



**BREVE 4**

# **EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE LAS PRIORIDADES EXPLÍCITAS EN SALUD: LA EXPERIENCIA CHILENA**

*Presentación de Dr. Antonio Infante. Junio de 2013*

Serie de políticas y métodos basados en presentaciones a expertos. Elaborado por CRITERIA, red de conocimiento sobre priorización y planes de beneficios en salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud  
Banco Interamericano de Desarrollo  
[www.iadb.org/salud](http://www.iadb.org/salud) - [scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

Copyright © 2014 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



## RESUMEN

Existe un consenso creciente sobre la necesidad de incorporar valores y preferencias sociales en los ejercicios de priorización explícita de salud. Sin embargo, poco se ha desarrollado en ese tema en la región de las Américas. Uno de los países que más ha avanzado en esta materia es Chile, país que ha instaurado un proceso sistemático y legalmente anclado para considerar las prioridades de sus ciudadanos a la hora de definir y ajustar su plan de beneficios, AUGE.

El presente resumen de política analiza los procesos de participación social que acompañaron, y aún hoy acompañan, las definiciones de las prioridades explícitas del plan AUGE de Chile. En particular, se muestra cómo se logró incluir la sociedad civil en ese proceso de definición de las prioridades plasmadas en el plan de beneficios y se destacan los retos que el Gobierno de Chile ha enfrentado con esa iniciativa.

## ESTABLECER PRIORIDADES EN SALUD EN CHILE: UN VIEJO TEMA CON LENGUAJES CAMBIANTES

La priorización explícita en salud es un concepto que se está aplicando en la política pública de salud de Chile desde los años cincuenta. El tema no es por lo tanto un “recién llegado” en las discusiones de la política sectorial de este país; sin embargo, el enfoque de aquel entonces se centró en el análisis epidemiológico y de riesgos. En ese contexto emergían como prioridades los problemas de salud materno-infantiles y los programas verticales de control de enfermedades contagiosas y se asignaban más recursos a las personas o problemas de mayor riesgo.

En los años noventa, y como respuesta a un aumento dramático de costos en el sector de salud, comenzó una nueva etapa de la priorización. Esta se centraba en el racionamiento explícito bajo la premisa de que los recursos no alcanzaban para financiarlo todo, que había que escoger explícitamente lo que se podía o no financiar con recursos públicos y que esas decisiones tenían que regirse por un criterio de eficiencia.

Lo que ocurrió fue un cambio de lenguajes. Entender y manejar esos lenguajes diferentes resulta estratégico; deben construirse

puentes entre ellos para que pueda surgir una cooperación entre la disciplina económica y el pensamiento sanitario en la priorización en salud y entre los actores que representa cada una de esas corrientes. La existencia de opiniones diferentes entre el mundo médico, acostumbrado a responder a necesidades y riesgos, y el mundo de la economía, acostumbrado a responder a la escasez de recursos, desorienta a la ciudadanía. Esto dificulta llegar a acuerdos para enfrentar en conjunto el desafío de la priorización.

La ciudadanía en general ha estado más cerca del pensamiento médico, en donde las prioridades se han definido por las necesidades de las personas, independientemente de los recursos disponibles. De esa manera, la definición de prioridades asociada a disponibilidad de recursos es un lenguaje nuevo también para la población. La situación se hace más compleja porque finalmente es el médico el que tiene que poner la cara frente a las decisiones que se toman.

Incorporar a la población en este proceso fortalece las decisiones de priorización. Las personas aportan a esta discusión su visión sobre lo que es prioritario, sin conocer de costo efectividad ni entender a fondo la causalidad entre los problemas detectados y las intervenciones sanitarias disponibles. Por ello es clave informar a la ciudadanía sobre la necesidad de priorización mediante una estrategia de comunicación que transmita la temática de manera entendible a todos y asegure que las dudas y preocupaciones de los ciudadanos sean tenidas en cuenta e incorporadas en la toma de decisión.

## LA EXPERIENCIA CHILENA: APRENDIZAJES EN CUATRO MOMENTOS

La participación social y consulta pública como elemento para la definición y ajuste de las prioridades explícitas de salud, plasmadas en el plan AUGE, se marcaron en cuatro momentos: (i) los primeros intentos de reforma en 1995; (ii) la reforma de salud del año 2000; (iii) el ajuste de las prioridades explícitas en el año 2009; y (iv) la definición de los objetivos sanitarios para el período 2010 - 2020. A continuación, se presentan los puntos más destacados de cada una de esas fases.

### 1. PRIMEROS INTENTOS DE REFORMA Y PRIMER ESTUDIO DE PRIORIDADES SOCIALES: 1995

#### Introducción.

En el año 1995, se comenzó a discutir una reforma de salud que promovía la adopción de un paquete básico, concepto que había sido ampliamente divulgado por el Banco Mundial, con su Informe sobre el Desarrollo Humano de 1993, Invertir en Salud. La propuesta de

introducir un paquete básico generó grandes resistencias, en gran medida porque se proponían unas prioridades que se asemejaban a las de un país mucho más pobre y mucho menos desarrollado que Chile, lo que fue criticado intensamente dentro de la comunidad de médicos. Aunque esta reforma nunca prosperó, dio lugar a dos estudios que resultaron fundamentales para la priorización explícita en Chile: un estudio de la carga de enfermedad de los chilenos (Ministerio de Salud Pública 1997) y un primer estudio de las prioridades sociales (Ferreccio y Cols, 1996). Tanto el análisis de la carga de enfermedad por mortalidad y discapacidad como la identificación y valoración de las prioridades sociales contienen una parte importante de subjetividad. Así por ejemplo, la carga de enfermedad requiere de una valoración subjetiva de la edad (por ejemplo: ¿vale más un año de vida de un bebé o el de una persona de edad?). Con esos estudios se reconoció por primera vez que el establecimiento de las prioridades no era sólo un ejercicio para la medición de tasas y estadísticas objetivas sino que requería de juicios y valores sociales. A partir de ese momento quedó claro que el proceso de priorización explícita requiere de un equilibrio entre un acercamiento puramente técnico y uno mucho más valórico que refleja las preferencias de la sociedad. A continuación se describe con mayor detalle el estudio de prioridades sociales antes mencionado, ya que este tuvo un impacto profundo sobre la priorización explícita en Chile.

## ¿Y qué piensa la ciudadanía? Primer estudio de prioridades sociales del año 1995

El Estudio de Prioridades Sociales en Salud (op. cit.) tuvo como objetivo principal conocer los criterios principales que usan los ciudadanos para establecer sus prioridades en salud. El estudio indagó además acerca de las opiniones de la ciudadanía acerca de los criterios técnicos normativos que los tomadores de decisiones querían usar para la priorización explícita, tales como la carga de enfermedad o la costo-efectividad. El análisis de las prioridades sociales partía de la premisa de que era importante conocer las prioridades sociales ex ante y no sólo como un validador ex post de unos criterios y decisiones ya tomadas. Se creía que la legitimidad de las políticas públicas dependía de haber considerado y tenido en cuenta las opiniones de la ciudadanía a la hora de definir las prioridades. En esencia los tomadores de decisiones optaron por recurrir no sólo a criterios técnicos sino también a valores y preferencias sociales como insumos para la priorización explícita.

A continuación, se describen los objetivos específicos, la metodología y los resultados de este estudio de prioridades sociales.

**Metodología:** Se trabajó con grupos y no con personas individuales en el supuesto de que las necesidades y reflexiones expresadas son más estables cuando se expresan en un grupo de personas y no de forma individual. Además, la literatura indica que los criterios individuales

tienen el sesgo de la experiencia personal y de ahí su alta variabilidad. Se conformaron 18 grupos de usuarios sanos del sistema público de salud, segmentados por edad, sexo, nivel socio económico y territorio urbano rural. Cabe anotar que en ese momento, en Chile, el 70-80% de la población era usuario del sistema público de salud, pero el resto se atendía en el sistema privado. Por lo tanto, hubo un sesgo en la selección de los participantes en razón a que los sectores más acomodados, que suelen usar el sector privado, no estuvieron presentes en este estudio.

La metodología se condujo en dos fases. La primera fase consistió en la indagación de los criterios socio culturales que utiliza la ciudadanía para priorizar problemas de salud. La segunda fase consistió en buscar la opinión de los usuarios frente a criterios técnicos normativos específicos de la carga de enfermedad estimada por los años de vida saludable perdidos, tales como la edad, el valor social del tiempo, la discapacidad y la expectativa de vida.

**Resultados criterios socio-culturales:** Los primeros criterios recogidos eran de naturaleza *cultural* y destacaban la priorización que hizo la ciudadanía de cualquier condición con riesgo de muerte inminente. Cualquier problema de salud con riesgo inminente de muerte, en especial si era de aparición repentina (por ejemplo, accidentes y catástrofes naturales), se reveló como una prioridad alta. Emergió igualmente que, para la ciudadanía, los niños y adultos mayores debían ser grupos prioritarios. Además, es interesante recalcar que los grupos ciudadanos percibieran

la importancia de la prevención para abordar esos temas prioritarios y vitales (riesgo de muerte inminente y prioridad de atención de problemas de niños/adultos mayores). Por ejemplo, la prevención vial fue discutida como un tema importante en el contexto de la muerte inminente por accidente de tráfico.

Los segundos criterios socioculturales obtenidos fueron aquellos cuya interpretación se encuentra mediada por el conocimiento (o la falta de conocimiento) de la sociedad sobre la *gravedad asociada a síntomas* de condiciones de salud. Por ejemplo, para los ciudadanos, criterios como el riesgo de muerte, el sufrimiento y el dolor, el sangramiento severo<sup>1</sup>, los órganos afectados (por ejemplo, enfermedades del corazón), las epidemias y la salud mental emergían como temas de gravedad. Las epidemias se asociaron con la idea de la frecuencia de ocurrencia mientras que el tema de la salud mental se asoció con una discapacidad que afecta el desempeño diario de las personas. Al señalar estos criterios las personas llamaban, por un lado, a privilegiar la prevención (vacunación para prevenir epidemias) y, por otro, a destacar aquellos problemas que por su gravedad disminuyen las capacidades y afectan la vida cotidiana.

Un tercer grupo de criterios socioculturales se refirió a criterios según *variables sociales* y están más relacionados con la calidad de vida y la capacidad de inserción en el mundo social

---

<sup>1</sup> El sangramiento severo para un médico no necesariamente indica una condición de salud severa, pero para la sociedad tiene una apariencia severa que demanda ser priorizado.

que con el ámbito sanitario. Por ejemplo, se encontró que la invalidez no era percibida como un concepto homogéneo y que realmente lo que debería ser prioritario es atender las prioridades que implican aislamiento social. Este tema se planteó con una referencia clara a la atención del adulto mayor. Por otro lado se priorizaron temas sociales que tienen un efecto amplio sobre la sociedad tales como la violencia, el alcoholismo, el medio ambiente o las epidemias.

*Criterios demográficos* representaron un cuarto grupo de criterios socio-culturales. Como ya se mencionó en los criterios anteriores, los grupos prioritarios que surgieron eran los niños y los adultos mayores. Entonces, a la sociedad le importaba más la edad que el género.

Otros criterios que se indagaron fueron los relacionados con la *satisfacción* en la atención de salud. Ahí aparecían temas relacionados con la humanización de la atención, la necesidad de recibir información, la calidad, la competencia del personal tratante, la equidad, el acceso y la capacidad resolutiva. Resultó muy importante la dignidad del paciente y tener buenas relaciones con el sistema de salud (buenos tratos de las personas por parte de los sistemas de salud). Por ejemplo, para la ciudadanía resulta prioritario obtener información clara, entendible y sin hechos faltantes. La satisfacción en la atención de salud es influida también por la calidad de los equipos médicos, tener excelente tecnología y servicios de hotelería. Se observó también que la población quiere y atribuye más competencia a la persona o al equipo que le brinda más claridad y certeza diagnóstica. El tema de equidad

apareció con mucha fuerza debido a que existen altos niveles de inequidad en la población y no existen aportes proporcionales a los ingresos. Y en términos de acceso, es importante tener claro que la población está dispuesta a trasladarse a sitios alejados con tal de tener una buena calidad de servicios. Por último, la población valoriza mucho más a los hospitales que a los Centros de Atención Primaria en Salud (APS). Ello es un indicio de que estos últimos no son capaces de responder integralmente a las necesidades que el usuario está planteando.

**Figura 1. Criterios socio-culturales**



En el estudio, los grupos insistieron en la importancia de priorizar utilizando los criterios socio-culturales más que los normativos.<sup>2</sup> Por ejemplo, el grupo de adultos mayores adquirió principal importancia, aunque no sumara

<sup>2</sup> Los criterios normativos son los que surgen del mundo de los técnicos. Por ejemplo, las recomendaciones basadas en costo efectividad, indicadores de riesgo epidemiológico, esperanza de vida al nacer o de AVISA (años de vida saludable perdidos).

una cantidad importante de AVISAS. Esto se explica por el relativo abandono en que vivía ese grupo de personas. Incluir este grupo de la población emergió como una prioridad como condición para generar el mayor consenso en la población sobre la priorización. Los criterios técnicos quedaron relegados a un lugar menos importante en el estudio de las prioridades sociales.

## 2. REFORMA DE SALUD: 2000

El año 2000 se inició la reforma de salud. Esta precisó de un nuevo estudio sobre las prioridades sociales y las opiniones que tuviera la población acerca del sistema de salud y las mejoras que se debían hacer. La Reforma quedó plasmada en la Ley 19.966 (2003) que no sólo definió el plan explícito de beneficios sino que estableció también que sus ajustes periódicos (cada 3 años) tendrían que venir acompañados de estudios de costo-efectividad, de carga de enfermedad y de prioridades sociales. Desde entonces las prioridades sociales quedaron legalmente ancladas dentro del proceso de diseño y ajuste de las prioridades explícitas consignadas en la reforma chilena.

Llegar ahí implicó un recorrido que se inició con las declaraciones contenidas en el programa de gobierno del candidato presidencial ganador (Ricardo Lagos 2000 - 2006). Respecto a los temas de salud, se señalaba en el programa que debía tener "...enfoque integral de la salud que exige una participación activa, informada y responsable de cada persona y de la comunidad organizada.

Los ciudadanos deben tener los cauces que les permitan expresar sus aspiraciones e inquietudes y participar en la orientación de los servicios de salud que los atienden, sean estos públicos o privados. La salud integral y participativa es un compromiso del Estado". Además, el programa de gobierno se comprometía a hacer un proceso de mucha transparencia al indicar que "el éxito del proyecto depende de la transparencia con que se lleve a cabo el proceso, la capacidad de obtener el respaldo de la población y la legitimación social, al mismo tiempo que la capacidad de generar los acuerdos necesarios con los actores sociales relevantes".

Una vez Lagos asumió la presidencia, era necesario dar cumplimiento a estas promesas de amplia participación. Para ello se diseñó una estrategia que abarcaba con metodologías distintas a los diferentes actores sociales involucrados en los temas de salud. Los encargados de esa tarea fueron equipos ministeriales o de consultores externos con experiencia en levantamiento de información.

La Figura 1 muestra los grupos de los cuales se exploraron distintos criterios de priorización e indica en qué momento se incorporaron, qué metodología se utilizó para indagar acerca de sus criterios, las técnicas que se utilizaron para recuperar la información obtenida de cada grupo y los resultados que se esperaban con el proceso. La metodología en general fue cualitativa y conducida por integrantes del equipo encargado del diseño de la reforma a excepción del grupo de opinión pública donde se hizo, además de grupos focales, una encuesta de población representativa de hogares, tarea que se le encargó a una empresa externa con experiencia en el ramo.



**Figura 2. Grupos involucrados en la exploración de criterios de priorización**

Grupos	Etapas de incorporación	Metodología a emplear	Técnicas de recuperación de información	Resultado esperado
Expertos	1) Inicio del proceso en formulación. 2) Durante el proceso.	Cualitativa	Grupos de expertos	Propuestas para consideración Comité Intersectorial
Grupos de Interés	1) Proposiciones durante el proceso. 2) Negociación, una vez definido el marco.	1) Proposiciones. 2) Negociación y compromisos mutuos.	Grupos de tarea	1) Propuestas. 2) Compromisos que den viabilidad al proyecto.
Trabajadores públicos municipales privados	Una vez definido el marco	1) Cualitativa. 2) Negociación con el Sector Público.	Grupos de tarea	1) Propuestas sobre implementación reforma. 2) Acuerdos Políticas Recursos Humanos.
Opinión pública	Inicio del proceso	Cualitativa y cuantitativa	Encuesta de opinión (S.S.) – Grupos focales sobre muestra estructural	Percepción de usuarios y funcionarios sobre áreas definidas en proceso de reforma
Comunidad	Una vez definido el marco por el Comité Intersectorial	Cualitativa	1) Buzón. 2) Consultorio Abierto.	Percepción de la ciudadanía sobre la orientación de la reforma
Comunidad Organizada	Una vez definido el marco por el Comité Intersectorial	Cualitativa	Grupos de conversación	1) Conocer percepción prioridades salud. 2) Mejoramiento calidad atención. 3) Rol comunidad en creación ambientes saludables. 4) Propuestas control.

Fuente: Celedón y Orellana 2003

La Figura 2 muestra los grupos que se indagaron en el momento de construir las prioridades de la reforma: el grupo de expertos, grupos de interés, trabajadores públicos, municipales, privados, opinión pública, la comunidad y la comunidad organizada.

A continuación, se revisan algunos aspectos de esta segunda ronda de averiguación de las preferencias sociales detallando i) la indagación de la opinión pública mediante un estudio de opinión, ii) la indagación de las preferencias de la comunidad mediante encuentros comunitarios y, iii) la indagación de las preferencias de los grupos de interés mediante la constitución de unas mesas de trabajo. La sección finaliza con una discusión de los principales obstáculos que se enfrentaron en estos procesos.

## **Estudio de opinión pública**

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las percepciones, expectativas y actitudes vinculadas a la experiencia de los usuarios en el ámbito de la salud. El trabajo se llevó a cabo primero a través de grupos de conversación, segmentados por edad, sexo, nivel socio económico y territorio urbano rural. Después de obtener estos hallazgos del estudio cualitativo, se traspasaron a una encuesta nacional en la que se estudiaron las prioridades en salud y la relación con el sistema de atención en 5.600 hogares. Esto permitió tener una confirmación o un rechazo de las hipótesis que se habían levantado en los grupos de opinión.

## **Encuentros comunitarios**

Los primeros encuentros comunales fueron en el año 2001, con 48 encuentros que involucraron a 3.000 personas. Ahí se averiguaron los problemas sectoriales y se levantó un diagnóstico y propuestas de solución. En ese mismo año, se hizo una devolución de los hallazgos en 250 encuentros comunales a los que asistieron 25.000 personas. La discusión se centró en la calidad de atención del sistema, la accesibilidad y equidad. Se enfatizaron más las ineficiencias del sistema de salud que las prioridades específicas dentro del paquete de garantía.

Finalmente, en el año 2002, una vez terminada la fase de diagnóstico y de redacción de las leyes, se socializó el contenido de estas con los dirigentes sociales y autoridades sectoriales a lo largo del país, por medio de encuentros comunitarios con 22.500 personas. Simultáneamente transcurría el proceso de discusión parlamentaria.

## **Grupos de interés en forma de mesas de trabajo**

Con los grupos de interés, se hicieron mesas de trabajo. Estas se conformaron por académicos, gremios y usuarios de salud pública. Además, se incluyeron mesas de trabajo con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), prestadores, gremios y usuarios de salud privada, y mesas con dirigentes sociales y representantes de organizaciones e instituciones de la sociedad civil. Por último se incluyó la mesa de atención primaria que se encuentra bajo la administración municipal.

Los desacuerdos que existían al interior de la coalición se hicieron presentes en la discusión de todos los grupos, lo que entrampaba el avance del proceso, en vista de lo cual el Presidente estimó que la discusión continuara en el espacio parlamentario, enviando los proyectos de ley al Congreso. El Congreso se tomó dos años en la discusión, con una amplia convocatoria de actores diversos en ambas cámaras.

## Obstáculos al proceso

Se identificaron tres niveles de obstáculos mayores durante el proceso de consulta y participación ciudadana: (i) nivel de Gobierno; (ii) nivel institucional; y (iv) nivel de gremiales.

A nivel del Gobierno se enfrentaron numerosas limitaciones respecto a los temas a consultar por diferencias estratégicas dentro de las coalición de gobierno. No se logró profundizar en aspectos considerados necesarios, como por ejemplo la interpretación de intenciones de los diferentes actores y los riesgos consecuentes, aspectos esenciales para definir las dificultades de gobernanza que tendría el proceso.

El reto a nivel institucional se manifestó en el riesgo de desestabilización, debido al potencial de crear demandas mediante las consultas al público y que el Gobierno no pudiera cumplir. El argumento en contra de estas preocupaciones era que justamente al explicar bien a la población el objetivo y alcance del estudio de opinión se creaba la oportunidad para la población de expresar necesidades y opiniones sin desestabilizar el sistema de salud.

Por último, existió un problema a nivel de los gremios. Consultar a la población directamente implicaba el riesgo de sobrepasar el rol de los dirigentes gremiales como intermediadores y se temieron conflictos entre los tomadores de decisiones y los dirigentes gremiales, lo que se solucionó permitiendo que ellos fueran quienes convocaban a sus bases .

En síntesis, el proceso careció de la envergadura y dinamismo que se había planificado, principalmente por los temores tanto de políticos, técnicos y dirigentes gremiales que veían amenazados sus roles, protagonismo o responsabilidades en el proceso de reforma.

Como resultado de todo este proceso surgió la Ley de Autoridad Sanitaria (19.937), que organizó el sector en un agente regulador, una agencia de financiamiento y de seguro público y un área de fiscalización de garantías con organismos nuevos. También se creó la Ley AUGE (19.966), dando acceso universal y garantías explícitas para 56 problemas de salud debidamente protocolizados. Mediante estas leyes se estableció transparencia sobre qué servicios deberían ser provistos por el prestador y se aseguró que el ciudadano tenía acceso a esos protocolos para saber lo que le esperaba. En esta ley entraron problemas de salud como la diabetes, hipertensión, cánceres, problemas de audición, enfermedades congénitas, problemas del adulto mayor, y se priorizó el área materno-infantil, como problemas prematuros e inmadurez pulmonar, entre otros. Por último, como resultado surgió la Ley de ISAPRE (Instituciones de Salud Provisional) (18.933) que crea regulaciones al sistema de seguros privados de salud.

### 3. REEVALUACIÓN DE PRIORIDADES EN EL 2008

Como se señaló anteriormente en la ley quedó definido que las garantías explícitas deberían ser revisadas y actualizadas cada tres años y que para ello debían realizarse diferentes estudios. En el área epidemiológica se hizo un nuevo estudio de carga de enfermedad para actualizar el conocimiento de la magnitud y tendencia de las principales causas de muerte y discapacidad en la población. Adicionalmente se contrató y encargó a grupos universitarios investigaciones respecto a las intervenciones existentes para prevenir, tratar o rehabilitar el impacto de diferentes enfermedades, evaluando la evidencia científica disponible sobre el resultado de esas intervenciones, tanto desde el punto de vista médico como de su costo efectividad. De acuerdo con lo establecido en la ley, era necesario actualizar estudios acerca de las necesidades y expectativas de la población y sobre las preferencias sociales, destinadas a conocer los problemas de salud que la población estima debieran ser cubiertos.

#### Estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud

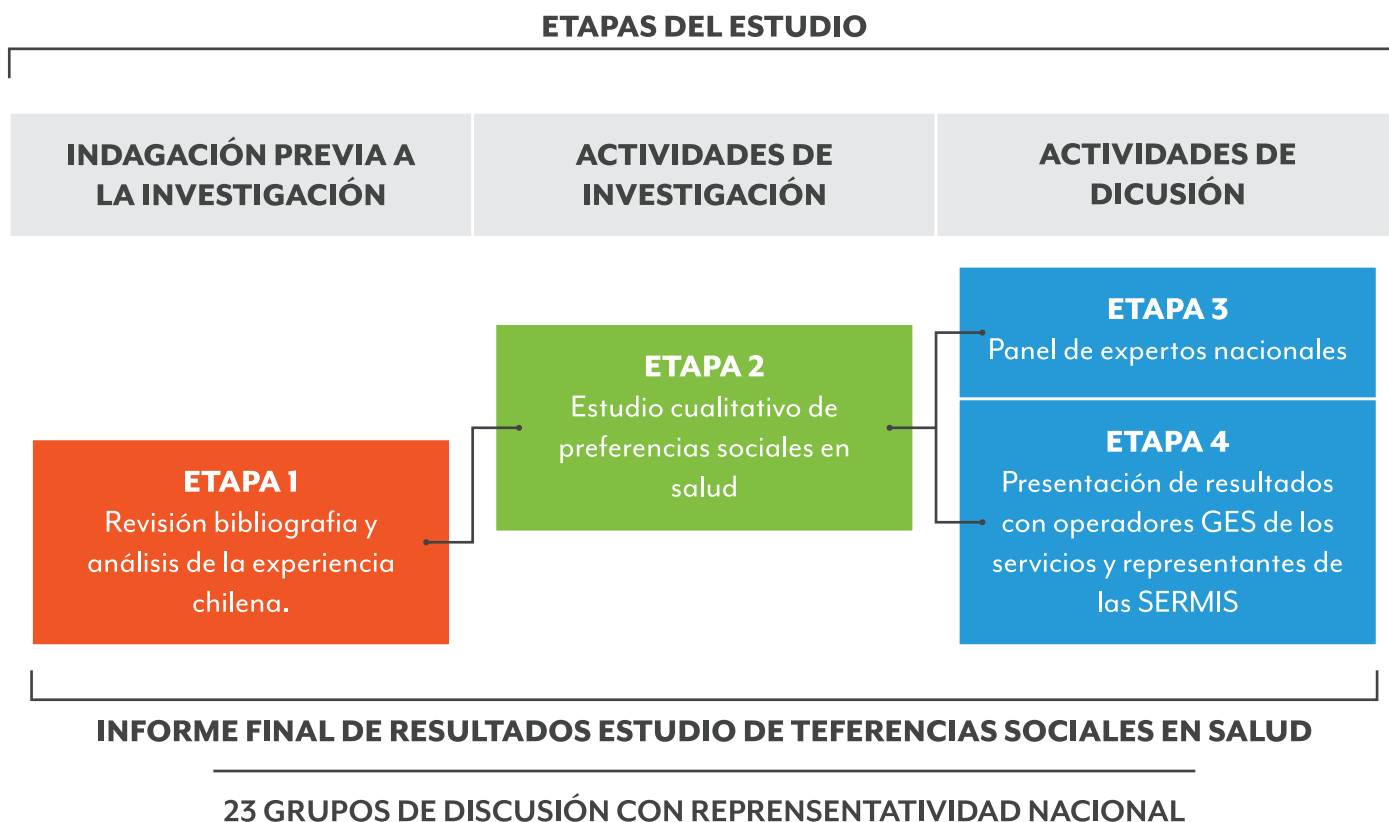
Así el año 2008, se desarrolló un nuevo estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud, siguiendo la misma metodología del estudio previo,

complementado con un grupo de expertos que buscó compatibilizar los resultados de los análisis técnicos (carga de enfermedad, estudios de evidencia y de costo efectividad) con las visiones de prioridades sociales.

Este estudio se llevó a cabo en cuatro etapas y con 23 grupos de discusión con representatividad nacional (Figura 3). **La primera etapa** consistió en una revisión bibliográfica y análisis de la experiencia chilena como parte de la indagación previa a la investigación. **La segunda etapa** comprendió las actividades de investigación que se llevaron a cabo por medio de un estudio cualitativo de preferencias sociales en salud. Este estudio cualitativo se confrontó con actividades de discusión durante **la tercera etapa** con un panel de expertos nacionales. Y en la **última (cuarta) etapa**, se presentaron los resultados a un consejo de operadores de las Garantías Explícitas en Salud (GES), a un consejo asesor del Ministerio de Salud y al centro del Ministerio de Finanzas (organismo que al final decide lo que se lleva a cabo o no).

La pregunta clave que se formuló en este estudio fue: ¿A cuáles problemas de salud o enfermedades y a qué grupos de nuestra sociedad se debe asignar recursos disponibles y por qué? Esta pregunta se presentó a la población pidiendo que se especificara grupos de edad, tipos de ubicación geográfica, género, y que caracterizara vulnerabilidades, grupos socioeconómicos, asegurador y prestador en salud de acuerdo a las prioridades que definiera.

**Figura 3. Etapas del estudio de preferencias sociales en salud**



**Resultados:**

De estas indagaciones resultaron nuevamente como prioritarios los niños/niñas y adultos mayores. En el área de adultos existió una referencia a mayor prioridad por las mujeres.

En los criterios sociales apareció el tema de la gravedad y frecuencia en problemas de salud como la diabetes, cáncer y problemas cardiovasculares. Además aparecieron temas en el área del adulto mayor como la salud bucal, discapacidad y postración, y salud mental.

Sin embargo, los problemas dentales y de salud mental se señalaron como prioridades

transversales a todos los grupos de edad. A la salud bucal se le asignó una alta prioridad. La población consideró este tema como un área de discriminación, y por lo tanto pidió soluciones en términos de acceso a urgencias y reparación para lograr una mayor equidad. Además, como criterios emergentes, surgieron los temas de la equidad y solidaridad, como también los aspectos de prevención y factores de riesgo.

La evolución de criterios sociales ocurrió con una menor importancia que en 1995, probablemente porque el acceso, la gravedad y los altos costos ya no eran problemas debido a que la mayor parte de los temas estaban garantizados.

Entre 1995 y 2008 hubo además un aumento significativo en el ingreso per cápita que podría perfectamente sesgar este menor nivel de importancia a estos temas. Por lo tanto existe una mezcla entre un mejor poder adquisitivo y un paquete de garantías que efectivamente apuntó a lo que era más reclamado por la población: problemas de acceso, gravedad y de altos costos.

La Reforma de Salud del 2000 tuvo un área de protección financiera muy eficaz, protegiendo el exceso de gasto con un subsidio público.

Una de las demandas de los grupos consultados fue hacer más comprensible el plan garantizado. El paquete de garantías del 2000 que se empezó a implementar a partir del 2004 fue muy hermético, pues establecía diversas restricciones de acceso como límites de edad y varios pasos por cumplir entre la atención primaria y la de un especialista. Por ejemplo, en cuanto a una operación de la vesícula, la población pedía a que se beneficiara a todas las personas y no sólo a aquellas entre los 30 y 49 años de edad, como se encuentra establecido. En general, estos pasos fueron filtros para evitar un mayor gasto que los recursos disponibles. La población pidió simplificar y hacer más entendible el paquete de garantías que se estaba implementado. Al día de hoy, existen 69 problemas de salud y existe todavía la tendencia a crecer, pero se recomienda primero cumplir con estas 69 áreas de problemas en vez de buscar una expansión de servicios.

## 4. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS SANITARIOS 2010 - 2020

Finalmente, es pertinente señalar que la experiencia de participación ciudadana recogida a partir del proceso de reforma y lo realizado posteriormente para actualizar las garantías el 2008 dejó huellas en el Ministerio de Salud.

Así, para la definición de objetivos sanitarios de la década 2010 - 2020 se optó también por un amplio proceso de consulta ciudadana.

Se condujeron 57 foros ciudadanos con el lema “Construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”, con la participación de cerca de 50 mil personas.

### EN RESUMEN

Desde los años 50 en Chile se empezaba a priorizar en salud, a través de la asignación de más recursos a la población o a problemas con más riesgos. En los años noventa la prioridad estuvo en el sinceramiento de los costos y los mecanismos de pago. En el año 1995, se discutió la posibilidad de una reforma en salud basada en un paquete básico garantizado, para lo cual se realizaron estudios de carga de la enfermedad y de prioridades sociales para priorizar problemas de salud en Chile.

Desde ese entonces, la experiencia de 1995 fue importante para aclarar que el proceso de priorización explícita requiere de un equilibrio entre un acercamiento puramente técnico y uno mucho más valórico que refleje las preferencias de la sociedad, y en donde se exploren criterios de priorización y se definan garantías explícitas en salud por medio de la participación de grupos de expertos, grupos de opinión pública, grupos de interés en forma de mesas de trabajo, encuentros comunitarios, entre otros. La importancia de estos procesos que incorporan consultas ciudadanas, de expertos y estudios específicos, es que finalmente van logrando lenguajes comunes que facilitan y clarifican el debate sobre temas socialmente relevantes como las prioridades y garantías explícitas en salud.

## REFERENCIAS

- Celedón, C. y Orellana, R. Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile. Enero 2003.
- Encuesta Nacional. Comisión Interministerial para la Reforma de Salud, 2001.
- Estudio de Preferencias Sociales para la Definición de Garantías Explícitas en Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2008. [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/IF\\_ESTUDIO\\_PREFERENCIAS\\_SOCIALES\\_GES\\_2009.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/IF_ESTUDIO_PREFERENCIAS_SOCIALES_GES_2009.pdf)
- Estudios Iniciales de Percepción en Salud. Comisión Interministerial para la Reforma de Salud, 2001.
- Ferreccio y Cols: Estudio de Prioridades Sociales en Salud. Ministerio de Salud, 1996.
- Foros: Construyamos juntos una mejor salud para todas y todo. Ministerio de Salud, 2010 ([http://www.superacionpobreza.cl/biblioteca-archivos/foro\\_construyamos\\_juntos.pdf](http://www.superacionpobreza.cl/biblioteca-archivos/foro_construyamos_juntos.pdf)).
- Mapa de Actores frente a la Reforma. Comisión Interministerial para la Reforma de Salud, 2001.
- Ministerio de Salud Pública: Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Departamento de Salud de Salud, 2004.
- Sociedad Internacional de Prioridades en Salud (<http://org.uib.no/healthcarepriorities/>)

