

¿Cómo los aspectos institucionales y organizativos inciden sobre la equidad? El caso de la política con enfoque de derechos de la salud en Chile*

Cunill Grau, Nuria**
Fernández, María Margarita***

Resumen

El artículo analiza los principios normativos de las políticas públicas con enfoque de derechos (PPED), su presencia en la reforma sanitaria chilena y las oportunidades y límites que su implantación abre al incremento de la equidad. Un análisis documental y de entrevistas en profundidad hechas a 40 directivos en cinco Servicios de Salud en tres regiones del país y autoridades nacionales, establecen que una insuficiente traducción de los principios de las PPED en los modos de organización y gestión del sector, hasta ahora no considerados en los análisis previos, crean significativas tensiones sobre la equidad. Se plantea la necesidad de atender a estos factores toda vez que esté en juego la implantación de una PPED.

Palabras clave: Políticas públicas, derechos humanos, gestión pública, reforma de la salud, Chile.

* Este trabajo forma parte del Proyecto FONDECYT 2009 N° 1090433 (CONICYT, CHILE). El proyecto tiene una duración de dos años y se titula "La viabilidad de la institucionalidad pública para la ejecución de políticas con enfoque de derechos. Aproximación desde el caso de las reformas de la salud en Chile". En él actúan como investigadores, además de las autoras, Marcos Fernández y Eduardo Araya.

** Doctora en Ciencias Sociales. Licenciada en Ciencias Políticas y Administrativas. Académica del Centro de Investigación Sociedad y Políticas Públicas de la Universidad de Los Lagos y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Asesora Especial del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, CLAD y Editora en Jefe de la revista Reforma y Democracia de esa institución. Dirección: Versalles 3025, Dpto. 21, Las Condes, Santiago, Chile. Correo electrónico: nuriacunill@vtr.net.

*** Magíster en Ciencias Biológicas. Nutricionista. Académica del Centro de Investigación Sociedad y Políticas Públicas de la Universidad de Los Lagos.

How do Institutional and Organizational Aspects Affect Equity? The Case of Policy Focused on Health Rights in Chile

Abstract

The article analyzes the normative principles of public policies focused on rights (PPED/PPFR), their presence in Chilean health reform and the opportunities and limitations their establishment opens for increasing equity. A documentary analysis and in-depth interviews with 40 directors at five Health Services in three regions of the country and with national authorities, indicate that an insufficient translation of PPFR principles into organizational and management modes for the sector creates significant tensions regarding equity, a situation that has not been considered in previous analyses. The study states the need to take care of these factors whenever establishment of a PPFR is involved.

Keywords: Public policies, human rights, public management, health reform, Chile.

Introducción

En el marco de sucesivas reformas en América Latina (Maceira, 2007) un cambio de orientación relevante por la potencialidad de avanzar en la justicia social se observa en la creación de sistemas de protección social¹ (Franco, 2001) y en la revalorización de los valores de la universalidad y equidad en las políticas de salud. En Chile este cambio se plasma a partir del año 2002 en una reforma que busca atender a las crecientes brechas y desigualdades de salud originadas, entre otros factores, por la segmentación de los servicios (OPS-OMS, 2003; CEPAL, 2008).

El artículo se propone demostrar que los principios normativos de las políticas públicas con enfoque de derechos (PPED) están presentes en la reforma de la salud chilena abriendo nuevas oportunidades para el incremento de la equidad, pero que su potencialidad está siendo limitada por la insuficiente traducción de tales principios en los modos de organización y gestión del sector salud. Estos aspectos, no suficientemente considerados en la literatura previa, agregan elementos de análisis a los ya tratados sobre las restricciones de

recursos como factores críticos de la reforma (Titelman, 2007; Vergara y Martínez, 2006; Urreola, 2005, 2008; Castro, 2007) y pueden iluminar sobre la implementación de las PPED. Los hallazgos son parte de una investigación más amplia que las autoras están desarrollando sobre la implantación de la reforma sanitaria en Chile (Cunill, Fernández, Vergara y Araya, 2010).

El artículo se divide en tres secciones, después de unas referencias al material y métodos de la investigación. La primera, confronta los principios de la reforma sanitaria chilena con el marco normativo de las PPED. La segunda, con base en los hallazgos empíricos, expone las oportunidades, dilemas y tensiones para la equidad que derivan del proceso de implantación del régimen de derechos en salud, enfatizando en los nudos críticos institucionales y organizativos. La tercera, contiene las conclusiones.

1. Material y Método

El objetivo de la investigación fue analizar los componentes de la reforma sanitaria chilena que dan cuenta de la institucionalidad

de una política con enfoque de derechos, en especial los factores organizativos y de gestión que condicionan su despliegue y afectan la equidad. El enfoque teórico proviene del marco normativo de las políticas con enfoque de derechos (Abramovich y Courtis, 2006; Cunill, 2010). El estudio, de tipo cualitativo, se basa en un análisis documental de fuentes primarias y secundarias sobre los instrumentos de implantación de la reforma en el sistema de salud pública, así como en los hallazgos de entrevistas en profundidad realizadas entre noviembre y diciembre del año 2009 a 40 directivos de salud. Estos fueron seleccionados atendiendo a su antigüedad (al menos tres años en el cargo) y al rol jerárquico que juegan en la red asistencial a nivel central (Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud) como a niveles territoriales, y a las funciones de fiscalización del régimen de derechos. (Superintendente de Salud). La muestra se hizo en tres etapas: a) selección de tres regiones del país por su mayor concentración poblacional y la relación entre población urbana y rural (Metropolitana, Bío-Bío y Libertador Bernardo O'Higgins); b) selección al azar de dos Servicios de Salud (SS) en cada región, atendiendo a que constituyen el nodo clave territorial de las redes asistenciales (SS Metropolitano Occidente y Sur Oriente, Talcahuano y Ñuble en la región del Bío-Bío, y O'Higgins en la región de O'Higgins); c) selección en el territorio de la jurisdicción de cada SS de un hospital tipo A y un hospital tipo B y dos comunas (municipalidades), una urbana y una rural, y dentro de ellas a un centro de salud familiar. La entrevista consideró la percepción de los directivos sobre el impacto de la reforma en la equidad, y los nudos críticos de su implementación. Los directivos entrevistados otorgaron consentimiento informado para el desarrollo de la entrevista. El

análisis se realizó con el programa ATLAST1, efectuando una triangulación entre los hallazgos documentales y los resultados de las entrevistas por niveles y tipos de establecimiento.

2. La reforma de salud en Chile y el enfoque de derechos

La actual reforma se emprende sobre la base del sistema dual de salud, configurado a comienzos de los 80 durante el régimen militar, que implicó la apertura a la participación del sector privado en la provisión de los servicios basados en regulaciones mínimas y que, además, incluyó la creación de cuasi mercados y la descentralización de los Servicios de Salud (SS) y de la atención primaria. Ello implicó un severo recorte de recursos para la red hospitalaria y la focalización del financiamiento público principalmente a acciones costo efectivas en atención primaria, generando graves desequilibrios para el sistema de acceso a servicios de salud (Sojo, 1996), la segmentación de los servicios y de la población, y el incremento de la inequidad. Las adecuaciones institucionales impulsadas en los 90 resultaron insuficientes para alterar la desigualdad, lo que trae como consecuencia el diseño de una reforma global en el año 2002, introduciéndose un enfoque de derechos que se implanta en forma sistémica desde el año 2004².

Sin embargo, la gestación de la reforma estuvo signada por profundos conflictos expresivos de la divergencia de posiciones ideológicas así como de la diversidad de intereses en juego (Drago, 2006, Lenz, 2007). De hecho, al comienzo hubo dos posiciones encontradas, la de los privatizadores y la de los estatistas, los que se encontraron en una tercera posición, la de una "salud integrada" sobre la base de universalizar un conjunto de presta-

ciones para las personas beneficiarias del sector público y el privado, que fue la que prevaleció³ (Urreola, 2008) y que significó mantener la dualidad del sistema de salud.

El enfoque de derechos fue expresamente impulsado desde el Poder Ejecutivo y consagró un umbral fáctico exigible tanto al sector público como al privado para un conjunto de patologías. La reforma se tradujo así en un perfeccionamiento de la regulación del sistema público y privado y la generación de las Garantías Explícitas de Salud, GES, con base en prioridades sanitarias. La equidad quedó asumida como uno de los pilares fundamentales de la reforma. Así, el 22 de mayo de 2002, en el mensaje del Presidente de la República que da cuenta del proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud se sostiene: “La equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud” (Superintendencia de Salud, 2003).

Ahora bien, si se contrastan los principios de la reforma con los que tienden a caracterizar una política con enfoque de derechos⁴, el panorama que se obtiene es el de una elevada coincidencia, tal como puede apreciarse a continuación.

a. Universalidad, igualdad y no discriminación

Mediante el sistema de Garantías Explícitas de Salud, GES, la reforma operacionaliza los principios de *universalidad sin discriminación* basada en reglas que regulan el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención así como la protección financiera para un *conjunto de patologías* definidas como prioritarias con base en evidencias epidemiológicas

y recursos disponibles. En este sentido, la reforma constituye un salto cualitativo respecto del sistema general previo, que establecía (según la Ley 18469) un acceso universal a la atención de salud pero sin atribuir estándares de calidad, oportunidad ni protección financiera. El Cuadro I da cuenta de las garantías que sancionan las leyes de la reforma de salud.

La reforma al instituir las GES, establece *a priori* una prohibición de discriminar arbitrariamente y, con ello, incorpora el principio de la igualdad y equidad en el disfrute del derecho de acceso a las *atenciones priorizadas*, sentando un principio de universalidad que favorece a los más pobres. La inequidad de acceso entre grupos socio económicos fue expresamente considerada como factor de ponderación del puntaje de priorización al menos para la elección del primer conjunto de 56 patologías. Ello implica una política para que la línea de igualdad pueda impactar mayormente en los grupos de personas que sufren más severamente ciertas patologías por su condición socioeconómica (Drago, 2006: 70). Además, la reforma contempla la incorporación del enfoque intercultural en comunas de alta concentración indígena dentro de las funciones del Ministerio de Salud. Por otra parte, considera atender a la dimensión espacial de las brechas de acceso, implementando una mayor focalización de recursos e inversiones en comunas de alta vulnerabilidad (Ministerio de Salud, 2009). Para el sector privado, el cumplimiento de metas de igualdad en el acceso, oportunidad y calidad respecto de las GES es exigido mediante la ley y la Superintendencia de Salud. Por lo tanto, en ese campo, el Estado no sólo asume roles en la producción directa de la atención en salud para una mayoría de la población (generalmente la de menores recursos) sino también se sitúa como garante del umbral de derechos del

Cuadro I. Garantías Explícitas de Salud, GES

1. Garantía de acceso	Se definen como derechos de salud exigibles para toda la población (con exclusión de la población asegurada bajo el sistema previsional de las FFAA) a un conjunto de patologías y prestaciones, que van siendo integradas en forma gradual en las normas legales y a cuyo cumplimiento están obligados los subsistemas público y privado de salud. <i>Instrumento:</i> Lista de Patologías y protocolos de atención GES
2. Garantía de oportunidad	Se garantiza un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones calificadas como GES en el sistema público y privado. Dicho plazo considera: Tiempos máximos en que los tratamientos clínicos y terapéuticos deben ser otorgados por el prestador preestablecido, una vez hecho el diagnóstico (el que no tiene siempre garantía de oportunidad). Tiempos máximos para ser atendido por un prestador alternativo designado por Fonasa (sistema público) o la Isapre respectiva (sistema privado). En caso de que lo anterior no se cumpla, un tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud debe otorgar la prestación con cargo a Fonasa o a la Isapre. <i>Instrumento:</i> algoritmos de ejecución - protocolos de atención.
3. Garantía de calidad	Se garantiza una calidad estandarizada para el conjunto de prestaciones asociadas a la resolución de las enfermedades o condiciones de salud calificadas como GES. <i>Instrumento:</i> algoritmos de ejecución - protocolos de atención.
4. Protección Financiera	Se garantiza un desembolso máximo por situación calificada como GES y gratuidad para indigentes y segmentos A y B del seguro público (Fonasa). <i>Instrumento:</i> Costos de prestaciones y normativas de copago.

Fuente: Drago (2006: 37).

universo de ciudadanos y como interlocutor de un conjunto de prestadores, públicos y privados, que proveen los servicios para las patologías garantizadas.

La protección financiera apunta a que los seguros de salud contribuyan de manera efectiva a salvar las brechas de equidad en la distribución de las prestaciones de salud entre la población de menores y mayores recursos (Vega, 2005). Para su financiamiento se aplica el criterio de asignar los recursos distribuyendo los riesgos en cada subsistema, privado y público. En el caso del sistema público, se contemplan dos criterios: i) que los copagos sean independientes de los servicios utilizados y asociados a la capacidad de pago de los individuos y ii) que los hogares no comprometan más de un determinado monto absoluto o porcentaje de sus ingresos, con el fin de evitar

que los gastos en salud los empobrezcan o los mantengan en la pobreza (Drago, 2006:70). Los beneficiarios del sistema privado tienen que cubrir la incorporación de la cobertura GES a sus planes de beneficios, pero el pago debe ser igual para todos los afiliados independiente de su sexo y edad (Gerencia de Estudios de Clínicas y Entidades de Salud Privadas, 2007). Así, como lo destaca Drago (2006: 70), ello introduce -aunque de forma muy limitada- un elemento de solidaridad en el sistema privado, no pudiéndose discriminar por factor de riesgo en la determinación del precio de las GES⁵.

b. Exigibilidad

La real fuerza del enfoque de derechos está dada por el principio de la exigibilidad puesta al servicio directa o indirectamente de

la ciudadanía. Este principio se fundamenta en el aserto de que para asegurar el ejercicio de un derecho no basta con instituirlo y en proveer los respectivos servicios, sino que es necesario que existan reales *obligaciones* sobre los responsables de su concreción ante la ciudadanía. En el marco de una política con enfoque de derechos, la calidad y la oportunidad de las prestaciones junto con el acceso efectivo a ellas son *garantizados* a todos, en atención a que tienen respaldo jurídico y, consecuentemente, pueden ser exigidas por la ciudadanía, incluso por medios judiciales (Cunill, 2010). En el caso de Chile, la Ley del Régimen General de Garantías de Salud (N° 19966) incluye un agente y un mecanismo de exigibilidad para la atención de las patologías determinadas como GES. El cumplimiento de la garantía se remite al plano administrativo, reservando la vía judicial para el resarcimiento de perjuicios y sólo después de que haya operado el sistema de mediación.

Por otra parte, los *Protocolos de atención*, que determinan las prestaciones que cada patología tiene asociadas, sus medicamentos, su tratamiento, y los aspectos financieros, limitan el espacio de discrecionalidad de los responsables de su cumplimiento, así como se supone que permiten zanjar en cierta medida las dificultades de asimetría de información (Drago, 2006: 68). Además de este sistema de tutela de los derechos instituidos, la reforma contempló la *división de funciones de regulación de las de prestación pública*, reemplazando la Superintendencia de Isapres por la Superintendencia de Salud para fiscalizar al seguro público (Fonasa) y a las Isapres en el cumplimiento de las GES; a las Isapres en todos sus ámbitos; a Fonasa en la modalidad de libre elección; y a los prestadores públicos y privados en cuanto a su acreditación y certificación.

La *acreditación* es entendida como el proceso periódico de evaluación de los prestadores institucionales autorizados sanitariamente en el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad que debe establecer el Ministerio de Salud. Por su parte, la *certificación* se plantea para los prestadores individuales y consiste en la inscripción de ellos en un registro de la Superintendencia de Salud. El cumplimiento de ambas funciones exige que el Ministerio de Salud dicte los estándares de calidad para todo el sistema, los que se establecieron el año 2007 al normar mediante decreto con fuerza de ley los protocolos asociados a diagnóstico y tratamiento de las patologías GES.

Por otra parte, la Superintendencia de Salud tiene un rol activo en el sistema de tutela de los derechos en tanto se le conceden facultades para resolver controversias entre beneficiarios y los seguros, público y privados, así como para declarar el incumplimiento negligente de sus obligaciones. Por último, cabe destacar otra modificación que, en principio, también aumenta la rendición de cuentas. Ella se refiere a la separación de funciones de administrador de la red y autoridad sanitaria, antes a cargo de los Servicios de Salud y ahora separadas entre estos y las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis), respectivamente, y que se supone que permite clarificar las responsabilidades sobre la calidad y condiciones sanitarias de las prestaciones del sector público.

c. Participación

Vinculada a la exigibilidad de los derechos, pero también como un derecho en sí mismo, aparece remarcada la participación social, reconocida en términos generales como consubstancial a todas las políticas públicas con enfoque de derechos (Drago, 2006;

Pautassi, 2007). Este es, de hecho, uno de los principios declarados de la reforma. En efecto, el mismo mensaje presidencial citado en forma previa, alude a la participación social en salud como uno de los pilares fundamentales sobre los cuales descansa la reforma señalando que “definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma a la salud”. Como mecanismos de participación ciudadana, la nueva institucionalidad formaliza los Consejos Consultivos de Usuarios en los establecimientos de gestión en red. Además, instituyó el Consejo Asesor del Seremi, cuyas funciones incluyen pronunciarse sobre el plan de salud pública regional, participar en la elaboración de propuestas para mejorar la salud de la población y sancionar las consultas que aquel le formule. También la reforma creó el *Consejo AUGE* para legitimar las decisiones respecto de nuevas priorizaciones a integrar en las GES.

Por otra parte, durante el período analizado, se impulsó la aplicación progresiva del presupuesto participativo en los Servicios de Salud, además de promover la participación social en la coproducción de servicios de atención mediante los Centros Comunitarios de Salud Familiar y la colaboración en programas específicos asociados a la salud intercultural complementaria, así como en la atención de pacientes postrados o enfermos crónicos (Donoso, 2006; Fernández, 2006).

d. Integralidad

Entre los rasgos destacados del marco normativo de los derechos humanos figura el reconocimiento de un enfoque holístico en su disfrute. Una derivación práctica al respecto es que la adopción de decisiones exige tomar en cuenta las interdependencias, tanto aquellas vinculadas a los abordajes multicausales

como las que existen entre los propios actores que inciden en la real consagración del derecho. La reforma definió la separación de las funciones de dirección política, fiscalización y de ejecución. La Ley de Autoridad Sanitaria N°19937 de 2004 instaló el rol de rectoría en el Ministerio de Salud, con funciones expresas, entre otras, de formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector de salud mediante los Objetivos Sanitarios, las Metas Sanitarias y el Plan Nacional de Salud Pública. Dentro del Ministerio se dividieron las funciones de regulación de las de prestación, configurando dos Subsecretarías, la de Salud Pública que ejerce como Autoridad Sanitaria, y la de Redes Asistenciales. Se establecieron además 15 Secretarías Ministeriales Regionales, con roles de Autoridad Sanitaria en regiones. Aunque desde la Autoridad Sanitaria se incluye un enfoque más holístico de análisis sobre las brechas de acceso y los diferenciales en la condición de salud de las personas, que consideró los Determinantes Sociales de la Salud para definir los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010, la reforma chilena enfatizó más bien la necesidad de lograr una mayor coordinación global del sistema asistencial, con el fin de aumentar su eficiencia y su eficacia (Erazo, 2004).

En este último sentido, se redefine el rol de los Servicios de Salud (SS), como nodo clave territorial en la articulación, gestión y desarrollo de *la red asistencial* y en la ejecución de acciones integradas de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Esta red queda constituida por el conjunto de establecimientos públicos de prestación de salud, entre ellos la atención primaria de salud municipal (APS) que en la reconversión hacia el modelo de atención de salud familiar, actúa como puerta

de entrada al sistema (Ministerio de Salud, 2006); los demás establecimientos públicos o privados con los que los SS suscriban convenios; y los “hospitales autogestionados” como órganos dependientes de los SS pero desconcentrados funcionalmente.

Para el funcionamiento de esta red asistencial se asigna el rol de Gestor de Red a los Directores de los SS y se crea en los territorios el Consejo de Integración de la Red Asistencial, CIRA, pero solo como órgano técnico consultivo, lo cual limita su potencialidad para articular a los diversos establecimientos. Dado ese carácter, la integralidad, un factor más complejo de desarrollar, queda fundamentalmente sujeta al tipo de articulaciones que promueva la densa malla de instrumentos de gestión que actúan en los procesos de implantación de la reforma. En suma, vista desde el punto de vista de los principios normativos que forman parte de una PPEd, la reforma da cuenta de ellos refiriéndolos básicamente a un conjunto de patologías, aunque en un marco que pretende atender a una concepción más holística de protección de la salud y teniendo como norte el incremento de la equidad en el derecho de la salud. Sobre este aspecto, sin embargo, interesa aproximar, particularmente, una valoración de las oportunidades, dilemas y tensiones que introducen el diseño y la implementación de la política de derechos.

3. Las oportunidades, dilemas y tensiones para la equidad en salud

A cinco años de la implantación de la política con enfoque de derechos en el sector, el balance muestra avances y oportunidades abiertas a favor de la equidad, así como nudos críticos que requieren ser considerados.

1) Oportunidades abiertas a favor de la equidad

La equidad en salud se ha definido como “el igual acceso frente a igual necesidad, igual utilización para igual necesidad, e igual calidad de atención para todos” y la equidad en el acceso como “la posibilidad de obtener atención en salud frente a una necesidad, considerando la accesibilidad geográfica, financiera y social de la población (Whitehead y Who, citados por Cid, 2006). Las GES, núcleo central de la reforma, representan un avance en la ampliación de cobertura efectiva de atención y de protección financiera, particularmente en la población de menores recursos. De hecho, considerando las variaciones de los regímenes GES (cuatro a la fecha), los casos acumulados de junio 2005 a marzo de 2010 suman más de 9 millones y medio tanto en el sistema público como privado (Superintendencia de Salud, 2010). La mayoría (95% de los casos) corresponde a usuarios afiliados al sistema público (9.021.296 casos). Por otra parte, a junio del 2009, las cifras disponibles indicaban que el 74% de los casos GES atendidos en el sistema público se concentraban en los tramos A y B de ingresos es decir, en aquellos beneficiarios sin remuneración o cercana al ingreso mínimo, los que constituyen el grupo beneficiario mayor del sistema público⁶ (Ministerio de Salud, 2010a).

En cuanto a la protección financiera, el mayor gasto público en salud como proporción del total de los gastos gubernamentales iniciado con la reforma en el 2005, tuvo como consecuencia una reducción de alrededor del 4% del gasto en salud directo de las personas entre el 2003 y el 2007 (OPS-OMS-FONASA, 2009:63). Ello representa un avance, si se considera que la Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera⁷

frente a los eventos de enfermedad mostraba que para el año 2002 el coeficiente de Gini del ingreso autónomo total era de 0,55, mientras que este coeficiente menos el gasto en salud de cada hogar resultaba en 0,56. Es decir, el gasto de bolsillo en salud era desigual e inequitativo y tenía un efecto sobre la distribución del ingreso (Superintendencia de Salud, 2005: 42, 43).

También las decisiones centralizadas de financiamiento, reforzadas en la reforma, parecieran estar incidiendo en una mejor equidad del gasto, habida cuenta que el aporte municipal para salud se redujo del 0,10% del PIB el año 2000 a 0,7% el año 2007 (OPS-OMS-FONASA, 2009:66). Esto es importante si se considera que desde el nivel descentralizado se tiende a reproducir la desigualdad existente en el país entre municipalidades ricas y pobres (Superintendencia de Salud, 2005: 42, 43)⁸. En efecto, el coeficiente de Gini para el ingreso municipal total per cápita destinado a salud es 0,40, lo que muestra un bajo nivel de inequidad, pero el Gini del ingreso municipal aún cuando es menor que el de gasto de bolsillo estudiado (Gini de 0,57), es bastante alto con un 0,53 (Superintendencia de Salud, 2005: 39).

Por otra parte, en el proceso de implementación de la reforma, se ha intentado atenuar la desigualdad de la oferta vinculada a la localización geográfica a través de un fuerte incremento en la inversión en infraestructura hospitalaria, en consultorios y equipos como parte de un plan cuatrienal que se inicia en el 2006. Los datos para el periodo 2004-2007 dan cuenta de un incremento progresivo de las inversiones en equipos AUGE y urgencia⁹, las que se incrementaron de M\$ 7.780 a M\$ 42.308 experimentando una variación de 443% en el periodo (Cámara de Diputados, 2008: 11). Además, particularmente en el 2007, de un total de un incremento de 38.528

horas médicas semanales, 70% fueron destinadas a satisfacer la demanda de las GES.

En otro ámbito, aunque los estudios sobre el impacto de la GES en los indicadores de salud están asociados a patologías y/o al desempeño en ciertos establecimientos específicos, existen ciertas luces sobre el impacto de las GES en la mortalidad. Al respecto, la red GEMI de la Sociedad de Cardiología evidencia que entre dos períodos semestrales, pre (2005) y post implantación de las garantías y del protocolo GES (2006), disminuyó de un 12% a un 8% la mortalidad global de pacientes con infarto al miocardio atendidos en hospitales públicos, con una baja mayor en mujeres y adultos mayores (Sociedad de Cardiología, 2007)¹⁰. El mejoramiento en el acceso a la atención, se observa también en las cifras relativamente bajas de garantías de oportunidad retrasadas en relación a número de casos acumulados (Ministerio de Salud, 2010b)¹¹, según lo muestra el Cuadro II.

Ahora bien, estos resultados positivos en lo que respecta a los efectos de las GES sobre la equidad, según el cuerpo directivo entrevistado, tendrían por lo menos dos fuentes. Primero, el propio marco legal del régimen GES que habría permitido un avance en la capacidad resolutoria y de gestión a nivel de hospitales y en la Atención Primaria (mejoramiento en infraestructura, equipamiento y dotación de recursos humanos; integración del nivel primario y secundario alrededor de las redes asistenciales con el ordenamiento de las listas de espera en torno a los tiempos que establecen las garantías de oportunidad). Segundo, el vuelco imperativo hacia la responsabilización para otorgar las prestaciones GES en forma oportuna y bajo las condiciones que establecen las normas. Ello básicamente debido a los instrumentos de gestión asociados a resultados, los mecanismos de financiamiento y

Cuadro II. Cumplimiento y retraso en las Garantías de Oportunidad Acumuladas 2005-2009

Año	Nº de Problemas de salud por Decreto GES	Garantías de Oportunidad Acumuladas				Total Acumulado
		Cumplidas	%	Retrasadas	%	
2005	25	1.263.254	91,3	119.836	8,6	1.383.090
2006	40	2.776.714	93,5	192.414	6,48	2.969.128
2007	56	4.434.328	93,7	293.578	6,2	4.727.906
2008	56	6.734.892	96,8	219.247	3,1	6.954.139
2009	56	8.964.065	97,0	272.278	2,9	9.236.343

Fuente: Ministerio de Salud (2010a).

los incentivos económicos, todos los cuales alinean verticalmente el desempeño de los actores en torno al cumplimiento de las GES.

El análisis también sugiere que se ha producido una alta valorización de la noción de la equidad entre los directivos del sistema público y un claro reconocimiento de los avances que la reforma ha hecho en este sentido. Pero, también en clave de equidad, los actores resaltan las brechas de atención asociadas a las exclusiones de patologías no tipificadas en la política de derechos así como la rigidez de los umbrales de acceso a los derechos exigibles dentro de las propias prestaciones GES. La percepción generalizada es que las inequidades se ven favorecidas por la insuficiente disponibilidad de recursos totales destinados a salud (el aporte fiscal para salud pasó del 1,43% del PIB en el 2000 al 1,63% en el 2007) (OPS-OMS-FONASA, 2009:64). Pero lo más llamativo es que los directivos, en correspondencia con nuestra hipótesis de trabajo, llaman también la atención acerca de que las dinámicas generadas por los propios instrumentos de gestión que favorecen la implantación de las PPED así como la dualidad del sistema de salud (ambas en interacción) inciden en la creación de significativas fuentes de

inequidad, lo cual es un asunto poco atendido en la literatura sobre las PPED. Algunos de los hallazgos en este sentido se exponen a continuación.

2) Fuentes de Inequidades en la política de derechos

a) Incentivos perversos de la lógica de la gestión orientada a resultados: Todos los directivos de la red asistencial, y particularmente los directores de SS, coinciden en una valoración de la gestión orientada a resultados y, consecuentemente, de los instrumentos que les definen compromisos asociados a las metas de salud pública, al cumplimiento de las GES y a programas especiales que buscan un aumento de la resolutiveidad en otras patologías, ya que ello constituye un avance respecto de las tradicionales formas de responsabilización. Sin embargo, estos también observan un conjunto de nudos críticos que subyacen en la lógica de tales instrumentos que afectan la equidad. Una tensión paradójica es la que se produce al asociar, precisamente, a incentivos económicos, el cumplimiento de las políticas de salud prioritizadas, Metas Sanitarias y GES, y al vuelco que ello produce en los equipos de trabajo hacia su monitoreo y cumplimiento,

copando las capacidades de acción principalmente de los hospitales de menor complejidad y de municipios pequeños donde el 80 o 90% de las acciones tienden a concentrarse en estas funciones.

Según los entrevistados, ello redundan en postergación de aspectos por los cuales no son evaluados, entre ellos, la atención a las patologías no GES. Además, señalan que la amplia diversidad de metas, la reducción de espacios de autonomía y de negociación sobre ellas, así como la limitante de recursos de especialidades médicas, redundan en una reducción de las posibilidades de atender a otras especificidades de la demanda sanitaria local. Pero, por otro lado, cuando la negociación se produce, sobre todo en las comunas, prima una lógica funcionaria que privilegia la generación de condiciones para obtener los incentivos monetarios, y no una lógica que considere la calidad y pertinencia de la gestión de salud en el espacio local. Este tipo de percepciones es aún más evidente entre los directores de los Centros Familiares de Salud, Cefsam, los que observan un proceso dicotómico en el cual “se gana” si los esfuerzos se concentran en el cumplimiento de los compromisos que establecen los instrumentos centrales y “se pierde” si los esfuerzos se sitúan en la reconversión de las acciones hacia el enfoque familiar de salud. La dicotomía no encuentra fácilmente ajustes intermedios, puesto que, como señala uno de los directivos, “las garantías o las metas privilegian la acción con determinados grupos de población y excluyen a otros, lo cual resulta incompatible con el enfoque familiar de salud, sobre todo en contextos de demandas crecientes y recursos escasos que obligan a priorizar”.

Así, tres efectos perversos, a lo menos, derivan de estas situaciones: i) *La postergación de la salud familiar y de la promoción de*

la salud. Tanto el modelo de centro de salud familiar como la promoción de la salud parecen haber sido desplazados del quehacer por los objetivos transversales de la reforma (Ges, Metas Sanitarias) dado el tipo de adaptación a los instrumentos de gestión planificados centralmente, los que se superponen y reestructuran, de hecho, la acción de los equipos, retrayéndola desde una incipiente concepción bio-psico social de la salud, a la concepción biomédica. Parte de los directivos de salud consideran que la reforma de salud ha sido una reforma de la enfermedad; ii) *Desatención de las patologías no GES.* En tanto no existe un mandato legal imperativo para atender a los pacientes No GES, los modos de gestión, que asocian los incentivos económicos de los funcionarios al cumplimiento de metas que no cubren, en general, las enfermedades no GES, inciden presionando para la postergación de su atención. El crecimiento de las listas de espera (Beaumont, 2007) en relación a ellas es una evidencia de esta situación. Respecto de ello, aun cuando la reforma preveía incluir estándares de atención y gestión de tiempos de espera según los recursos disponibles para las prestaciones No GES de los beneficiarios de Fonasa, la modificación del Régimen General de Salud (Decreto 369/85 modificado por el Decreto 125/06 el 14/11/06) establece solo la obligatoriedad de atención en acciones de tipo preventivo y para determinadas poblaciones. Si bien se dispone que los beneficiarios del sistema institucional tengan derecho a la medicina curativa y odontológica, expresamente se señala que ello depende de la complejidad y los recursos disponibles en los establecimientos que prestan los servicios y de la complementariedad de sus prestaciones con las de otros. Además, a pesar de que Fonasa define programas especiales que establecen plazos de oportunidad y protección financiera para

algunas patologías caras y graves no consideradas en el régimen GES (Programa de Oportunidad de la Atención, Seguro Catastrófico y el Programa del Adulto Mayor), los plazos para el acceso a cirugías o tratamientos están sujetos a las indicaciones de médicos especialistas, no siempre disponibles en forma oportuna para la consulta en los diferentes territorios; y iii) *Inadecuación a las especificidades regionales*. La necesidad de adaptación a cada realidad regional es dificultada por el verticalismo y, en general, la centralización que opera en el sistema de salud. El efecto mayor se produce en las comunas rurales consideradas vulnerables que señalan con mayor énfasis, que tanto los programas como los objetivos diseñados no son pertinentes a sus realidades geográficas de aislamiento y al tipo de problemáticas de salud que afecta a su población, a lo que se suman las dificultades de su propia estructura de personal, organización y financiamiento. Estas realidades, se señala, no fueron integradas en el diseño de la reforma, ya que se requería adecuación de instrumentos de financiamiento, del Estatuto de Atención Primaria que rige a las postas rurales del país, y metas e incentivos adecuados al mundo rural. Un entrevistado señala “la reforma está hecha para las grandes ciudades, específicamente para Santiago”.

b) Déficit en la gestión de la información y, en general, en la gestión del cambio que afectan el financiamiento y la calidad de la salud: Uno de los hallazgos llamativos de las entrevistas es la autocrítica que hacen directivos de máximo nivel del sector, sobre el déficit de información de la demanda y costos de las prestaciones del régimen general, lo que incide negativamente en su capacidad de negociación con el Ministerio de Hacienda afectando así el caudal de recursos que requiere la implementación de la reforma. El

estudio de la Superintendencia y Adimark (2008: 41) también muestra que la percepción es que el personal ni los usuarios manejaban (ni manejan) la información suficiente para que el sistema funcione de manera óptima.

Esto es clave si se considera que a juicio de los directivos de hospitales existe una subvaloración de los costos reales en las prestaciones del régimen general. Además, como lo destaca Cid (2006:146-147), existe un complejo sistema de transferencias y mecanismos de pago de las acciones hospitalarias que incluyen una distinción entre prestaciones valoradas PPV (que involucran un pago calculado en términos justos sobre las prestaciones GES y otros programas específicos de atención en hospitales) y transferencias presupuestarias generales que financian las acciones del régimen general de prestaciones en modalidad institucional, las cuales constituyen alrededor del 60% del presupuesto hospitalario. Esto se traduce en que al incrementarse las GES y las PPV se corren tres tipos de riesgo que podrían afectar tanto el financiamiento del sistema como la equidad en la relación GES y No GES, pero también dentro de las propias GES, a saber: a) concentración de las prestaciones en el mecanismo de PPV en desmedro de las prestaciones del régimen general que afecta a las patologías No GES (modalidad institucional), b) constitución de un incentivo a producir PPV versus no PPV, pero también a discriminar dentro de la misma lista PPV, para atender a las prestaciones de más fácil resolución, postergando las más complejas para derivación o reliquidación al Fonasa y c) que Fonasa se vea obligado a la compra externa GES con efectos negativos en el financiamiento y el desincentivo al desarrollo del sector público (Cid, 2006:148). Un resultado es que las instituciones hospitalarias mantienen un déficit estructural para financiar las otras prestacio-

nes, costear una estructura fija de costos y soportar la presión, debido a las limitaciones de recursos humanos, principalmente de especialistas, para garantizar el cumplimiento de los plazos GES y atender a las No GES.

Cabe destacar además que algunos actores entrevistados de establecimientos hospitalarios de mayor complejidad en regiones señalan que la velocidad de la puesta en marcha y expansión del sistema, sin considerar la capacidad de producción de los recursos humanos disponibles, la estructura de financiamiento y la necesidad de cumplir con los plazos sin salirse del presupuesto, así como la presión por las otras atenciones, implican estrategias de acción asociadas a la rebaja de calidad de los estándares fijados en los protocolos GES: “ para el control de la evolución de los pacientes, se define un medico general en vez de un especialista, se distancian las evaluaciones y muchas de estas se efectúan por profesionales de enfermería en vez de médicos. Como la calidad aun no se controla, voy bajándola hasta donde me permite el límite ético y administrativo. La necesidad tiene cara de hereje”.

c) Efectos perversos de la dualidad del sistema de salud: En el país, el número total de médicos por cada 100.000 habitantes es de 1.796, o sea, se dispone de un promedio de 1 médico por cada 559 habitantes. Sin embargo, estos se concentran principalmente en la zona central, la que cuenta con 212 médicos por cada 100.000 habitantes (1 por cada 471), mientras la tasa alcanza sólo a 117 (1 por cada 853 habitantes) en las regiones del Sur y a 119 (1 por cada 837) en las regiones del Norte (Ministerio de Salud, 2010b: 25). Adicionalmente los médicos de regiones son principalmente jóvenes o extranjeros motivados por las políticas de redistribución de recursos médicos en el país mediante el acceso a becas de especia-

lización otorgadas por el Estado, lo que determina una alta rotación en los territorios alejados del centro.

En cuanto a los médicos especialistas, claves en los procesos de diagnóstico y en el tratamiento tanto en las GES como en las prestaciones del régimen general de salud, a pesar de los esfuerzos gubernamentales (lo que incluyó el programa de 500 especialistas en el 2009)¹², se estima que para el 2009, el sistema público de salud tenía un déficit de 52.573 horas médicas de especialidades y de 1.195 especialistas en cargos de 44 horas, sólo considerando las potenciales demandas GES para una determinada variabilidad de beneficiarios del sistema público (Ministerio de Salud, 2010b: 52). Un aspecto relevante a considerar en estas cifras, es que la cobertura del seguro público pasó del 65,7% de la población en el 2004 al 73,5% en el 2009 (OPS-OMS-FONASA, 2009:26) mientras que la disponibilidad de profesionales médicos según el tipo de seguro al que está afiliada la población es muy diferente: el número de beneficiarios por médico es de 276 en el seguro privado, y de 920 para los beneficiarios del seguro público (Ministerio de Salud, 2010b: 21). Ello sugiere, que dada la dificultad de la adaptación de la elasticidad atenciones-demanda, se genera un efecto negativo en la atención, calidad y/o los tiempos de espera en los pacientes con patologías no priorizadas en las GES (González, 2003; Superintendencia de Salud y Adimark, 2008: 28 y 36).

Las entrevistas efectuadas, reafirman este tipo de déficit y sus implicancias en las tensiones de los equipos y la presión sobre los recursos. Un área crítica asociada a esta variable en los hospitales públicos, es por ejemplo el déficit de anestelistas que limita la utilización de los pabellones quirúrgicos a pesar de los mejores niveles de equipamiento, tecnolo-

gía y recursos de enfermería que disponen, lo cual obliga a la compra de servicios al sector privado o a su propia planta médica (extra horario y bajo condiciones distintas), así como a derivar a FONASA su resolución, generando una permanente tensión tanto en la relación entre prestador y financista como sobre los equipos de trabajo y las propias direcciones.

Lo que en este sentido cabe destacar es que al existir un sistema dual (público-privado) se crea un incentivo para derivar al sector privado y, sobre todo, para vaciar de especialidades al sector público bajo la conciencia de que trabajar en el sector privado (o limitar las horas en el público) significa multiplicar los ingresos de los profesionales, gracias al mercado que crea la propia obligatoriedad del cumplimiento de las GES. La compra de servicios, modalidad que originalmente fue visualizada como una expresión de la complementariedad público-privado, pareciera así devenir en el desarrollo de un círculo vicioso que redundaría en una mayor precariedad del sistema público¹³.

La reforma previó una interacción con el sistema privado, por medio de la venta de servicios de hospitales públicos a beneficiarios de las Isapre en la modalidad pensionado; producto de la obligatoriedad de los hospitales públicos de atender urgencias y cuidados intensivos de afiliados de las Isapre, así como por la compra de servicios clínicos y de laboratorio de hospitales y consultorios públicos a entidades privadas. La implementación, particularmente de las GES, ha ido impulsado la creación de un mercado y nuevos mecanismos de complementariedad público-privada pero, a juicio de los directivos, carente de un proceso regulatorio que limite los abusos, las mayores fugas de recursos de especialidades del sistema público hacia el sistema privado y el incremento excesivo de los costos de las GES.

4. Conclusiones

Se ha apreciado que la reforma de la salud chilena está inspirada en los principios normativos de una política pública con enfoque de derechos. Sin embargo, según los hallazgos empíricos, conviven diversas lógicas de gestión en su implementación. Por una parte, aquella inspirada en los contenidos de la reforma (GES, gestión en red, salud familiar, prevención) que están orientados por los desafíos más sustantivos de equidad, igualdad, inclusión y participación ciudadana. Por otra parte, una lógica heredada de los recientes procesos de reforma institucional de los sectores sociales que establece una conexión entre incentivos-cálculos privados de beneficios-mediciones, la que no sólo no atiende a la gestión de las interdependencias sino que induce a la postergación de las consideraciones de equidad (Cunill, 2009). A esto se agregan arreglos institucionales donde los aspectos más instrumentales de los cambios priman por sobre las lógicas sustantivas y donde la dualidad del sistema de salud agrega mayores tensiones a la equidad. En este sentido, una de las principales lecciones que arroja el caso chileno es que para no perder la dimensión sustantiva de la reforma, resulta clave observar cómo se integran los nuevos valores ético-políticos en la práctica administrativa (Fernández y Ochsenius, 2005), influyendo de manera global en la reorganización de la institucionalidad encargada de la implementación de la política.

No puede sin embargo dejar de notarse que, en general, los sistemas de salud equitativos tienen una base muy amplia de prestaciones con carácter universal y solo en niveles marginales hacen la diferencia. La reforma chilena, en tanto circunscribe las garantías universales a un conjunto específico y no eli-

mina la dualidad del sistema público-privado, logra efectos relativos sobre la equidad que aplican sobre desigualdades de acceso a la atención para las patologías más graves, caras y frecuentes especialmente en los beneficiarios del sector público. Como señala Vergara (2007:13), la reforma, “apunta eficazmente a la reducción de las barreras financieras que implicaban pagos de bolsillo insalvables para ciertos grupos de población frente a problemas verdaderamente críticos. También apunta a estandarizar de algún modo la calidad técnica, bajo formatos de protocolo establecidos”. Aun así, las garantías definen exclusiones derivadas de la aplicación de criterios de racionamiento sanitario basada en factores económicos que no integran parámetros de equidad (Idem).

Las preguntas de investigación que, por tanto, quedan abiertas no sólo atañen a los modos más adecuados de gestión y organización para la implementación de las nuevas políticas con enfoque de derechos, sino hasta dónde ellas pueden ser desplegadas en contextos que no han dirimido cuál es la medida en que la sociedad puede comprometerse solidariamente con el avance de los derechos sociales. En este último sentido, cabe destacar que a marzo del 2010 el sector hospitalario acumulaba una deuda de 70 mil millones de pesos (Ministerio de Salud, 2010b), haciendo insostenible la expansión del sistema y planteando la necesidad de revisar los mecanismos de financiamiento destinados a una mayor igualdad e integración sanitaria.

Notas

1. La perspectiva de protección en salud ya estaba presente en algunos países como Brasil y Costa Rica, aunque sin una clara institucionalidad no judicial que posibilite la exigibilidad de los de-

rechos. Cuba es un caso excepcional habida cuenta de la universalidad plena del derecho a la salud.

2. El discurso que da origen a la reforma aparece primero conceptualizado en “Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010” (publicados en el 2002) y posteriormente en el marco legislativo compuesto por la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937 del 24 de febrero del 2004) y la Ley del Régimen de Garantías Explícitas (Ley N°19.966 del 3 de septiembre del 2004).
3. Ver economía política de la reforma en Drago (2006) y Lenz (2007).
4. Según se expone en Cunill (2010), la literatura especializada coincide en reconocer que los principios sobre los que se fundan las políticas públicas con enfoque de derechos, además de la universalidad, incluyen la exigibilidad, la participación social, la integralidad y la progresividad. De acuerdo a tales principios normativos, una política pública con enfoque de derechos requiere, pues, hacer posible a lo menos la exigibilidad del derecho concernido, su abordaje integral y la participación social, de manera de crear a su vez una mayor probabilidad de impactar sobre la equidad en el disfrute del derecho.
5. Cabe destacar que hubo un intento fracasado (en la tramitación parlamentaria) de crear un Fondo solidario, resultando en un Fondo de Compensación Interisapres reducido a compensar los riesgos entre los afiliados al sistema privado (Drago, 2006: 71).
6. La población beneficiaria total a diciembre del 2008 era de 12.248.257 (Fonasa, 2009).
7. El estudio usa un instrumental similar al usado en la literatura internacional de equidad del gasto en salud.
8. No obstante, la Superintendencia de Salud también destaca que “el financiamiento global de salud en Chile es inequitativo: el 33% de los recursos totales lo gasta el 21% de la población (Isapre). El 79% de la población gasta el 67% restante de los recursos; el Aporte Fiscal representa la mitad del financiamiento del Fonasa (51,4%).
9. Integra compras directa AUGE; radioterapia; imagenología, urgencia, y compromisos con-

- traídos por la presidencia de la república de compra de equipamiento principalmente en el año 2007.
10. El grupo GEMI evaluó a 3518 pacientes con Infarto y SDST incorporados en 10 centros de la red GEMI, divididos entre enero y junio del 2005 y julio y diciembre del 2006.
 11. Respecto de estas cifras es necesario considerar que al menos los siguientes factores podrían estar influyendo en los datos actuales: la ausencia de información sobre los tiempos de espera para el diagnóstico, (que no está garantizado sino en muy pocas de las patologías integradas a las GES); la metodología de medición del incumplimiento asociada al reclamo de los usuarios, donde podrían estar operando las asimetrías de información y los déficit de monitoreo.
 12. Al 31 de Julio de 2009, el plan de contratación de 500 especialistas alcanza un 95 % de su ejecución, habiéndose contratado en los Servicios de Salud 20.937 horas de las 22.000 planificadas. Los recursos asignados a este programa de contratación alcanzaron en 2009 un monto de M\$17.931.952 (Ministerio de Salud, 2010b: 66).
 13. Por supuesto que hay excepciones, habida cuenta de que los Directivos de los distintos territorios difieren en estrategias para abordar esta situación. Los que se ubican en centros urbanos, con mayores disponibilidad de especialistas, buscan afianzar las redes asistenciales.
- oportunidad y acceso al Plan Auge. Cámara de Diputados. Santiago, Chile.
- Cámara de Diputados (2008). Informe de la Comisión Especial Investigadora encargada de establecer las causas que han motivado los incumplimientos en las garantías de oportunidad y acceso al Plan Auge, en todos los establecimientos de salud pública y de atención primaria del país. Enero, Santiago, Chile.
- Castro, Rodrigo (2007). “El desafío de la capitación ajustada por riesgo en la atención pública sanitaria chilena”, en FONASA, **Protección y Seguridad Social en Salud. Segundo Seminario Internacional. Una contribución a la agenda del bicentenario**, Chile: FONASA.
- CEPAL (2008). **Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe**, Santiago: CEPAL.
- Cid, Camilo (2006). “Comisión Nuevos Mecanismos de transferencia para la integración sanitaria y la equidad”, en **Protección y Seguridad Social en Salud. Segundo Seminario Internacional. Una contribución a la agenda del bicentenario**, Chile: Fonasa.
- Cunill, Nuria; Fernández, Margarita; Vergara, Marcos y Araya, Eduardo (2010). La gobernanza sistémica en el sector salud. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Programa Ciudadanía y Gestión Pública, Universidad de Los Lagos. Proyecto FONDECYT N° 1090433, Santiago, Chile.
- Cunill Grau, Nuria (2010). “Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública”, en **Revista del CLAD Reforma y Democracia**, N°46, Febrero 2010, Caracas: CLAD. pp.41-72.
- Cunill Grau, Nuria (2009). “El Mercado en el Estado”, en **Revista Nueva Sociedad**,

- N°221, mayo-junio 2009, Buenos Aires: Nueva Sociedad. pp. 34-53.
- Drago, Víctor (2006). **La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos**, Santiago: CEPAL, Serie Políticas Sociales.
- Donoso, Nora (2006). “Reforma de Salud ¿Oportunidad u obstáculo para la gestión participativa?”, en **Fernández, Margarita** (editora), *Innovaciones en la gestión participativa de la salud. Lecciones y Aprendizajes*, Chile: Universidad de Los Lagos-Ministerio de Salud.
- Erazo, Álvaro (2004). “La Reforma de Salud: una obligación social”, en **Revista Foro** 21, N° 39, septiembre (<http://www.chile21.cl/media/pdf/39a4.pdf>) (15 de septiembre de 2010).
- Fernández, Margarita, Ochsenius, Carlos (2005). **Innovación, arreglos institucionales y participación ciudadana. Contribuciones a la reforma de salud**, Chile: Universidad de Los Lagos-Ministerio de Salud.
- Fernández, Margarita (compiladora) (2006). **Innovaciones en la gestión participativa de la salud. Lecciones y aprendizajes**, Chile: Universidad de Los Lagos-Ministerio de Salud.
- FONASA (2009). Boletín Estadístico Fonasa 2007-2008, Chile: Fonasa.
- Franco, Álvaro (2001). “Sistemas Previsionales, Salud y Reformas en América Latina”, en **Revista de Salud Pública** 3(3), noviembre, Colombia: Escuela de Salud Pública. pp. 223-244.
- Gerencia de Estudios de Clínicas y Entidades de Salud Privadas (2007). Régimen Ges: Lo planificado y lo real. Informe de Coyuntura. Septiembre. Santiago
- González, Fernando (2003). “Implementación del Plan AUGE en pacientes con IRC”, en **Revista Médica de Chile**. Vol. 131, n.5, mayo, Santiago.
- Lenz, Rony (2007). **Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América latina Una Mirada desde la Economía Política**. Serie Estudios Socio / Económicos N° 38, Santiago de Chile: CIEPLAN.
- Lenz, Rony (2005). “Políticas públicas en salud: experiencias y desafíos 1990-2010”, en Meller, Patricio (editor), **La paradoja aparente. Equidad y eficiencia: resolviendo el dilema**, Santiago de Chile: Taurus.
- Maceira, Daniel (2007). Actores y reformas de salud en América Latina. Nota Técnica de Saúde N° 1/2007. División de Programas de Desarrollo Social. Banco Interamericano de Desarrollo, Buenos Aires, Argentina, Marzo
- Ministerio de Salud (2006). Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud. División de Gestión de la Red Asistencial. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2009). Plan de acción para el fortalecimiento de la gestión en salud. Plan de 90 días. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2010a). Cuenta Pública Sectorial. Subsecretario de Redes Asistenciales. (<http://www.gobiernodechile.cl/cuenta-publica-2010/ministerio-de-salud/cuenta-sectorial/>) (26 de julio de 2010).
- Ministerio de Salud (2010b). Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Serie Cuadernos de Redes N° 31. Colaboración Técnica Banco Mundial-Gobierno de Chile. Santiago de Chile. Enero.
- Ministerio de Salud (2006). Reglamento del Régimen General de Prestaciones de Sa-

- lud. Decreto Supremo 369/85, modificado por el Decreto 125/06 publicado el 14/11/06.
- OPS-OMS/ASDI. (2003). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie Extensión de Protección Social en Salud. Washington DC,
- OPS-OMS-FONASA (2009). Indicadores para evaluar la protección social de la salud (caso de Chile). Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud-Fondo Nacional de Salud-Chile. Santiago de Chile, Noviembre.
- Pautassi, Laura (2007). “El ciudadano como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos,” en **Serie Mujer y Desarrollo** N° 87, Santiago de Chile: CEPAL.
- Sociedad de Cardiología (2007). Impacto del plan GES en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con SDST en hospitales chilenos. Grupo GEMI. PPT. (<http://www.sochicar.cl/index.php>) (14 de septiembre 2010).
- Sojo, Ana (1996). “Reformas de Gestión en la Salud Pública en Chile”, en **Serie de Políticas y Reformas Sociales** N° 13, Santiago de Chile: CEPAL.
- Superintendencia de Salud (2003). Evaluación de los procesos e impactos de la reforma sanitaria al sistema de salud de Chile. Santiago, Chile.
- Superintendencia de Salud (2005). Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera. Departamento de Estudios y Desarrollo (Camilo Cid, Alberto Muñoz, Ximena Riesco, Eduardo Salazar, Roberto Tegtmeier, Manuel Inostroza). Santiago, Chile.
- Superintendencia de Salud (s/f). Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera. Presentación PP del Dr. Manuel Inostroza, Superintendente de Salud. Santiago, Chile.
- Superintendencia de Salud (2009). A cuatro años del GES-AUGE. Julio 2005-Junio 2009. Santiago, Chile.
- Superintendencia de Salud (2010). Casos GES acumulados a marzo de 2010. Serie Estadísticas. Santiago, Chile.
- Superintendencia de Salud y Adimark (2008). Evaluación del acceso, equidad en el acceso e impacto en la implementación del Régimen de Garantías Explícitas de Salud. Informe integrado de los tres servicios de salud. Informe Final. Estudio 1879/08. Santiago, Chile.
- Titelman, Daniel (2007). “Financiamiento, eficiencia y solidaridad en los sistemas de salud de América Latina”, en **¿Qué ha pasado con las reformas de salud en América Latina? Tercer Seminario Internacional. Una contribución a la agenda del Bicentenario**, Chile: Fonasa.
- Urreola, Rafael (2005). “Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno”, en **Revista de la CEPAL** (87) diciembre, pp. 61-78.
- Urreola, Rafael (2008). “Restricciones del Financiamiento de la salud”, en **Fuentes y Organización del financiamiento en salud. Cuarto seminario internacional. Una Contribución a la agenda del Bicentenario**, Chile: Fonasa.
- Vega, Jeanette (2005). “Determinantes Sociales de la salud en Chile”, en **La perspectiva de la Equidad**. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES)-Fundación Rockefeller.

Vergara-Iturriaga, Marcos y Martínez-Gutiérrez, M. (2006). "Financiamiento del sistema de salud chileno", en **Salud pública** [online]. Vol.48, n.6, México, pp. 512-521.

Vergara, Marcos (2007). **Reforma del sector de la salud en Chile: avances y problemas en la implementación**. Santiago, Corporación Expansiva, Serie en Foco, N° 112.

