_i$$

Donde:

TC_i = Costos Totales de la intervención.

I_i = Los costos fijos relacionados con el uso de la infraestructura del sistema de salud para entregar cualquier intervención en general.

F_i = Los costos fijos asociados con cada intervención en específico.

V_i = Los costos variables, que por definición varían en función del número de intervenciones realizadas.

R_i = Los costos en que incurre el paciente que recibió la intervención, incluyendo los costos no monetarios o de mercado como, por ejemplo, los tiempos de espera y los tiempos de viaje

necesarios para acceder a la misma.

A_{ij} = Los ahorros de recursos que resultan de proveer la intervención i y no la intervención j , es decir el beneficio marginal que otorga una intervención frente a otra.

CF_i = Los costos relacionados con el consumo de servicios de salud en el futuro, no relacionados con la enfermedad que se está abordando.

G_i = Las ganancias en productividad y aportes al Producto Interno Bruto por la implementación de una intervención.

DP_i = La disponibilidad a pagar de los individuos o de la sociedad por una intervención en particular.

No obstante, la mayoría de los ACE excluyen algunos costos o beneficios por la carencia de datos en este aspecto y la imposibilidad de traducirlos a valor monetario.

Cálculo de Coeficiente de Costo Efectividad (CCE)

$$CCE_i = \frac{Costo_i}{Efectividad_i}$$

Donde $Costo_i$ representa la suma de los costos netos totales de emprender la intervención y en términos de pesos monetarios, y $Efectividad_i$ representa la suma de los efectos positivos y negativos que la intervención i proporciona en términos de años de vida salvados. Este coeficiente determina el costo medio de la efectividad de una intervención. Es decir el costo que por cada año de vida salvado tiene una intervención. Mediante este indicador es posible comparar distintas intervenciones que abordan un problema de salud, por lo que se pueden ordenar todas las intervenciones de menor a mayor CCE y escoger desde la primera en adelante, hasta que se agoten los recursos disponibles

5.2. Criterios y modelo de priorización en el Plan AUGE-GES

Dentro del sistema actual de garantías explícitas de salud (llamado plan AUGE o GES), se priorizan ciertas enfermedades según criterios sanitarios (Ver 4.1.1) y financieros. Un primer requerimiento es la relación de la enfermedad o condición de salud con los objetivos nacionales (Ver Capítulo 1) establecidos en el año 2000, denominados: “Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010”. Todos los problemas incluidos en el AUGE tienen mención expresa en los objetivos -y en la mayoría de los casos una meta sanitaria específica- con excepción de algunas condiciones

que fueron incluidas porque ya forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de FONASA. Con el fin de entregar un parámetro técnico para ajustar el AUGE dentro del marco de los recursos disponibles, se intentó establecer una priorización de las enfermedades y condiciones de salud para apoyar las decisiones de inclusión o exclusión y también ayudar en las decisiones sobre implementación. Para este fin, se elaboró un algoritmo de priorización, usando los criterios comúnmente aplicados para establecer prioridades en salud (ver Figura 5.7).

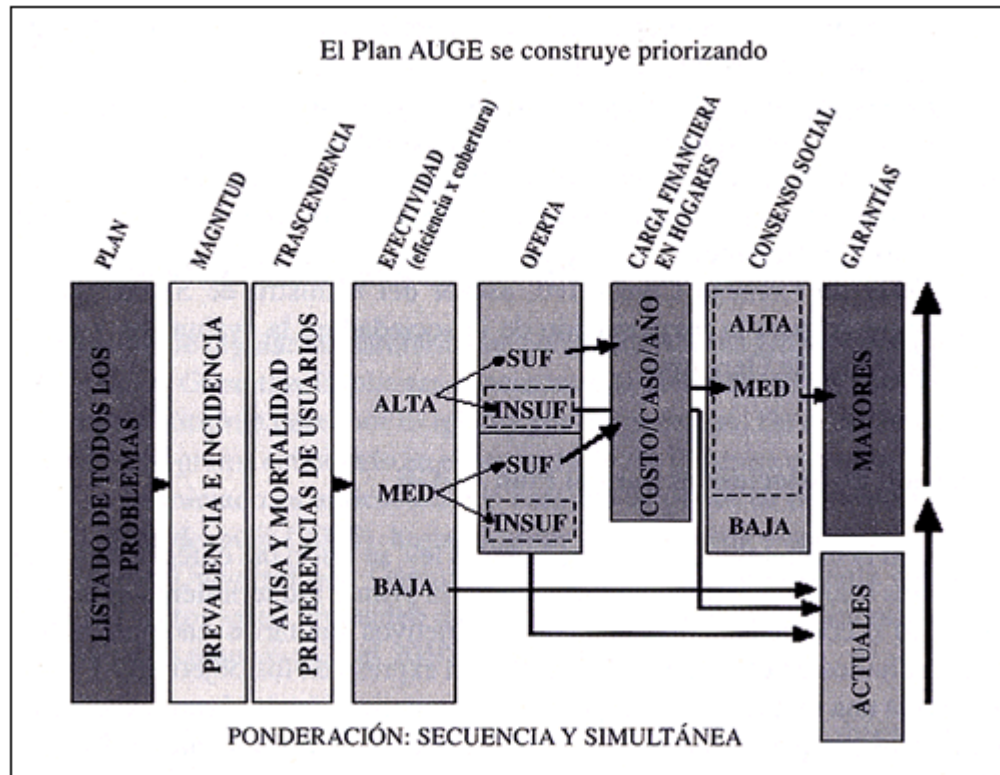


Figura 5.7: Algoritmo de priorización Plan AUGE. Fuente: Minsal

Este algoritmo se construyó basado en los siguientes criterios:

- **Magnitud:** se refiere a su extensión, es decir, a cuántas pacientes afecta en relación con la población.
- **Trascendencia:** o también conocida como severidad valora la repercusión que tiene el problema sobre la salud y su impacto económico
- **Efectividad:** se refiere a la posibilidad de modificar el problema con los recursos y la tecnología actuales
- **Oferta:**

- **Carga Financiera:** se refiere al costo financiero en los hogares por dicha patología.
- **Consenso Social:** es un criterio que tiene un carácter menos técnico que las anteriores, se refiere a las necesidades sentidas por la comunidad.

Siguiendo este algoritmo, se construyó una escala de puntaje de prioridad sanitaria, considerando criterios de **magnitud** (número de casos, ajustados por la calidad del dato), **trascendencia** (AVISA=años de vida saludable, mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios), **vulnerabilidad** (existencia de intervención efectiva), se analizó la **capacidad de oferta** de las redes asistenciales con la participación de los Servicios de Salud -mediante encuesta-. Considerando esta información, se definieron las prioridades y a continuación se convocó a especialistas de los establecimientos públicos y de las sociedades científicas para elaborar los protocolos AUGE que orientarían el proceso de atención. Tomando en cuenta la información recopilada se plantearon las garantías. Esta priorización sanitaria y financiera permite de acuerdo con el Ministerio de Salud:

- Identificar prioridades sanitarias factibles de implementar en el corto plazo.
- Orientar ajustes de acuerdo con criterios sanitarios (focalización en grupos de mayor riesgo, en prestaciones más efectivas y más caras).
- Identificar prioridades de incremento presupuestario para financiar el AUGE.
- Identificar prioridades de inversión del sector para mejorar la cobertura del AUGE en el mediano y corto plazo.

Para escoger las potenciales enfermedades al Plan AUGE/GES, se realizan diferentes estudios:

- Estudios de Carga de Enfermedad
- Estudio de Costo-Efectividad
- Estudio de Prioridades Sociales
- Estudio de Capacidad de Oferta para nuevos AUGE
- Estudio de Capacidad de Oferta para sistema público y privado.

A continuación se muestran los estudios formalmente realizados para priorizar las GES:

Estudio	1995	1999	2005	2006	2007	2008	2010	2012	2016
Estudio de Carga de Enfermedad	×				×				
Estudio de Costo-Efectividad de Intervenciones		×				×	×		
Análisis de Magnitud			×						
Estudio de Preferencias Social			×		×	×			
Estudio de Verificación de Costo			×	×	×	×	×	×	×
Selección de Intervenciones para problemas de salud					×				
Estudio de Capacidad de Oferta						×			

Tabla 5.3: Estudios realizados para GES. Fuente: Subsecretaría de Salud Pública

Como se puede apreciar en la Tabla 5.3, el proceso de establecimiento de las patologías que entran al GES ha sido intensivo en generación de información, tanto en términos de la carga de enfermedad, eficacia de las intervenciones y costo efectividad de éstas.

5.2.1. Estudio de Carga de Enfermedad

Este es el estudio principal para la priorización de GES, este posee las siguientes etapas (Figura 5.8) :

- Definición del listado de Enfermedades de Estudio
- Estimación de la Mortalidad
- Estimación de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM)
- Estimación de años vividos con Discapacidad (AVAD)
- Estimación de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA)

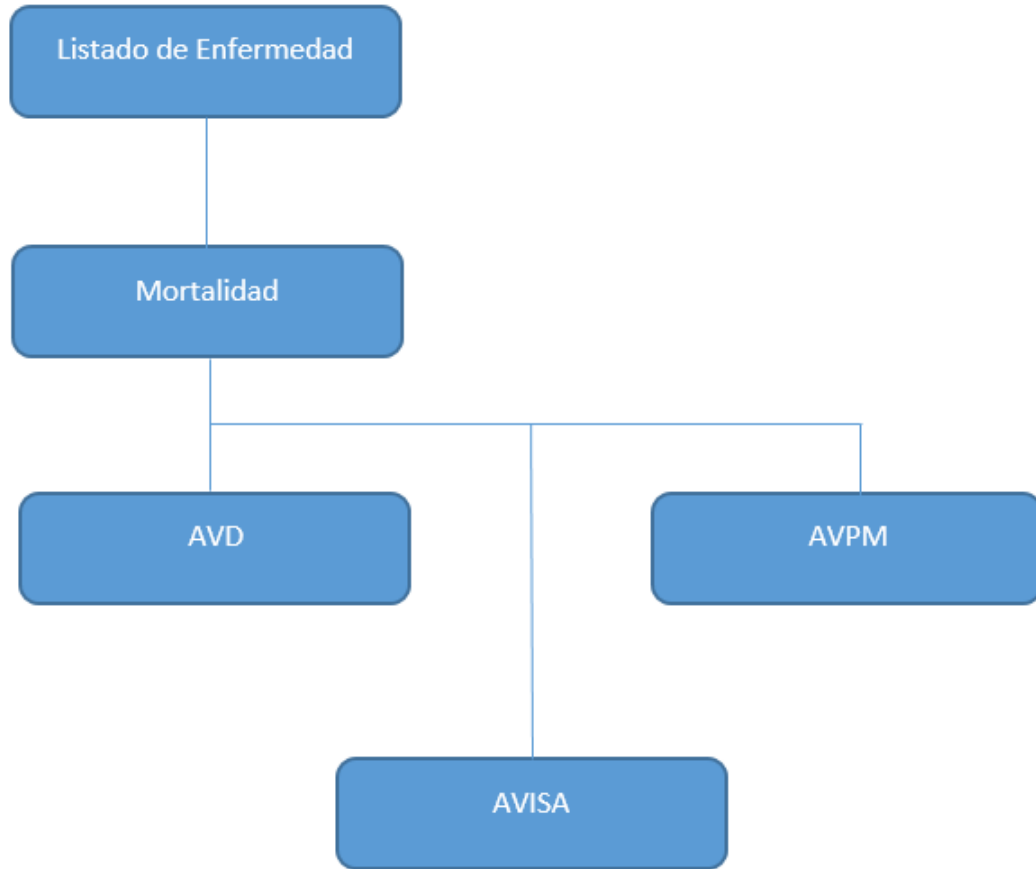


Figura 5.8: Diagrama de secuencia metodológica utilizada para un estudio de Carga. Fuente: Informe Final de Estudio de Carga de enfermedad y carga atribuible realizado por Dpto de Salud Pública, Escuela de Medicina, PUC, 2007.

1. Definición del Listado de Enfermedades en Estudio: esta etapa no es tan clara de que clasificación se utiliza, en el año 2007 se utilizó la clasificación propuesta por López, Mathers, Ezzati, Jamison y Murray (2006). En donde se clasifican las enfermedades en 3 grupos de acuerdo a su relevancia en términos de políticas públicas. Grupo I: Enfermedades transmisibles, causas maternas, del período perinatal y enfermedades o condiciones nutricionales; Grupo II: Enfermedades no transmisibles; Grupo III: Lesiones.

2. Estimación de la Mortalidad: esta información es obtenida del departamento de estadísticas del ministerio de salud (DEIS) y cuenta con información por causa de muerte, sexo, edad, entre otras variables.

3. Estimación de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura, (AVPM): El cálculo de AVPM se realizó por sexo, por grupo de edad, por grandes grupos de causas y causas específicas (CIE-10), de acuerdo a la siguiente fórmula aplicada a la base de mortalidad 2004:

Edad	Esperanza Vida Hombres	Esperanza Vida Mujeres
0	80.00	82.5
1	79.36	81.84
5	73.38	77.95
10	70.40	72.99
15	65.41	68.02
20	60.44	63.08
25	55.47	58.17
30	50.51	53.27
35	45.57	48.38
40	40.64	45.53
45	35.77	38.72
50	30.99	33.99
55	26.32	29.37
60	21.81	24.83
65	17.50	20.44
70	13.58	16.20
75	10.17	12.28
80	7.45	8.9
85	5.24	6.22
90	3.54	4.25
95	2.31	2.89
100	1.46	2.00

Tabla 5.4: Tabla de Mortalidad Estandarizada Modelo West. Fuente: <http://catarina.udlap.mx/>

$$AVPM = \sum_0^L dxex$$

Donde:

dx = defunciones a la edad x

ex = esperanza de vida estándar a cada edad x del modelo West nivel 26, Tablas de Coale y Demey (Ver Tabla 5.4)

L = edad límite teórica de la tabla de vida elegida.

A pesar de presentar restricciones, las Tablas de Coale y Demeny, son las más utilizadas en la actualidad como tablas de vida estándar. Su restricción más importante es que los países latinoamericanos no fueron incorporados en su elaboración, como tampoco la experiencia de mortalidad de los últimos 25 años.

4. Estimación de Años Vividos con Discapacidad (AVD): para el cálculo del AVD se requieren los siguientes parámetros:

- Incidencia de cada enfermedad

- Duración de la enfermedad
- Promedio de edad de inicio de la enfermedad para cada tramo de edad escogido.
- Peso de la discapacidad.

Y su fórmula es la siguiente:

$$AVD = I \times D \times [1 - \exp(-rL)] / r$$

Donde:

I =es el número de casos incidentes en el período de referencia

D =es el peso de la discapacidad (cuyo valor va entre 0 –sin discapacidad o sano- y 1 –muerte-)

L =es la duración promedio estimada de discapacidad

r = es la tasa de descuento propuesta

Esta etapa también se presta a ambigüedades, ya que por ejemplo, para calcular los pesos de la discapacidad (D) se utilizaron distintos estudios, como lo fue el de Murray (1996) y el de Mathers, Vos & Stevenson (1999) y Stouthard y colaboradores (1997), además de la realización juicios de expertos, estableciendo la tabla de los pesos de discapacidad (ver Tabla 5.5).

Clase	Descripción	Peso
Clase 0	Ausencia de discapacidad	0.000
Clase 1	Capacidad limitada para realizar una actividad de alguna de estas áreas: educación, procreación, recreación, ocupación.	0.096
Clase 2	Capacidad limitada para realizar la mayoría de las actividades en una de las siguientes áreas: educación, procreación, recreación, ocupación.	0.220
Clase 3	Capacidad limitada para realizar actividades en dos o más de las siguientes áreas: educación, procreación, recreación, ocupación.	0.400
Clase 4	Capacidad limitada para realizar la mayor parte de las actividades en todas las siguientes áreas: educación, procreación, recreación, ocupación.	0.600
Clase 5	Requiere de asistencia para actividades de la vida diaria como preparación de alimentos, comprar, labores domésticas.	0.810
Clase 6	Requiere de asistencia para actividades de la vida diaria como comer, higiene personal, uso de baño	0.920
Clase 7	Muerte	1.000

Tabla 5.5: Descripción de los pesos de discapacidad. Fuente: Murray, López (1994) Global comparative assessments in the health sector. Disease Burden, expenditures and intervention packages.

Sin embargo aunque existe esta tabla con los pesos de discapacidad, al final la otorgación del puntaje a cada enfermedad en consensuado con la contraparte ministerial , por lo que tiene una leve componente subjetiva.

5. Estimación de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad, (AVISA): La estimación de los AVISA por edad, sexo y enfermedad (grupo, subgrupo y específicas) siempre se realiza mediante la siguiente ecuación:

$$AVISA = AVPM + AVD$$

derivada de la siguiente fórmula:

$$\int_{x=a}^{x=a+L} DCxe^{-\beta x} e^{-r(x-a)} dx$$

Donde:

D =discapacidad

$Cxe^{-\beta x}$ =valor del tiempo vivido a diferentes edades; en que C =constante de corrección del peso por edad; x = edad; β =parámetro que determina que edad de la persona la sociedad valora más.

a =edad de inicio de la enfermedad.

L =duración de la discapacidad o el tiempo perdido por muerte prematura

r = tasa de descuento

En la ecuación AVISA las dos componentes más importantes son:

- Valoración del tiempo vivido a cada edad $Cxe^{-\beta x}$
- la Tasa de descuento (r)

a. Valoración del tiempo vivido a cada edad:

La valoración social del tiempo vivido a diferentes edades, ha sido uno de los parámetros más debatidos del indicador AVISA (Anand & Hanson 1997; Williams, 1999), dado que algunos estudios de carga no han incluido este factor

$$Cxe^{-\beta x}$$

Donde:

C =constante de corrección del peso por edad que se le asigna un valor de 0.16243

x =la edad

β = parámetro que determina qué edad de la persona, la sociedad valora más.

Este último parámetro es el crítico. La valoración social del tiempo vivido a diferentes edades, ha sido uno de los parámetros más debatidos del indicador AVISA (Anand & Hanson 1997; Williams, 1999), dado que algunos estudios de carga no han incluido este factor, este es el factor de preferencias sociales

5.2.2. Estudio de Verificación de Costo (EVC)

Este es el único estudio obligatorio para la priorización de GES. El esquema para el cálculo de este se muestra en la Figura 5.9

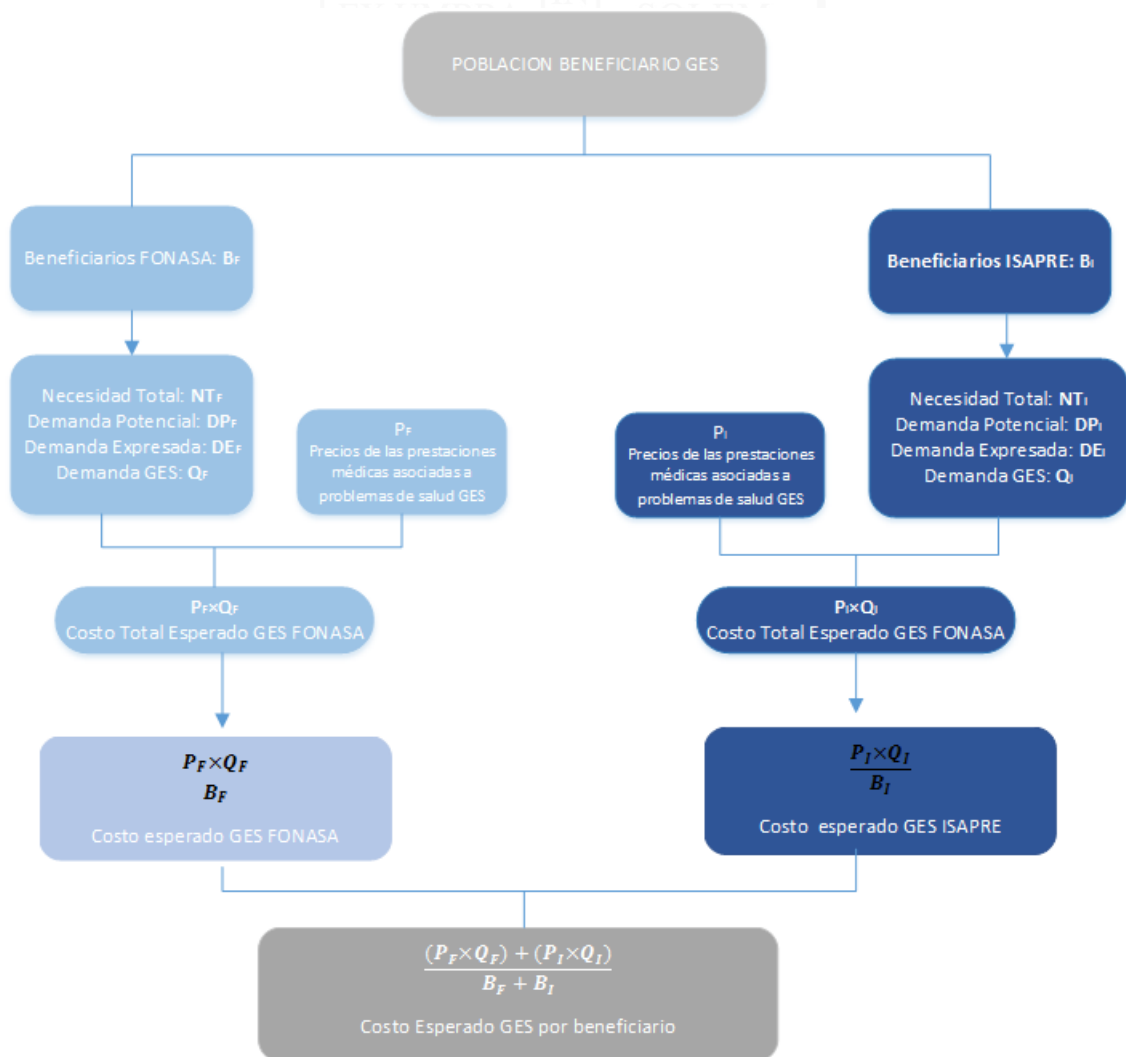


Figura 5.9: Esquema General de Cálculo de EVC. Fuente: EVC realizado por universidad de Chile, 2016

Su metodología radica en 3 puntos principales:

1. Estimar la **población** de Beneficiarios de FONASA e ISAPRE
2. Realizar una estimación de **demanda** GES por atención para cada uno de los problemas de salud y sus intervenciones asociadas.
3. Obtener los **precios y costos** de las prestaciones que forman parte de los problemas de salud.

Para poder finalmente estimar el costo anual esperado individual promedio por beneficiario (CEPB) para cada uno de los problemas de salud y sus prestaciones asociadas

Metodología

1. Población Se estima la población que pertenecerá al sistema de seguridad social en salud, no existe un único procedimiento para el cálculo de este. En el EVC realizado el 2012 por ejemplo se proyectó la población a través de un la población adscrita al FONASA en diciembre del 2011 y a las ISAPRES del 2012 como punto de partida y se basaron en las tasas de crecimiento históricas de esta población y de la población nacional en los últimos años [Ministerio de Salud \(2013\)](#). Esto quiere decir que los consultores supusieron que la población FONASA crecería a una tasa igual a la del crecimiento poblacional de los últimos 10 años.

Por otra parte las fuentes de información utilizadas principalmente para estimar la población presente en el Régimen GES son obtenidas de: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Ministerio de Desarrollo Social (MIDESOC), Superintendencia de Salud, Fondo Nacional de Salud (FONASA) y DIPRECA.

2. Demanda El procedimiento para la estimación de la demanda al igual que en el anterior no obedece a un único procedimiento, este cálculo se puede realizar según lo que estime conveniente la organización encargada de realizar el estudio. Según el Estudio del EVC realizado el 2012 por atenciones de salud GES se ilustra en la Figura 5.10. Comienza con la estimación de la población FONASA e ISAPRE para el año 2013. Le sigue una estimación de la necesidad médica de atención para cada PS y para cada uno de los grupos principales de prestaciones (GPP) que componen cada problema de salud (PS). Para estimar la necesidad médica por PS y por cada GPP se recurrió a información epidemiológica proveniente de:

- Las guías clínicas GES,

- la Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010,
- la literatura chilena e internacional
- los EVC anteriores.

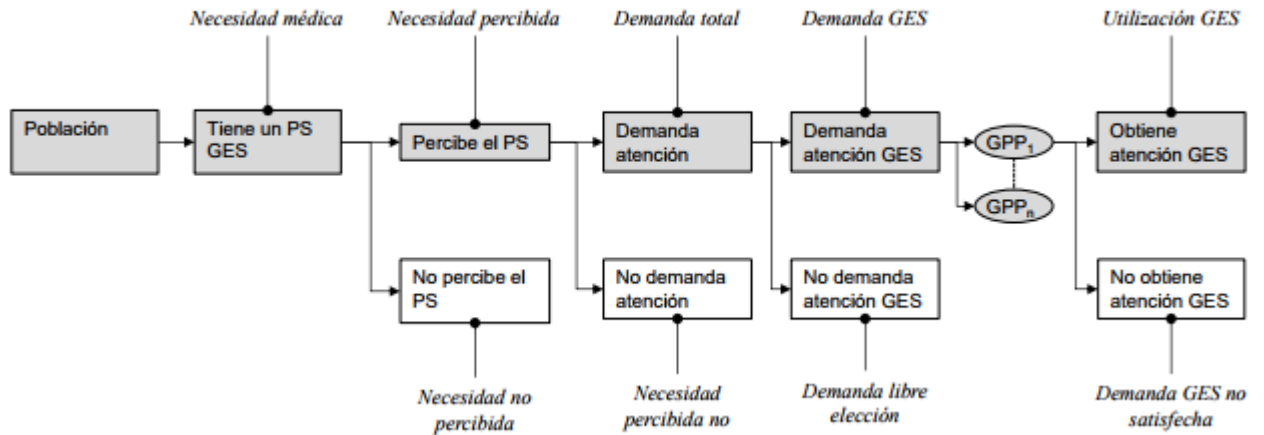


Figura 5.10: Secuencia necesidad-demanda-utilización GES. Fuente: Informe Final EVS 2012, Minsal

En el EVC realizado el 2012 señalan que la proyección de la demanda fue crítico estimar qué proporción de los demandantes recurrirán a la atención GES en las redes del FONASA o las ISAPRE, o bien a la atención de libre elección con cada uno de estos dos tipos de aseguradores: mientras mayor es la proporción de beneficiarios que demandan atención GES, en lugar de libre elección, mayor es el costo GES para el FONASA y las ISAPRE.

Por otra parte un EVC realizado el 2016 señala que para la estimación de demanda por atención de GES, se siguió el siguiente diagrama:

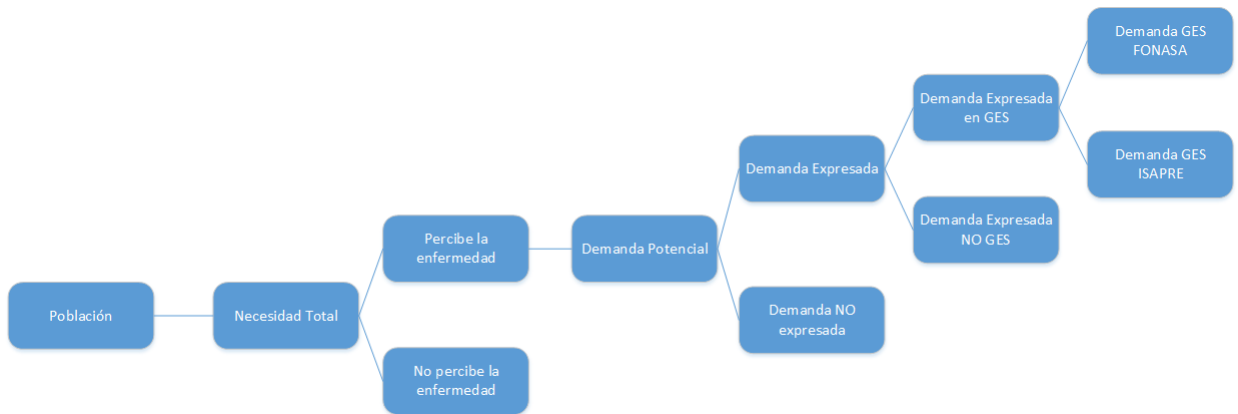


Figura 5.11: Flujograma Demanda estimada. Fuente: IAS Uchile

Y realiza cálculos para:

- Necesidad Total
- Demanda Potencial
- Demanda Expresada
- Demanda Expresada en GES

Necesidad Total: este parámetro se estimó a través de información epidemiológica proveniente de diversas fuentes de información: Encuesta Nacional de Salud; estudios EVC anteriores; Guías Clínicas; información de las sociedades científicas chilenas; valores de prevalencia/ incidencia utilizados en el Estudio de Carga de Enfermedad del año 2007 y cuando no se dispuso de valores más actuales obtenidos de la bibliografía revisada en Pubmed y Scielo, etc

Demanda Potencial: La Demanda Potencial se estimó a través de indicadores tales como: Población por Seguro, Necesidad Total de Atención en salud, la Incidencia y la Prevalencia.

Demanda Expresada: se realizó a partir de indicadores de morbilidad tales como tasas de egresos hospitalarios, consultas de morbilidad, atenciones de urgencia, etc., información obtenida a partir de bases de datos nacionales del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud o información proveniente de la búsqueda bibliográfica.

Demanda Expresada en GES: consistió en la DE multiplicada por un coeficiente que se construyó caso a caso, seleccionando o combinando variables que corresponden a características del problema de salud (PS) en particular, como las preferencias del paciente, oferta y acceso a servicios, costo del tratamiento (medicamentos o implementos), el Uso de GES informado en la CASEN 2013 para algunos PS y otras. También, finalmente, a solicitud de la contraparte, dichas demandas consideraron variables de Uso para ajustarlas, provenientes de SIGGES y de facturación FONASA, y de la Superintendencia de Salud para las ISAPRES.

También el EVC realizado el 2016 señala que se utilizó un *modelo de elección discreta* para predecir la proporción de individuos que, del total que presenten cierta patología (y que la perciban, la expresen, cumplan las condiciones de acceso y resuelvan demandar en GES), opten por utilizar efectivamente la red de prestadores bajo GES en ambos sistemas (FONASA e ISAPRE).

3. Costos El procedimiento para la determinación del costo esperado individual promedio pertinente está establecido en el artículo 12, párrafo 5 del Decreto N°121 del 2005 del Minsal, el cual dice: “*El costo esperado individual promedio pertinente resultará del cuociente entre el gasto total y el número total de beneficiarios Fonasa e Isapres, expresado en pesos. El valor resultante se denominará costo esperado individual promedio*” pertinente.

Ahora eso sí no se señala como calcular el precio (costo) de las prestaciones de cada problema de salud PS, es por eso que acá también depende del proveedor que este realizando el estudio para el cálculo de este. En el EVC realizado el 2016 se determinan una lista de precios para el FONASA separados de los de ISAPRE, y por precios de para prestaciones aranceladas (PA) y no aranceladas (PNA) (Ver Tabla 5.6)

	Precios PA	Precios PNA
Determinación de Precios FONASA	Valores ECPS 2011 de la PUC para las prestaciones costeadas en el mismo, ajustados a las variaciones porcentuales MAI 2011- MAI 2015.	Precios obtenidos de la Central Nacional de Abastecimientos 2014 (CENABAST).
	Para las prestaciones no costeadas en el mismo en forma específica se utilizó la variación promedio a nivel de grupos de prestaciones con el MAI establecidas en el ECPS2011).	Precios del registro de Mercado Público para el año 2014
	Para los grupos en que el estudio no informa dichas variaciones de precio (grupos 05, 06, 23, 43 y 47), se utilizó los valores del EVC 2012 actualizados con IPC a junio 2015.	Precios del estudio EVC 2012 reajustado por la variación del IPC del periodo en cuestión.
	Para 6 prestaciones que no cumplían con lo anterior se utilizó los valores MAI o MLE 2015 actualizados a Junio 2015	Precios IMS Health.
		Precios de los aranceles MAI y MLE.
Determinación de Precios ISAPRE	Precios del archivo específico de prestaciones de las ISAPRE (79,3 % de las prestaciones)	Precios de la Base IMS Health. En caso de que hubiese existido más de un producto genérico, se tomó el valor promedio entre ellos.
	Precios del archivo de prestaciones ISAPRE abiertas (Valores Prestador Preferente) 2013 actualizados por IPC (13,3 % PRESTACIONES)	Precios del EVC 2012 actualizados según variación IPC.
	Precios del EVC 2012 (6,6 %)	Vector de precios FONASA.
	Vector público de precios (0,8 %)	

Tabla 5.6: Propuesta hecha para determinar los precios de las prestaciones de FONASA e ISAPRE.
Fuente: EVC 2016 realizado por la UChile

Posteriormente se realiza el cálculo del vector único de precios con la siguiente fórmula :

$$\frac{(Demanda_{fonasa} \times Precio_{fonasa}) + (Demanda_{isapre} \times Precio_{isapre})}{(Demanda_{fonasa} + Demanda_{isapre})}$$

Obteniendo el Costo esperado por beneficiario como se observa en la Figura 5.12:

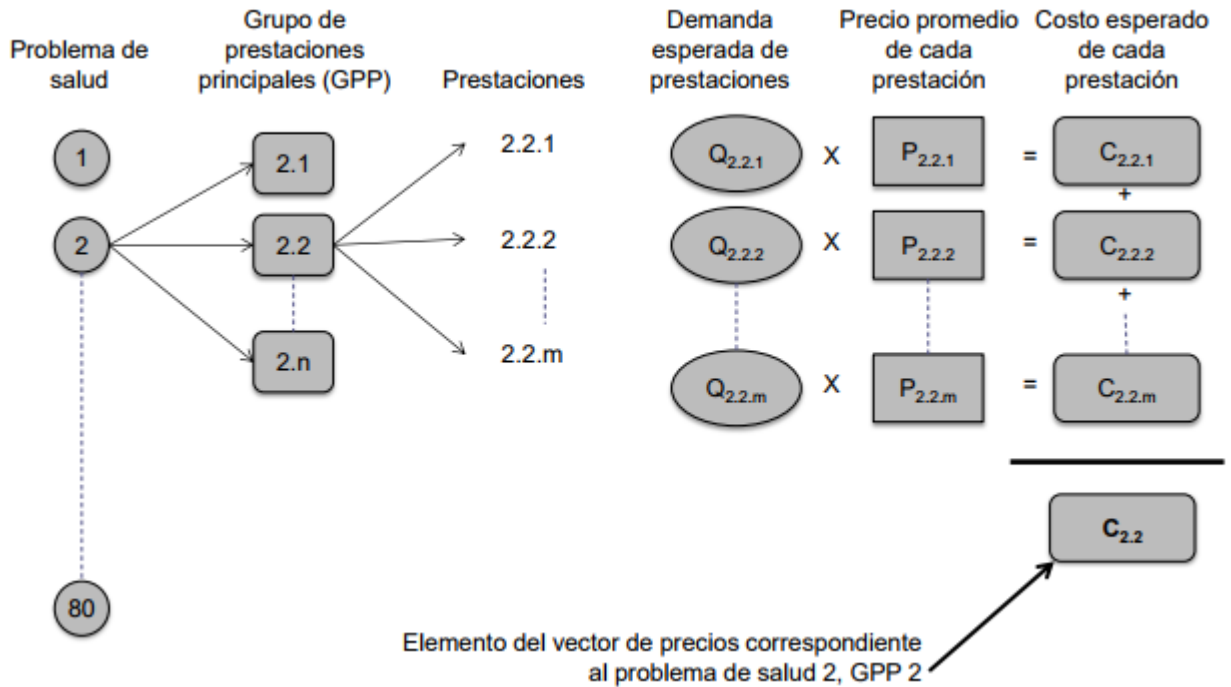


Figura 5.12: Ilustración del procedimiento de cálculo de los precios que integran el vector de precios de FONASA e ISAPRE. Fuente: EVC 2012, Minsal

Los resultados obtenidos del EVC 2012 y 2016 se muestran en la Figura 5.13:

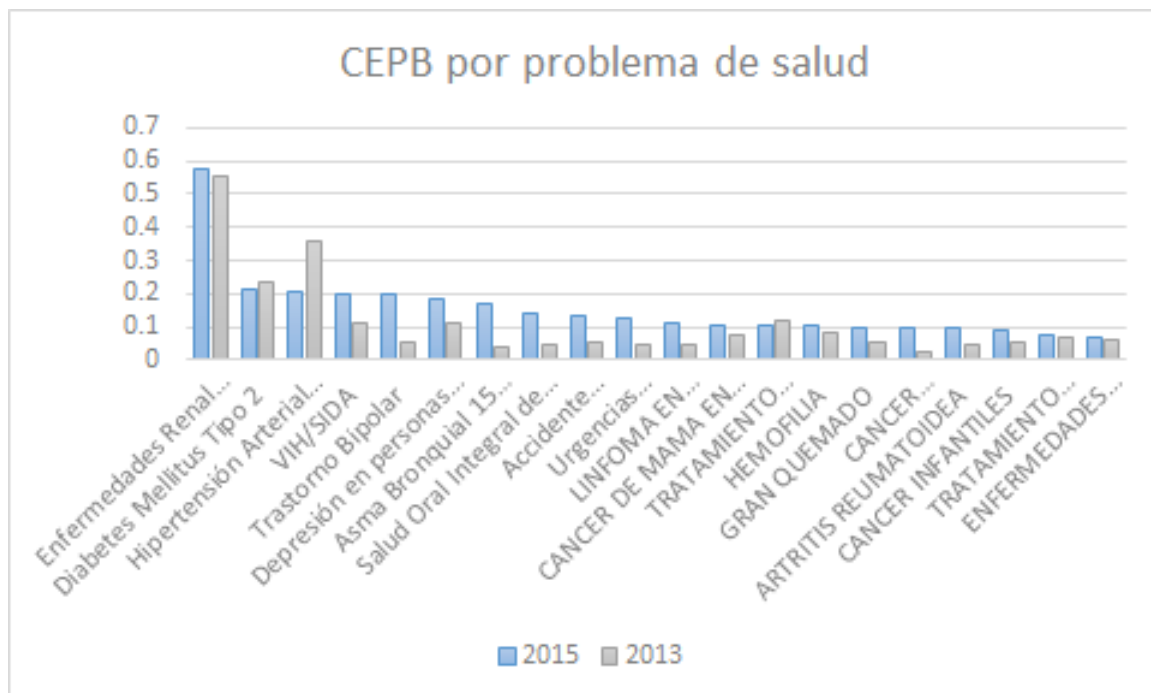


Figura 5.13: Costo Esperado por beneficiario de los 20 problemas de salud con mayor gasto. Fuente: Elaboración propia con datos de EVC 2012 y 2016.

5.2.3. Estudio de Prioridades Sociales

Estos estudios se aproximan más a la comunidad, los cuales establecen un orden y jerarquización de un conjunto de enfermedades de acuerdo a criterios socio culturales. El método del estudio es de naturaleza cualitativa y da cuenta de percepciones, creencias y representaciones en relación a la salud y los problemas prioritarios de salud, es decir, opera en el orden simbólico de la realidad social. El estudio de prioridades sociales realizado el 2008 se realizaron 2 técnicas cualitativas de orden grupal:

- Grupo de discusión: el grupo de discusión comprende un proceso de generación de consensos, considerando que la disputa por poder de parte de los hablantes, representada por la negociación, apunta finalmente a un común horizonte de sentido, que es precisamente la representación social de ese discurso, esto es el modo en que esos discursos actúan en la sociedad. Lo que hace el grupo de discusión es develar de manera objetiva aquellas representaciones sociales que operan como gatilladoras de los comportamientos y actitudes sociales
- Grupo focal: se define como una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percep-

ciones sobre una particular área de interés. El investigador planea previamente las temáticas y, si es el caso, el tópico no se da por agotado retomando nuevamente una y otra vez ya que interesa captar en profundidad los diversos puntos de vista sobre el asunto discutido.

Con estas herramientas se realizaron guías de trabajo que pedían lo siguiente:

- Identificar los problemas de salud y enfermedades más importantes para el país, para su grupo y para los participantes mismos y los criterios que fundan su importancia
- Modos de resolución de los propios problemas de salud
- Conocimiento sobre el plan AUGE
- Ejercicio de media hora de asignación de recurso de salud

Por otra parte los criterios para la selección de individuos fueron las siguientes:

Variables Generales	1. Personas mayores de 18 años 2. Residentes en las regiones III, V, RM, VIII y IX
Variables Internas	1. Género: Hombres y Mujeres 2. Edad: entre 18 y 75 años 3. Asegurador: ISAPRE y FONASA 4. Nivel Socioeconómico: GSE 5. Condición Laboral
Criterios de Exclusión	1. Estar en tratamiento por enfermedades graves: SIDA, cáncer, discapacidad física severa de cualquier causa, enfermedades mentales 2. Personas que trabajen en servicios de salud o instituciones relacionadas públicas y privadas o que tengan familiares directos que lo hagan. 3. Cientistas sociales o personas ligadas a la investigación de mercado 4. Nivel socioeconómico alto

Tabla 5.7: Criterio para selección de individuos en el Estudio de prioridades sociales realizado el 2008.
Fuente:

Por otra parte algunos estudios de prioridades sociales tiene los siguientes criterios asociados a grupos sociales:

- Vulnerabilidad relativa de la infancia y AM: emerge de la discusión sobre la vulnerabilidad de grupos de edad “históricamente” priorizados. AM y niños siguen siendo priorizados cuando su condición es vulnerabilidad social crítica.

- Equidad en la atención del ciclo vital: se relaciona con la importancia de cautelar e igualar acceso a la atención en salud en todas las etapas del ciclo de vida: preocupación por los adultos y jóvenes.
- Genero: prevalece mayor preocupación por los problemas de la mujer fundamentado en una interpretación social y cultural que le asigna mayor vulnerabilidad.

Y los siguientes criterios para definir prioridades de salud:

- Gravedad: asociada a problemas de salud que causan discapacidad, riesgo de muerte
- Frecuencia: (Magnitud): reconocimiento de alta ocurrencia de algunos problemas de salud en el entorno.
- Funcionamiento social: el valor asignado a los problemas de salud que afectan el funcionamiento social y la autonomía que conllevan a respuestas adversas del entorno

Y finalmente se encuentran criterios sociales que orientan garantías:

- . Equidad y solidaridad social: los problemas priorizados cubra a todos igualitariamente (edad y sexo)
- Prevención y Factor de Riesgo: emerge la necesidad de anticiparse al daño y actuar oportunamente en la prevención y en los factores de riesgo.
- Oportunidad y Beneficio del Tratamiento: salvaguardar la oportunidad y beneficio del tratamiento oportuno de los problemas de salud.
- Integralidad del Tratamiento: atención integral del problema de salud prevención-tratamiento-rehabilitación y complicaciones asociadas. [Ministerio de Salud \(2008\)](#)

Este estudio al ser cualitativo, no sigue un procedimiento determinado, pero es necesario para responder a la necesidad de legitimar públicas de salud sobre asignación de recursos escasos; asegurando por una parte el el ejercicio democrático y de participación ciudadana, y por otra, asegurando, o al menos intentando, un ajuste de a valores.

5.2.4. Estudio de Capacidad de Oferta

Son realizados para determinar la capacidad de oferta del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS) para la implementación de potenciales nuevos problemas de salud. Estos estudios

entregan resultados de los servicios del sistema de salud, capacidad de hospitales, médicos, etc. No se encontró un estudio público para analizar a fondo sus criterios.

5.3. Resultados del Plan AUGE-GES.

El AUGE es un plan creada como un derecho social para los chilenos. Este tiene como pilar asegurar 4 garantías:

- Acceso: Obligación de Fonasa e Isapres de otorgar determinadas prestaciones de salud a todos sus beneficiarios.
- Oportunidad: Tiempos máximos de atención para prestaciones prioritarias en la atención del problema de salud.
- Protección Financiera: Límite máximo al gasto de bolsillo que puede ocasionar a la familia la atención del problema de salud.
- Calidad: Estándares adecuados para la correcta atención de salud, entregada por prestadores institucionales acreditados y especialistas certificados.

Por lo tanto los resultados del GES se evaluarán según estas garantías:

5.3.1. Garantía de Acceso

Esta garantía abarca el derecho de adherirse a las atenciones definidas para cada enfermedad. En otras palabras es el derecho a ingreso al Sistema AUGE/GES. Para tener derecho al acceso de esta garantía los beneficiarios deben:

- Presente una enfermedad que esté incluida entre los 80 problemas de salud o patologías GES.
- Cumplir las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras definidas para cada uno de los problemas de salud.
- Atenderse en la red de prestadores determinada por el Fonasa o la Isapre, cuya prestaciones estén debidamente prescritas por un profesional de la salud de dicha red y que estén garantizadas dentro de un determinado problema de salud.

La evolución del número de personas que se han visto beneficiadas con el Auge tanto en ISAPRE como en FONASA, en materia de la garantía de acceso se puede apreciar en la Figura 5.14:

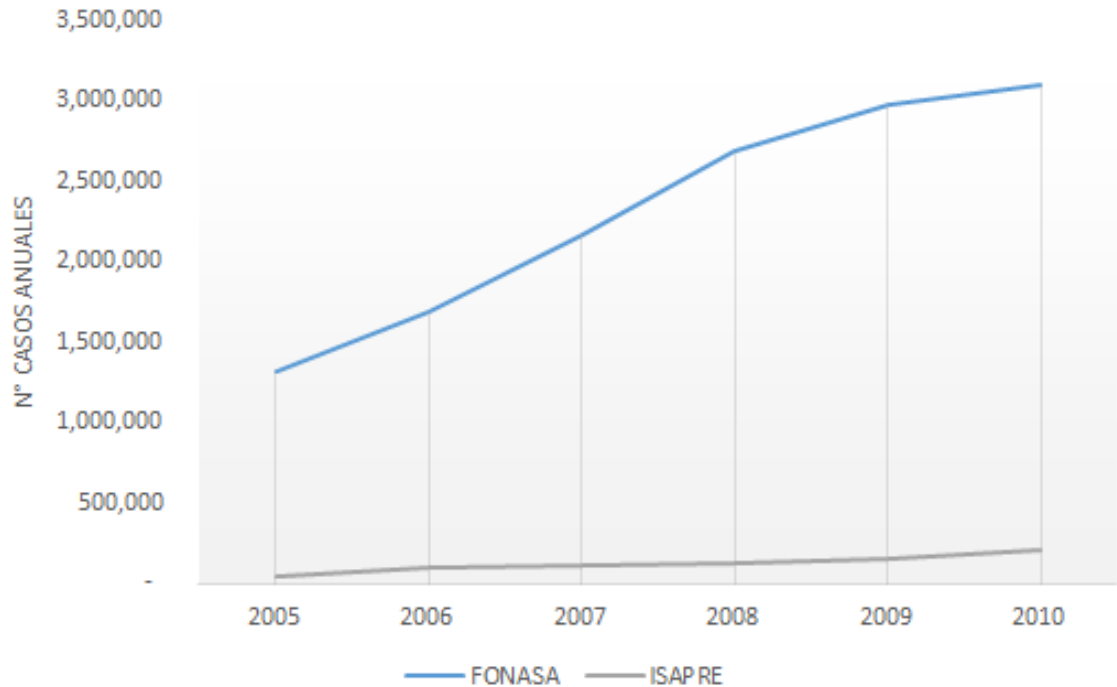


Figura 5.14: N° de personas que accedieron al AUGE/GES. Fuente: Elaboración Propia con datos obtenidos de Superintendencia de Salud.

En esta gráfica se puede apreciar que la oportunidad de Acceso ha ido mejorando con el tiempo, ya que en sus primeros años atendía a 1.300.000 y 50.000 personas en Fonasa e Isapre respectivamente, mientras que en el 2015 esta cifra aumentó a más de 3.000.000 de personas en Fonasa y 300.000 en Isapre.

5.3.2. Garantía de Oportunidad

Esta garantía abarca el derecho del paciente de recibir las atenciones del AUGE dentro de los plazos definidos para cada una de las patologías o problemas de salud en particular, y en sus distintas etapas (diagnóstico, tratamiento, seguimiento). Es importante señalar en este punto que no todas las patologías incluyen diagnóstico, tratamiento y seguimiento; eso sí, todas incluyen tratamiento, pero algunas no poseen diagnóstico o seguimiento.

Los plazos máximos de atención (Ver Tabla A.6, A.7, A.8 y A.9), son los mismos para los beneficiarios de Fonasa e Isapres. Si la persona no es atendida en el plazo fijado puede exigir su garantía reclamando ante FONASA o Isapre, en un plazo máximo de 30 días. La institución tienen un plazo máximo de de 2 días para designar un Segundo Prestador. Este nuevo prestador tendrá un plazo de 10 días corridos para atenderlo, salvo que el problema garantizado a resolver sea menor.

En el caso de que Fonasa o Isapre no designen un Segundo Prestador o éste no cumpliera con la atención, el paciente deberá reclamar de inmediato ante la Superintendencia de Salud, solicitando un Tercer Prestador, que será designado dentro de los 2 días siguientes a la presentación del reclamo.

Un buen indicador que permite saber como se está en materia de Oportunidad AUGE/GES son las listas de espera (Ver Figura 5.15). El Ministerio de Salud está obligado por ley de presupuesto a publicar en su página web un informe trimestral que contenga los retrasos en el cumplimiento de la garantía de oportunidad de cada una de las patologías comprendidas en el Régimen AUGE/GES (Glosa N°6). La pagina web del Ministerio de Salud tiene datos publicados desde el 2012 con respecto a la glosa N°6.

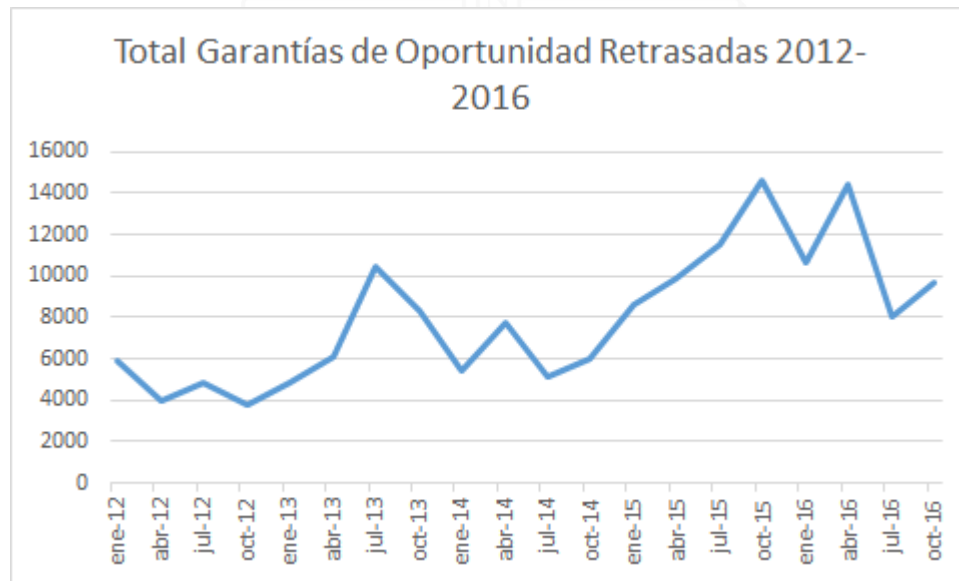


Figura 5.15: Total Garantías de Oportunidades Retrasadas 2012-2016. Fuente: elaboración propia con datos Glosa 06 de la Ley de Presupuesto del Ministerio de Salud.

Bono Auge

Cabe destacar que se han realizado hartos esfuerzos por mejorar esta garantía, una de las más importantes fue crear el “Bono Auge”, el cual comenzó a operar en octubre del 2010. El propósito del programa Bono AUGE fue reducir el número de personas en lista de espera por incumplidas de patologías que establece el GES, a través de la asignación de un prestador alternativo frente a un reclamo por incumplimiento de la garantía de oportunidad. El Programa Bono AUGE se hace cargo únicamente de las prestaciones vinculadas a la garantía incumplida y no necesariamente de la solución final del problema de salud del asegurado. A modo de ejemplo, puede darse el

caso en el que el Bono se hace cargo de la confirmación diagnóstica del problema de salud cuya garantía se encuentra incumplida, no obstante, una vez recibida la atención en un establecimiento de salud privado, el beneficiario debe volver al sistema público a continuar con el tratamiento, si corresponde.

¿Cual es el presupuesto de este programa? El presupuesto del programa “Bono Auge” se puede apreciar en la Figura 5.16.

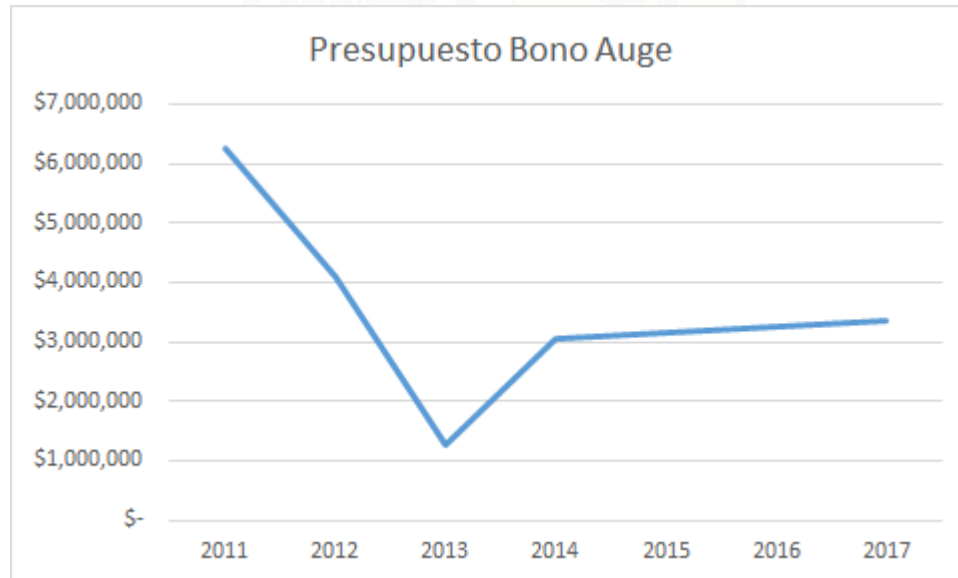


Figura 5.16: Presupuesto Bono Auge. Fuente: Ley de Presupuesto

Todo el análisis hecho anterior es sólo para el caso FONASA, en el caso de las Isapres, estas deben y cumplen con la garantía de oportunidad. No existe lista de espera de GES en las Isapres.

5.3.3. Garantía Protección Financiera

Esta garantía es la que determina derecho del paciente a obtener una cobertura económica para las atenciones del AUGE. Para los resultados es importante separar el sector publico (FONASA), del privado (ISAPRE)

FONASA

Las personas que cotizan en FONASA no deben pagar ninguna prima para poder acceder a este beneficio.

Pero si deben pagar un copago si es que hacen uso de alguna de las patologías presentes en el Régimen AUGE/GES. El valor que deben pagar depende del tramo de ingreso del paciente:

- Tramo A, adultos mayores de 60 años o más y PRAIS: cobertura del 100 % del valor de las atenciones médicas
- Tramo B: cobertura del 100 % del valor de las atenciones médicas
- Tramo C: cobertura del 90 % del valor de las atenciones médicas
- Tramo D: cobertura del 80 % del valor de las atenciones médicas

ISAPRES Las personas que cotizan en Isapre deben pagar una prima por concepto de AUGE, utilices o no el Régimen AUGE/GES .

Además de pagar un prima mensual, los cotizantes y beneficiarios de Isapre deben pagar un copago que corresponde a un 20 % del arancel definido para cada canasta de prestaciones de su problema de salud que utilice, y solo hasta cumplir un copago máximo. Alcanzado el copago la Isapre cubrirá el 100 % de los gastos de las prestaciones siguientes.

5.3.4. Garantía Calidad

Esta garantía es la que determina el derecho del paciente a recibir las atenciones del AUGE por parte de una institución o profesional registrado y acreditado por la Superintendencia de Salud. Esta garantía surge de la necesidad de asegurar universalmente niveles mínimos de calidad asistencial, de modo que estas garantías sean susceptibles de ser exigidas jurídicamente por los pacientes a su respectivo seguro de salud. Esta garantía es la última en entrar en vigencia, recién el 2013 comenzó a regir gracias al decreto N°4 del 2013. En este decreto se estipulaba las siguientes etapas progresivas :

- 1° julio 2013: Los Prestadores Individuales deberán tener certificada su formación ante la Superintendencia de Salud. Esto quiere decir que, Profesionales y Técnicos de salud deberán estar inscritos en el *Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud* que administra la Superintendencia de Salud para otorgar prestaciones AUGE.
- 1° julio 2014: Los Prestadores Institucionales que traten patologías quirúrgicas de alta complejidad deberán estar acreditados. Total 24 tratamientos de patologías GES. Esto quiere decir que Los hospitales y clínicas de alta complejidad que otorguen tratamiento para algunos de

los 24 problemas de salud (Ver Tabla 5.8) –definidos para esta etapa- deberán estar acreditados e inscritos en el *Registro de Prestadores Acreditados* de la Superintendencia de Salud para brindar prestaciones AUGE.

- 1° julio 2015: Todos los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada que otorguen las 80 patologías AUGE deberán estar acreditados.

N°	Nombre Enfermedad
1.	Cardiopatías Congénitas Operables en Menores de 15 años
2.	Cáncer de Mama en Personas de 15 años y más.
3.	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en Personas Menores de 25 años
4.	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
5.	Fisura Labiopalatina
6.	Cáncer en Personas Menores de 15 años
7.	Linfomas en Personas de 15 Años y más
8.	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en Personas de 15 años y más, que requieren Marcapaso
9.	Cáncer Gástrico
10.	Cáncer de Próstata en Personas de 15 años y más
11.	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
12.	Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales
13.	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en Personas de 15 años y más
14.	Leucemia en Personas de 15 años y más
15.	Trauma Ocular Grave
16.	Retinopatía del Prematuro
17.	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro
18.	Cáncer Colorectal en Personas de 15 años y más
19.	Cáncer de ovario epitelial
20.	Cáncer Vesical en Personas de 15 años y más
21.	Osteosarcoma en Personas de 15 años y más
22.	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica en Personas de 15 años y más
23.	Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
24.	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de las Válvulas Mitral y Tricúspide en Personas de 15 años y más.

Tabla 5.8: Primeras 24 enfermedades del GES que otorga garantía de calidad. Fuente: Superintendencia de Salud

A continuación se muestra el *Registro Nacional de Prestadores Individuales* de Salud, entre el período 2009-2017:

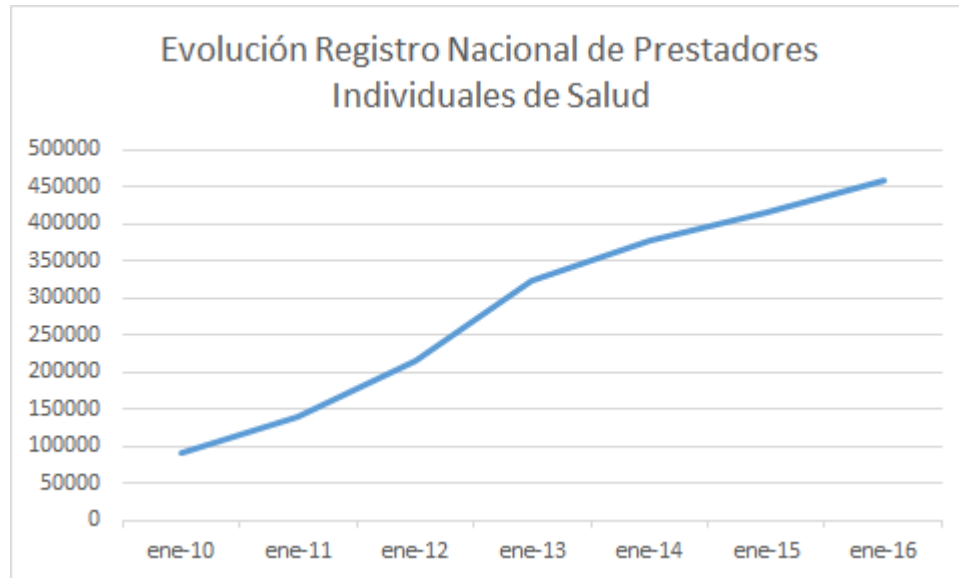


Figura 5.17: Evolución Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Fuente: Unidad de Registro, Intendencia de Prestadores de Salud

Este registro contempla tanto el escalafón profesional (Ver Tabla 5.9), como el profesional-auxiliar (Ver Tabla)

Habilitación Legal	N° de registros	% del total
Médicos Cirujanos	42.176	9,2 %
CirujanosDentistas	20.108	4,4 %
Enfermeros	42.423	9,2 %
Matrones	12.088	2,6 %
Enfermeros Matrones	3.125	0,7 %
Tecnólogos Médicos	12.439	2,7 %
Psicólogos	48.958	10,6 %
Kinesiólogos	22.503	4,9 %
Farmacéuticos y Químico Farmacéuticos	8.620	1,9 %
Bioquímicos	2.601	0,6 %
Nutricionistas	12.348	2,7 %
Fonoaudiólogos	9.115	2,0 %
TerapeutasOcupacionales	4.249	0,9 %
Total	240.753	52,3 %

Tabla 5.9: Inscripciones profesionales de la salud. Fuente: Superintendencia de Salud

Habilitación Legal	N° de registros	% del total
Técnicos de Nivel Medio en Salud	5.725	1,2 %
Técnicos de Nivel Superior en Salud	153.835	33,4 %
Auxiliares en Salud	51.380	11,2 %
Otros Profesionales: Agrupa a Acupunturistas, Contactólogos, Cosmetólogos, Homeópatas, Laboratorista Dental, Ópticos, Podólogos y Naturópatas	8.349	1,8 %
Total	219.289	47,7 %

Tabla 5.10: Inscripciones profesionales-auxiliares de la salud. Fuente: Superintendencia de Salud

Por otra parte el *Registro de Prestadores Acreditados*, tiene el registro de todos aquellas centros de salud que cumplen con los estándares de calidad establecidos en el Decreto N° 15 del 2007, cuya última modificación fue realizada en el 2015, por el Decreto N°77. Hasta el 31 de marzo de 2017 existen 279 Prestadores Institucionales Acreditados, de los cuales 40 corresponden a aquellos prestadores que acreditan por segunda o tercera vez y 239 lograron su primera acreditación (Ver Figura 5.18).

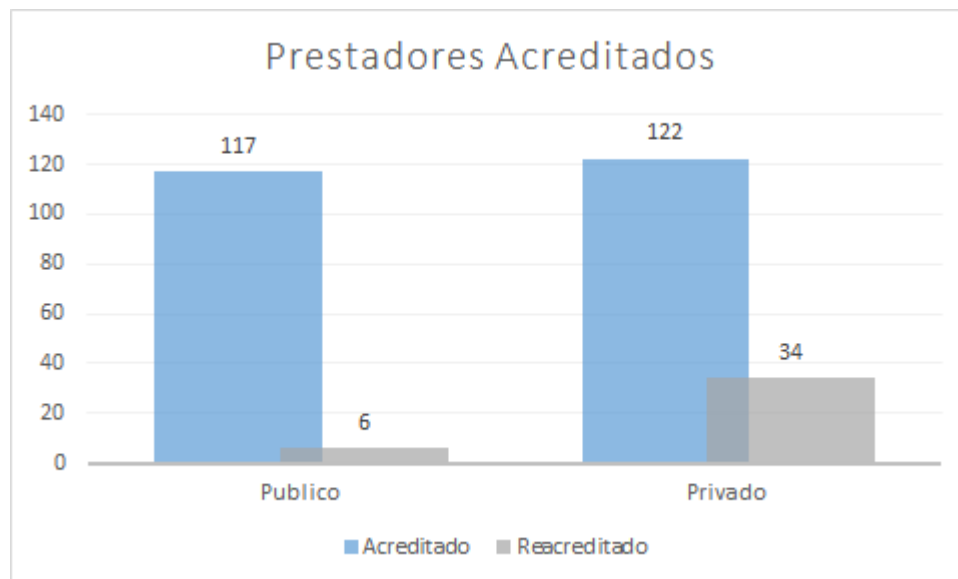


Figura 5.18: N° de Prestadores Acreditados. Fuente: : Unidad de Registros, Intendencia de Prestadores

Si desagregamos esta información por tipo de complejidad en el cual están acreditados los centros de salud, se obtiene la siguiente gráfica:

Estas nos indica que existe un total de 123 instituciones públicas acreditadas, donde, 59 co-

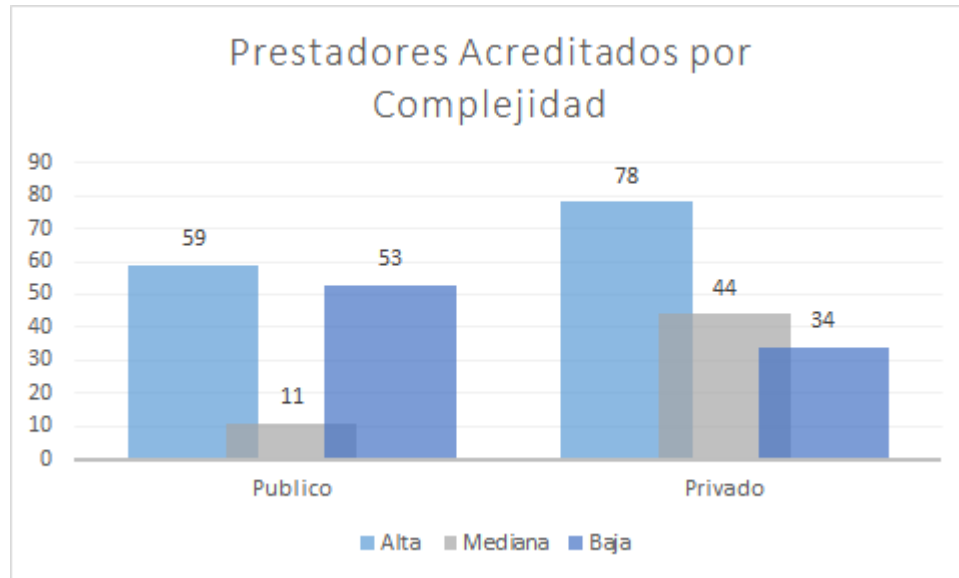


Figura 5.19: Prestadores Acreditados por Complejidad. Fuente: Unidad de Registros, Intendencia de Prestadores

rresponde a alta complejidad, 11 a mediana complejidad y 53 a baja complejidad, mientras que por otra parte, la Figura 5.19 señala que existen 156 instituciones privadas acreditadas, donde 78 corresponden a alta complejidad, 44 a mediana complejidad y 34 a baja complejidad.

El cumplimiento de esta garantía además de ser la última en incorporarse, no ha cumplido con los plazos definidos en un principio, sin ir más lejos el Superintendente de Salud el 2014, Sebastián Pavlovic, debió anunciar la postergación de la “Garantía de Calidad” desde el 1 julio de 2014 hasta el 30 de junio del año 2016 para todos los los hospitales y clínicas de alta complejidad que brinden tratamientos para alguno de los 24 problemas de salud; esto debido a que a la fecha (2014), sólo se contaba con un 40 % de los hospitales y clínicas acreditados del total de la red de hospitales-clínicas del Régimen GES. Por lo que una acreditación masiva para cumplir el plazo habría significado rebajar un estándar que pretende justamente garantizar la seguridad de los usuarios, y al contrario, considerar que solo pueden atender dichas priorizaciones solo los que están acreditados en ese plazo, constituiría una inmensa irresponsabilidad tomando en cuenta el bajo número de centros de salud acreditados.

En el 2016 empezó a regir en su totalidad la garantía de calidad, eso quiere decir, las 3 etapas. Pero nuevamente los plazos y estándares definidos no pudieron cumplirse y ese año se promulgó un decreto que señalaba que hospitales que no estaban cumpliendo el plazo de acreditación de calidad podían atender casos Auge, si es que no existía un recinto cercano de salud.

5.4. Propuesta

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.

El Modelo utilizado actualmente de priorización de enfermedades es perfectible, dentro de las correcciones del sistema de priorización de GES se realizan las siguientes propuestas

5.4.1. Establecer un diseño temporal del proceso de priorización

Es importante establecer los tiempos reales de las actividades claves del proceso de GES, ya que en muchas ocasiones las autoridades no podían realizar recomendaciones por la presión permanente de plazos políticos que a veces eran muy irreales. La existencia de un apresuramiento en definir temas, que requieren de un mayor nivel de diseño o detalle, debido a los tiempos políticos. Esto tiene notoriedad en las actas de las reuniones del Consejo Consultivo, el cual en reiteradas ocasiones pone énfasis en que no pueden realizar recomendaciones por 2 razones:

- Los estudios no están terminados
- Tienen sólo 30 días para dar una respuesta

Por lo que se propone realizar un diseño de los tiempos de la priorización GES, con la experiencia que ya se tiene (GES-56 y GES-49) se propone utilizar los siguientes tiempo para cada etapa (Ver Tabla 5.11)

Actividad	Tiempo Estimado	Observaciones	Actores Principales
1. Resolución Ministerio Hacienda	1 días	Fija Prima Universal. Marco de Recursos disponibles	Ministerio de Hacienda
2. Resolución Minsal	7 días	Fija equipo de trabajo, estudios científicos y análisis técnico, sanitarios y económicos que se requieran	Subsecretaría de Salud Pública y Secretaría Técnica AUGE
3. Etapa de Estudios y de análisis técnico	180 días	Determinar listado de prioridades en salud	Equipo de Trabajo MINSAL, Secretaria Técnica AUGE, DIPLAS
4. Etapa de priorización de problemas e intervenciones	60 días	Descartar aquellas enfermedades para las que no exista evidencia	Equipo de Trabajo MINSAL, Secretaria Técnica AUGE, DIPLAS
5. Determinación de Canastas	90 días		Secretaría Técnica AUGE-FONASA
6. Etapa de EVCEB	18 meses		DIPLAS-DSAL, Ministerio de Hacienda, Superintendencia de Salud
7. Formulación Final de las Garantías	60 días	En esta etapa realiza las recomendaciones el Consejo Consultivo	Ministerio de Salud y Hacienda.

Tabla 5.11: Tiempos estimados proceso de priorización GES. Fuente: Minsal

Estas etapas siguen la siguiente secuencia:



Figura 5.20: Carta Gantt de las procesos de priorización GES. Fuente: Elaboración propia

5.4.2. Creación de repositorio con todos los estudios para GES

La creación de este repositorio con los distintos estudios realizados para priorizar GES es con el fin de tener una base de datos actualizada con estudios, estadísticas para las personas que deben tomar las decisiones como lo son el Consejo Consultivo, Dirección de Planificación de Salud (DIPLAS), Secretaría Técnica de AUGE, Equipo de Trabajo MINSAL ya que un informa realizado por el Minsal señala que en muchas ocasiones no se encontró la información necesario para la toma de decisión o se obtuvo la información de manera retrasada por lo que el proceso de priorización no fue el óptimo.

5.4.3. Creación de un órgano formal de dirección de garantías

Crear un órgano formal de dirección de garantías que lleve el proceso de priorización y coordine a las diferentes instancias y actores relevantes, que sea un proceso de retroalimentación continuo, que considere la implementación, incluyendo entre otros guías clínicas y aranceles. Este organismo debiese ser autónomo, diferente del Ministerio de Salud o la Superintendencia de Salud, algo similar al sistema que tiene el Reino Unido con el NICE que es el encargado de establecer las guías clínicas en materia de sanidad con criterios claros.

5.4.4. Establecer con detalle los criterios explícitos a utilizar en la priorización

En la presente tesis se encontraron incongruencias en el establecimiento de los criterios de priorización sanitarias, ya que no siempre se utilizan todos los criterios que establece la ley N°19.966 y el Decreto N°121 como:

- Carga de enfermedad
- Eficacia y efectividad
- Capacidad de oferta

- Preferencias Sociales

Por lo que se propone transparentar estos criterios al realizar *siempre* los siguientes estudios para la priorización de GES:

1. Estudio de Carga de Enfermedad
2. Estudio de Costo-Efectividad
3. Estudio de Prioridades Sociales
4. Estudio de Capacidad de Oferta

Para el caso de prioridades sociales al ser un estudio mayormente cualitativo se propone determinar las prioridades de salud en función de los siguientes criterios sociales:

- Criterios sociales para definir grupos prioritarios
- Criterios sociales para establecer relevancia de problemas de salud
- Criterios emergentes que orientes garantías y políticas de salud

Criterios sociales asociados a grupos prioritarios: asociadas a etapas del ciclo de vida y género.

Criterios sociales para establecer relevancia de problemas de salud: utilizar criterios de gravedad, magnitud o frecuencia y limitación de capacidad.

Criterios emergentes que orientes garantías y políticas de salud : son criterios que expresan una opción por el bienestar colectivo y no necesariamente por la atención focalizada en algunos grupos sociales.

Todos estos criterios serán utilizados para la elaboración de un cuestionario estructurado (utilizando el Método Simplex), en el cual se realizarán preguntas que reflejen estos criterios y los encuestados puedan responder según una escala de “acuerdo” a “desacuerdo”.

Finalmente cabe recordar que la incorporación de las nuevas patologías al Régimen GES se informan por un decreto en el cual se detallan las nuevas patologías incorporadas y las coberturas adicionales que se incorporaron, pero no el porqué de esta decisión, por lo que la propuesta final de este punto es realizar una “historia de cada decreto” que contenga el porqué de la elección de las patologías de salud escogidas permitiendo transparentar los cambios que se van produciendo.

5.5. Como medir los efectos de la propuesta

La propuesta se basó con el objetivo de mejorar las garantías ofrecidas en el plan GES, es por eso que los efectos fundamentales de la propuesta se medirán según estas 4 garantías explícitas; principalmente por las de Oportunidad (relacionada con la atención dentro de los plazos máximos de espera) y de Protección Financiera (obtener una cobertura económica para las atenciones del AUGE).

1. Garantía de Acceso: evolución del número de personas que acceden al sistema.
2. Garantía de Oportunidad: por aumento/disminución de lista de espera y el porcentaje que representa el fondo común de las utilidades de la Isapre “Fondo GES- Isapres” en comparación con el “Bono Auge”.
3. Garantía de Protección Financiera: evolución de los copagos realizados por los beneficiarios en conjunto con el Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) de las familias chilenas
4. Garantía de Calidad: número de establecimientos que cumplen con los estándares de calidad.

Además se hará un análisis del nivel de salud de la población con los índices de natalidad, mortalidad y morbilidad para ver el avance de las reformas en el Régimen GES

6 | Conclusiones y Recomendaciones

El establecimiento de prioridades es una tarea ineludible en el ámbito sanitario, donde se manifiesta como en pocos otros el conflicto entre recursos escasos y necesidades ilimitadas. En esta tesis revisamos la cuestión del establecimiento de prioridades en salud y servicios sanitarios a la luz de la experiencia nacional e internacional.

Algunas veces la toma de decisiones sobre qué problemas de salud deben ser prioritarios, se hace de manera poco explícita y por motivos que no siempre son lo suficientemente razonados.

Chile creó un Régimen de Garantías Estatales de Salud, la cual empezó a regir a principios del 2005 con 25 patologías iniciales. Este Plan denominado AUGE en un comienzo señalaba que cada 3 años se podrían agregar nuevas enfermedades, siguiendo ciertos criterios. Estos criterios salían de un algoritmo de priorización que fue diseñado por el Ministerio de Salud entre los años 2002-2004. Período en que se hace una reforma de salud, la cual había comenzado con el establecimiento de prioridades de salud para la década 2000-2010. Dentro de los hallazgos más importantes en la presente tesis se concluye y recomienda lo siguiente:

1. Es importante señalar que no hay soluciones simples o técnicas en materia de priorización de salud, ya que el establecimiento de prioridades es un proceso continuo, limitado por los recursos y la capacidad de oferta del sistema; Aunque si se pueden establecer mecanismos para su continua revisión. Es por eso que se hace énfasis en esta etapa, en la cual se recomienda medir el progreso de las garantías de Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera que entrega el Régimen GES las cuales en la actualidad son monitoreadas por un sistema que maneja FONASA con variables geográficas (regiones, comunas), y tipo de problema de salud, pero no incluyen variables como gasto por patología, las cuales servirían para realizar estudios de costo-efectividad.
2. Por otra parte se plantea que la justa priorización en salud es posible mediante un proceso justo, esto quiere decir, que las decisiones y fundamentos de las autoridades sean públicas y

con un criterio técnico. Se encuentra evidencia de que los criterios utilizados para seleccionar enfermedades para la lista AUGE son los comúnmente utilizados en otras economías como la de México y Colombia, con criterios de magnitud, trascendencia, eficiencia, efectividad, etc, sin embargo, no se explicita cómo deben ser considerados, ni la importancia que se le debe dar a cada uno, tampoco se señala si todos los criterios deben ser incorporados para todas las decisiones, en ese sentido se recomienda mantener los criterios ya definidos: carga de enfermedad, efectividad de las intervenciones, costo-efectividad, capacidad de la oferta, prioridades sociales, a través de los estudios propuestos en 5.4.4

3. Se encontró un problema grave respecto a la falta de información de los estudios realizados, esto apunta en que en algunas ocasiones se realizan los estudios debidos (carga de enfermedad, EVC, etc) pero al no contar con un sistema de registro online, los tomadores de decisiones no pueden contar con estos a tiempo para realizar recomendaciones y correcciones debidas, por lo que se recomienda realizar un repositorio con todos los estudios para GES.
4. No existe un informe final público que señale la causa de la incorporación (o no) de las nuevas patologías. Esto hace generar un malestar en la población al no saber el motivo de la exclusión de enfermedades que padece y generan un alto impacto financiero en su día a día, por lo que se recomienda establecer un informe que proporcione detalles específicos sobre la exclusión e inclusión de las enfermedades al plan AUGE/GES.
5. En la actualidad la comunidad no participa directamente en la toma de decisión de los problemas de salud que entran al GES, sólo se realizan estudios de preferencias sociales los cuales determinan ciertas prioridades de grupos sociales o problemas de salud; aunque no en todos los procesos se utilizan estos estudios, es por eso que se recomienda considerar a representantes de la comunidad al Consejo Consultivo además de incorporar a través de la Encuesta Nacional de Salud la opinión de la comunidad.
6. Se recomienda avanzar en soluciones más integrales (mejores coberturas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento) en los problemas de salud del GES
7. Se encontró que las personas que están adscritas en el Régimen de las FF.AA. y las del Orden y Seguridad Pública (como Carabineros y Gendarmería) no tienen derecho a las GES por lo que se recomienda al Gobierno incluir a las personas del régimen CAPREDENA y DIPRE-

CA en el Plan AUGE, ya que este régimen fue realizado con el objetivo de otorgar derechos de acceso universal y garantías de atención para los problemas de salud más relevantes, tanto en el ámbito público como privado.



Bibliografía

- Aguilera, Ximena; González, Claudia; Guerrero, Andrea; Bedregal, P; Milosavijevic, Vivian; Rivera, Marisol; et al. (2002). Objetivos sanitarios para la década 2000–2010. *El Vigía*, 5, 15. [2.1](#)
- Álvarez Pérez, Adolfo Gerardo; García Fariñas, Anai; Rodríguez Salvá, Armando; y Bonet Gorbea, Mariano (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en cuba. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 45(3), 0–0. [3.1.1](#)
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). Declaración de los derechos humanos. <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights>. [Acceso Julio de 2016]. [1.1](#)
- Asua, Jose y Taboada, Jorge (2006). Experiencias e instrumentos de priorización. *IRYSS*, 1(1), 28–43. [5.1.1](#)
- Banco Mundial (2014). Oficio circular if/n 19. <http://databank.bancomundial.org/data/databases.aspx>. [Acceso Julio de 2016]. [2.9](#), [3.2.1](#), [3.2.2](#), [3.2.3](#), [3.2.4](#), [3.2.6](#), [3.2.7](#), [3.2.8](#), [3.2.9](#)
- Bastías, Gabriel y Valdivia, Gonzalo (2007). Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (ges). su origen y evolución. *Boletín Escuela de Medicina*, 32(2). [2.1](#)
- Becerra, Natalia Margarita Cediell y Krause, Gérard (2013). Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health*, 15(5), 694. [4.2.2](#)
- Belló, Mariana y Becerril-Montekio, Victor M (2011). Sistema de salud de Argentina. *salud pública de México*, 53, s96–s109. [3.1.5](#)
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2004). Ley n 19.966. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>. [Acceso Julio de 2016]. [2.4](#), [2.5.1](#), [4](#)
- Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile (2005). Ley ricarte soto. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=241199>. [Acceso Junio de 2016]. [2.5.2](#)
- Borja-Aburto, Víctor Hugo (2000). Estudios ecológicos. *salud pública de México*, 42(6), 533–538. [5.1.3](#)
- Busse, Reinhard (1999). Priority-setting and rationing in German health care. *Health Policy*, 50(1), 71–90. [3.2.6](#)
- Calltorp, Johan (1999). Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy*, 50(1), 1–22. [3.2.3](#), [3.2.8](#)

- Cardona, Álvaro; Mejía, Luz M; Vargas, Gilma S; Álvarez, Edwin; y Nieto, Emmanuel (2013). Análisis de la actualización del plan obligatorio de salud del sistema de seguridad social en salud colombiano, 2009-2012. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 258–270. 3.1.3
- Chile Atiende (2010). Auge - ges: Plan de acceso universal a garantías explícitas. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/2464>. [Acceso Septiembre de 2016]. 2.3.2, 2.7.1
- Dantés, Octavio Gómez; Sesma, Sergio; Becerril, Victor M; Knaul, Felicia M; Arreola, Héctor; y Frenk, Julio (2011). Sistema de salud de México. *salud pública de México*, 53, s220–s232. 3.1.2
- de Gier, HG (2009). El estado de bienestar holandés y la dependencia. 3.2.4
- Domínguez-Alonso, Emma y Zacea, Eduardo (2011). Sistema de salud de Cuba. *salud pública de México*, 53, s168–s176. 3.1.1
- Drummond, Michael F; Sculpher, Mark J; Claxton, Karl; Stoddart, Greg L; y Torrance, George W (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press. 5.1.3
- Executive, NHS (2005). *Information for health: an information strategy for the modern NHS 1998-2005: a national strategy for local implementation*. NHS Executive. 3.2.5
- Factor, Roni y Kang, Minah (2014). Priority setting in health care as portrayed in south korean and israeli newspapers. *Health policy*, 114(2), 226–235. 4.3.7
- FONASA (2016). Ley ricarte soto. <http://leyricartesoto.fonasa.cl/>. [Acceso Octubre de 2016]. 2.9.3
- Frenk, Julio; Gómez-Dantés, Octavio; y Knaul, Felicia Marie (2009). The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(7), 542–548. 4.3.3
- Frenk, Julio; González-Pier, Eduardo; Gómez-Dantés, Octavio; Lezana, Miguel Ángel; y Knaul, Felicia Marie (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *salud pública de México*, 49, s23–s36. 3.1.2
- Frenk, Julio; Lozano, Rafael; González-Block, Miguel Ángel; Ruelas, E; Bobadilla, JL; Zurita, E; et al. (1994). Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. *Informe Final. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud*, (pp. 144–45). 5.1.1
- Garantías Explícitas en Salud (2005). Declaración de los derechos humanos. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>. [Acceso Agosto de 2016]. 2.1
- Guerrero, Ramiro; Gallego, Ana Isabel; Becerril-Montekio, Victor; y Vásquez, Johanna (2011). Sistema de salud de Colombia. *salud pública de México*, 53, s144–s155. 3.1.3
- Hosseinpoor, Ahmad Reza; Bergen, Nicole; Koller, Theadora; Prasad, Amit; Schlottheuber, Anne; et al. (2015). El monitoreo orientado a la equidad en el contexto de la cobertura universal de salud. 4.1
- Howden-Chapman, Philippa y Ashton, Toni (2000). Public purchasing and private priorities for healthcare in New Zealand. *Health Policy*, 54(1), 27–43. 4.3.8

- Infante, A (2008). Los primeros tres años del consejo consultivo del auge. *Documento interno del Consejo Octubre*. 2.6.4
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales Subdepartamento de Regulación (2013). Oficio circular if/n 19. http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-8672_recurso_1.pdf. [Acceso Agosto de 2016]. 2.8.2
- Kang, Minah y Reich, Michael R (2014). Between credit claiming and blame avoidance: The changing politics of priority-setting for korea's national health insurance system. *Health policy*, 115(1), 9–17. 4.3.6
- Lauerer, M; Emmert, M; y Schöffski, O (2013). The quality of the german health-care system in an international comparison-a systematic review. 3.2.6
- Lazcano-Ponce, Eduardo; Salazar-Martínez, Eduardo; y Hernández-Avila, Mauricio (2001). Estudios epidemiológicos de casos y controles. fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud pública de México*, 43(2), 135–150. 5.1.3
- López Goñi, Irene (2004). Bases organizativas del sistema educativo en suecia. *HUARTE DE SAN JUAN. Psicología y Pedagogía N. 11/Psikologia eta Pedagogia 11. Z. Pamplona: Universidad Pública de Navarra/Nafarroako Unibertsitate Publikoa, 2004. Págs. 33-55*. 3.2.3
- Manríquez, Juan; Valdivia, Gonzalo; Rada, Gabriel; y Letelier, Luz María (2005). Análisis crítico de ensayos clínicos randomizados publicados en revistas biomédicas chilenas. *Revista médica de Chile*, 133(4), 439–446. 5.1.3
- Manzanera, R; Villalbí, JR; Navarro, A; y Armengol, R (1996). La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 10(57), 299–310. 5.1.2
- Miles, Maureen; Latham, Heather; y Biles, Jessica (2016). 5 the australian and new zealand health care systems. *Chronic Care Nursing: A Framework for Practice*, (pp.64). 3.2.7
- Ministerio de Salud (2008). Estudios auge. <https://es.slideshare.net/alexortizcabezas/estudios-ges-subsecretaria>. [Acceso Mayo de 2017]. 5.2.3
- Ministerio de Salud (2013). Estudio verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario. <https://pormuestrasalud.files.wordpress.com/2013/03/informe-final-evc-2012-minsal.pdf>. [Acceso Mayo de 2017]. 5.2.2
- Ministerio Salud Argentina (2003). Pmo. http://www.sssalud.gov.ar/pmo/res_201.php. [Acceso Agosto de 2016]. 3.1.5
- Mitton, Craig y Donaldson, Cam (2002). Setting priorities in canadian regional health authorities: a survey of key decision makers. *Health policy*, 60(1), 39–58. 3.2.2, 4.3.5
- Mitton, Craig y Prout, Sarah (2004). Setting priorities in the south west of western australia: where are we now? *Australian Health Review*, 28(3), 301–310. 4.3.4
- Montekio, Víctor Becerril; Medina, Guadalupe; y Aquino, Rosana (2011). Sistema de salud de brasil. *salud pública de méxico*, 53, s120–s131. 3.1.4
- Obama, Barack (2016). United states health care reform: progress to date and next steps. *Jama*, 316(5), 525–532. 3.2.1

- Oberlander, Jonathan (2012). The future of obamacare. *New England Journal of Medicine*, 367(23), 2165–2167. [3.2.1](#)
- Oortwijn, Wija J; Vondeling, Hindrik; van Barneveld, Teus; van Vugt, Christel; y Bouter, Lex M (2002). Priority setting for health technology assessment in the netherlands: principles and practice. *Health Policy*, 62(3), 227–242. [3.2.4](#)
- Pineault, Raynald y Daveluy, Carole (1987). *Planificación sanitaria; conceptos, métodos, estrategias*. Masson, SA. [5.1.2](#)
- Rissanen, Pekka y Häkkinen, Unto (1999). Priority-setting in finnish healthcare. *Health Policy*, 50(1), 143–153. [4.3.9](#)
- Roa Ruben, Maceira Daniel (2011). Cómo definir una canasta de servicios asistenciales: claves para aumentar la eficiencia del sistema de salud. *CIPPEC*, 49, s1–s15. [3.1.5](#)
- Sánchez Martínez, Fernando I; Abellán Perpiñán, José María; y Martínez Pérez, Jorge E (2008). Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? métodos de priorización y disparidades regionales. *Revista Gaceta Sanitaria*, (pp. 126–136). [4.3.2](#)
- Santos Padron, Hilda (2008). Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas de México. *Revista Cubana de de Salud Pública*, 34(2), 15. [4.3.1](#)
- Smith, Neale; Mitton, Craig; Peacock, Stuart; Cornelissen, Evelyn; y MacLeod, Stuart (2009). Identifying research priorities for health care priority setting: a collaborative effort between managers and researcherspriority-setting and rationing in german health care. *Health Policy*, 9(1), 165–166. [4.2.1](#)
- Tolentino Silva, Marcus (2009). Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 251–257. [3.1.4](#)
- Valdivieso, Vicente y Montero, Joaquín (2010). El plan auge: 2005 al 2009. *Revista médica de Chile*, 138(8), 1040–1046. [4](#)
- Varela-Lema, Leonor; Atienza-Merino, Gerardo; y López-García, Marisa (2017). Priorización de intervenciones sanitarias. revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. *Gaceta Sanitaria*. [3.2.9](#), [4.2.3](#)
- Wailoo, Allan; Roberts, Jennifer; Brazier, John; y McCabe, Chris (2004). Efficiency, equity, and nice clinical guidelines: Clinical guidelines need a broader view than just the clinical. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7439), 536. [3.2.5](#)

A | Anexo

País	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chile	2.64	2.54	2.52	2.66	2.94	3.47	3.29	3.33	3.48	3.63	3.85
Argentina	3.52	3.66	3.65	3.78	4.12	5.04	4.16	3.75	2.96	2.74	2.65
Mexico	2.69	2.62	2.56	2.64	2.76	3.10	3.10	3.07	3.16	3.26	3.26
Brasil	3.32	3.43	3.49	3.46	3.61	3.84	3.79	3.65	3.66	3.83	3.83
Cuba	5.47	8.74	7.08	9.88	10.29	11.28	9.70	10.07	8.09	8.96	10.57
Colombia	4.08	4.32	4.54	4.54	4.70	5.15	4.98	5.02	5.28	5.22	5.41
Estados Unidos	6.70	6.72	6.88	7.02	7.37	8.01	8.08	8.07	8.04	8.05	8.28
Canadá	6.72	6.72	6.79	6.89	7.06	7.91	7.88	7.68	7.65	7.58	7.41
Suecia	7.40	7.35	7.26	7.25	7.52	8.10	7.72	9.91	9.96	10.05	10.02
Países Bajos	5.59	6.67	7.97	7.98	8.21	8.90	9.08	9.09	9.53	9.62	9.48
Alemania	7.92	8.01	7.86	7.73	7.90	8.71	8.58	8.31	8.36	8.57	8.70
Nueva Zelanda	6.28	6.57	6.92	6.88	8.91	9.32	9.31	9.34	9.55	9.23	9.08
Noruega	7.89	7.43	7.06	7.22	7.09	8.02	7.84	7.72	7.77	8.01	8.31
España	5.80	5.88	6.01	6.10	6.51	7.21	7.17	7.00	6.73	6.50	6.40
Reino Unido	6.48	6.66	6.83	6.79	7.22	8.16	7.94	7.77	7.80	7.78	7.58

Tabla A.1: Gasto en Salud, sector público (% del PIB). Fuente: Elaboración propia con datos BMD

País	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chile	12.67	12.54	13.45	13.72	13.56	14.06	13.80	14.34	14.65	15.32	15.88
Argentina	16.92	16.67	16.35	15.37	15.79	17.13	14.07	11.82	8.74	7.72	6.92
Mexico	12.79	12.05	11.18	11.33	10.65	11.38	11.53	11.36	11.47	11.58	11.58
Brasil	5.15	4.98	5.17	5.40	5.99	6.06	9.90	8.24	6.86	7.05	6.78
Cuba	10.32	13.73	11.21	14.48	13.18	14.93	13.87	15.10	11.55	14.15	18.01
Colombia	15.38	15.71	16.44	16.70	18.00	18.29	18.10	20.55	18.87	18.14	18.14
Estados Unidos	18.45	18.47	19.04	19.01	18.92	18.68	18.97	19.46	20.08	20.78	21.29
Canadá	17.24	17.50	17.58	17.84	18.01	18.12	18.23	18.40	18.57	18.57	18.77
Suecia	13.65	13.66	13.77	14.24	14.54	14.74	14.75	19.26	19.16	19.03	19.03
Países Bajos	12.94	15.82	18.77	18.91	19.10	18.65	19.04	19.56	20.35	20.86	20.86
Alemania	17.10	17.33	17.58	18.06	18.13	18.31	18.15	18.58	18.81	19.25	19.65
Nueva Zelandia	17.40	17.69	18.06	18.06	21.61	22.47	19.78	21.71	23.13	23.36	23.36
Noruega	17.54	17.66	17.31	17.42	17.62	17.41	17.42	17.61	18.11	18.18	18.21
España	14.91	15.29	15.66	15.58	15.73	15.61	15.49	15.31	14.09	14.50	14.50
Reino Unido	15.20	15.35	15.66	15.69	15.34	16.05	15.93	16.20	16.21	16.52	16.52

Tabla A.2: Porcentaje destinado del Presupuesto Público a Salud. Fuente: Elaboracion propia con datos BMD

País	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chile	38.05	37.90	40.73	41.85	42.84	46.91	47.28	47.58	48.03	48.24	49.47
Argentina	51.49	53.53	54.70	58.25	61.84	66.02	63.56	63.56	58.95	54.84	55.43
Mexico	43.99	43.33	43.90	44.67	45.55	46.94	48.53	50.75	50.86	51.74	51.77
Brasil	47.02	41.51	41.80	41.73	43.84	44.41	45.80	45.17	44.32	45.12	46.04
Cuba	89.09	93.08	92.31	94.85	95.37	95.78	95.19	95.04	94.15	94.52	95.61
Colombia	76.02	74.21	74.20	72.59	70.97	73.42	73.63	75.59	76.12	76.26	75.12
Estados Unidos	44.25	44.36	45.07	45.07	45.98	47.15	47.48	47.34	47.26	47.61	48.30
Canadá	70.32	70.24	69.62	70.09	70.41	70.83	70.39	70.94	70.98	71.03	70.93
Suecia	81.37	81.16	81.13	81.36	81.50	81.50	81.51	84.72	84.35	84.00	84.03
Países Bajos	65.61	69.48	85.22	85.29	85.77	86.50	86.69	86.31	86.52	87.07	87.00
Alemania	76.37	76.13	75.99	75.95	76.03	76.38	76.22	75.99	76.07	76.75	76.99
Nueva Zelandia	79.63	79.68	80.07	82.39	83.25	83.20	83.10	83.11	82.80	82.58	82.35
Noruega	83.56	83.54	83.78	84.10	84.40	84.57	84.70	84.48	84.90	85.24	85.49
España	72.06	72.37	72.95	72.97	73.97	75.72	75.07	73.86	71.73	71.49	70.88
Reino Unido	81.24	80.85	81.63	80.73	81.58	83.21	83.53	83.15	82.91	83.31	83.14

Tabla A.3: % Gasto en Salud pública vs gasto total en Salud. Fuente: Elaboracion propia con datos BMD

Ley	Detalle	Fecha Publicación
N°18.469	Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de salud y crea un régimen de prestaciones de salud	23-NOV-1985
N°19.465	Establece el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas	02-AGO-1996
N° 19.888	Ley de Financiamiento, sube iba del 18 al 19 %	13-AGO-2003
N°19.966	Establece un Régimen de Garantías en Salud	03-SEPT-2004
N° 19.937	Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión	24-FEB-2004
N° 20.015	Ley de instituciones de Salud Previsional	17-MAY-2005
N° 20.584	Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud	24-ABR-2012
N°20.850	Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamiento de alto costo y rinde homenaje postumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos	06-JUN-2016

Tabla A.4: Leyes que relacionadas con el Régimen AUGE/GES. Fuente: Elaboración Propia con datos sacados de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

Decreto	Detalle	Fecha publicación
N° 170	Crea el Primer Régimen AUGE, incorporando 25 enfermedades	28-ENE-2005
N° 228	Crea el Segundo Régimen AUGE, con un total de 40 enfermedades	30-ENE-2006
N° 44	Crea el Tercer Régimen AUGE, con un total de 56 enfermedades	31-ENE-2007
N° 69	Modifica el decreto N°44 en algunas coberturas	28-AGO-2007
N° 1	Crea el Cuarto Régimen AUGE, con un total de 69 enfermedades	06-ENE-2010
N° 4	Crea el Quinto Régimen AUGE, con un total de 80 enfermedades	22-FEB-2013
N° 3	mantiene las mismas 80 patologías del régimen vigente, e incluye mejoras en 15 de estos problemas de salud, a las que incorpora nuevos tratamientos y medicamentos	03-MAR-2016
N°21	este decreto se realizo porque existieron errores en el decreto N°3 que afectarían a 40 de las 80 prestaciones.	29-JUN-16

Tabla A.5: Decretos supremos aprobados para incorporación de enfermedades en el Regimen GES.
Fuente: Elaboración Propia con datos extraídos de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

N°	Nombre Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
1.	Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5	-	peritoneodiálisis: 21 días ; hemodialisis 7 días; 90 días para acceso vascular y 10 meses para entrar a lista de espera	-
2.	Cardiopatía congénita operable en menores de 15 años	30 días para feto de 20 semanas, 48 horas para bebés de 0-7 días; 21 días para niños entre 8días-2 años y 6 meses para el resto	48 horas	-
3.	Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más	40 días	Etapas preinvasor: 30 días, Etapa invasor: 20 días	90 días
4.	Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado	-	5 días	-
5.	Infarto agudo al miocardio	30 min	30 min	-
6.	Diabetes mellitus tipo 1	30 min a paciente descompensado; 7 días consulta especialista	24 horas y 30 min si paciente está descompensado	-
7.	Diabetes mellitus tipo 2	45 días	24 horas, 90 días consulta especialista	-
8.	Cáncer de mama en personas de 15 años y más	45 días	Tratamiento primario: 30 días; Tratamiento Complementario: 20 días	90 días
9.	Disrafias espinales	Disrafia Abierta: 12 horas; Disrafia Cerrada: 90 días	Disrafia Abierta: Cirugía en 72 hrs; Disrafia Cerrada: Cirugía en 60 días	180 días
10.	Tratamiento quirúrgico escoliosis en <25 años	-	270 días y primer control en 10 días	-
11.	Tratamiento quirúrgico cataratas	180 días	casos de agudeza visual =< a 0,1: 90 días y casos de agudeza visual =< a 0,3 180 días	-
12.	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más	-	240 días	-
13.	Fisura labiopalatina	15 días	Pre-quirúrgica: 45 días. Cirugía Primaria: 30 días . Cirugía Secundaria: 60 días	-
14.	Cáncer en personas menores de 15 años	Leucemia: 14 días; linfomas y tumores sólidos: 37 días	Leucemia: 24 hrs (quimioterapia); linfomas y tumores sólido: 24 hrs (quimioterapia) y 10 días (radioterapia)	30 días
15.	Esquizofrenia	20 días	Inmediato	-
16.	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más	30 días	Cirugía: 15 días; Tratamientos Complementarios: 30 días	30 días
17.	Linfomas en personas de 15 años y más	35 días	Quimioterapia: 10 días; Radioterapia: 25 días	30 días
18.	VIH/sida	60 días	Inicio y Cambio no Precoz de Tratamiento: 35 días. Prevención Transmisión Madre e Hijo: Embarazadas: 7 días. Recién Nacido: 24 hrs	-
19.	Infección respiratoria aguda (ira) de manejo ambulatorio en <5 años	-	Tratamiento Farmacológico: 24 hrs; Tratamiento Kinesiológico: 24 hrs.	-
20.	Neumonía de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	48 horas	24 horas y 45 días consulta con especialista	

Tabla A.6: Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 21-40 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.

N°	Nombre Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
21.	Hipertensión arterial en personas de 15 años y más	45 días	24 horas; atención especialista 45 días	-
22.	Epilepsia no refractaria en personas de 1 año y menores de 15 años	60 días	7 días	-
23.	Salud oral integral para niños de 6 años	-	90 días	-
24.	Prevención de parto prematuro	6 horas	2 horas y consulta con especialista 14 días	-
25.	Arritmia cardíaca que requiere de marcapaso en personas de 15 años y más	30 días	30 días	1a consulta: 15 días
26.	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años	30 días	Cirugía: 90 días	-
27.	Cáncer gástrico	30 días	Intervención quirúrgica: 30 días	-
28.	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	60 días	60 días	1er control: 45 días
29.	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	180 días	30 días	-
30.	Estrabismo en niños menores de 9 años	90 días	Tratamiento Médico: Dentro de 30 días;	-
31.	Retinopatía diabética	90 días	Tratamiento Quirúrgico: Dentro de 90 días ;	-
32.	Desprendimiento de retina no traumático	5 días	Control Médico, dentro de 30 días	-
33.	Hemofilia	15 días	Inmediato	-
34.	Depresión en personas de 15 años y más	-	Inmediato; consulta especialista dentro de 30 días	-
35.	Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas	-	Tratamiento Médico: 7 días. Tratamiento Quirúrgico: 180 días si se trata de retención urinaria aguda y 90 días en los casos de retención urinaria crónica	-
36.	Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más	-	Entrega de bastón, colchón antiescaras, dentro de 20 días; Entrega de silla de ruedas y andador dentro de 30 días.	-
37.	Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	72 horas	24 horas	Control en 10 días y rehabilitación en 10 días
38.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	30 días	45 días	-
39.	Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años	20 días	30 días	-
40.	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	Inmediato	Inmediato, Ingreso a prestador con capacidad resolutive integral dentro de 72 horas	-

Tabla A.7: Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 1-40 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.

N°	Nombre Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
41.	Tratamiento en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	-	24 horas y 120 días con especialista	-
42.	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	24 hrs: Hemorragia Subaracnoidea; 48 hrs: aneurisma roto	24 horas	1er control: 30 días
43.	Tumor primario del sistema nervioso central en personas de 15 años y más	25 días	30 días	1er control: 30 días
44.	Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	-	45 días	30 días
45.	Leucemia en personas de 15 años y más	Leucemia Aguda: 21 días; Leucemia Crónica: 60 días	Leucemia Aguda: 72 hrs; Leucemia Crónica: 10 días	Leucemia Aguda: 14 días; Leucemia Crónica: 30 días
46.	Urgencia odontológica ambulatoria	-	Inmediato	-
47.	Salud oral integral del adulto de 60 años	-	90 días	-
48.	Politraumatizado grave	-	24 horas	-
49.	Traumatismo craneo encefálico moderado o grave	12 horas	24 horas	-
50.	Trauma ocular grave	12 horas	60 horas	-
51.	Fibrosis quística	-	Inmediato	-
52.	Artritis reumatoidea	-	Inmediato	-
53.	Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años	-	10 días	-
54.	Analgesia de parto	-	Inmediato	-
55.	Gran quemado	-	72 horas	15 días
56.	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más	-	45 días	-
57.	Retinopatía del prematuro	48 horas	24 horas	30 días
58.	Displasia broncopulmonar del prematuro	-	24 horas	14 días
59.	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	3 meses	3 meses	14 días desde implante coclear.
60.	Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más	-	60 días	-

Tabla A.8: Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 41-60 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.

N°	Nombre Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
61.	Asma bronquial en personas de 15 años y más	20 días	60 días	-
62.	Enfermedad de parkinson	-	20 días; consulta especialista 60 días	-
63.	Artritis idiopática juvenil	-	7 días	-
64.	Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal	-	24 hrs; consulta especialista 30 días	-
65.	Displasia luxante de caderas	30 días	15 días	-
66.	Salud oral integral de la embarazada	-	21 días	-
67.	Esclerosis múltiple remitente recurrente	60 días	30 días	-
68.	Hepatitis crónica por virus hepatitis B	30 días	30 días	-
69.	Hepatitis C	45 días	Evaluación Pre-tratamiento: Dentro de 30 días; Tratamiento: Dentro de 30 días desde la indicación.	-
70.	Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más	45 días	30 días	90 días
71.	Cáncer de ovario epitelial	30 días	30 días	60 días
72.	Cáncer de vejiga en personas de 15 años y más	-	30 días	30 días
73.	Osteosarcoma	60 días	30 días	30 días
74.	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica	-	45 días	15 días
75.	Trastorno bipolar	-	24 horas	-
76.	Hipotiroidismo	-	7 días	-
77.	Tratamiento de hipoacusia moderada y severa en menor de 2 años	-	3 meses	14 días
78.	Lupus eritematoso sistémico	-	Inmediato	-
79.	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide	-	45 días	15 días
80.	Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori	-	7 días; atención con especialista en 60 días	-

Tabla A.9: Tiempos máximos de espera GES, para enfermedades 61-80 del AUGE. Fuente: Ministerio de Salud.