

GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

COBERTURAS BÁSICAS DEL SISTEMA ISAPRE

Etapas 1: Opciones Metodológicas

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene por objetivo identificar y presentar algunas metodologías desarrolladas para la confección de paquetes esenciales de servicios de salud, teniendo presente que las recientes reformas de este sector en Chile como en otros países de la región e incluso en naciones industrializadas, contemplan entre sus principales componentes el diseño de un plan básico universal, garantizado para toda la población en términos de cobertura financiera, tiempos de acceso y calidad de la atención.

Esta tendencia surge de reconocer que ningún país del mundo dispone de los recursos suficientes para satisfacer todas las posibles necesidades de salud de la población. Más aún, cuando la escasez de recursos se hace más crítica en la medida que avanzan los procesos de transición demográfica y epidemiológica que provocan un envejecimiento paulatino de la población y por ende mayores demandas por atención en salud.

Esta situación, es la que en definitiva genera o justifica la tendencia a aceptar de manera explícita la necesidad de establecer criterios sobre las atenciones de salud que apunten a priorizarlas y/o a racionalizarlas.

Sin lugar a dudas, los criterios que se utilicen para la definición, priorización y selección de los servicios de salud que conformarán el catálogo o paquete de prestaciones esenciales, son de gran importancia, por cuanto, tienen incidencia directa sobre la eficiencia, equidad y aceptación social. Es por tanto recomendable que estos criterios respondan a las políticas sanitarias propias de cada país y que estén basados en la evidencia científica sobre la efectividad, costos, preferencias y valores de la sociedad.

Existen muchas formas distintas para delimitar los servicios de salud, las cuales pueden considerarse racionales y legítimas. Sin embargo, parece haber consenso en que los criterios de costo-efectividad, impacto sobre la calidad de vida e impacto

sobre la esperanza de vida deben jugar un papel preponderante al momento de priorizar los servicios.

Se considera además, que el proceso de priorización debe orientarse a definir un cuidado de salud básico y, por ende, a reducir la provisión de servicios médicamente inefectivos y que no son valorados por la comunidad.

Del mismo modo, se sostiene que el proceso de priorización implica cambiar el énfasis desde los servicios médicos que benefician a pocos o que tienen un menor impacto sobre la calidad de vida, hacia aquéllos que benefician a muchos o que tienen un impacto importante sobre la calidad de vida.

En primer lugar, este informe expone los principios o criterios sobre los cuales debiera basarse un proceso de priorización de servicios de salud y el diseño de un plan de salud básico. En segundo lugar, revisa la evidencia intencional en lo relativo a la implementación de reformas que incluyen planes obligatorios de salud o canastas básicas de prestaciones, entre las cuales, se describen el plan de servicios del Banco Mundial, la experiencia de Holanda y Colombia.

Finalmente, el presente informe describe la metodología empleada por la Comisión de Reforma para el establecimiento de un Plan de Salud Global en Chile, definido como el conjunto de actividades de salud garantizadas por el estado a toda la población chilena.

2. CRITERIOS PARA LA PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Se postula que el diseño de cualquier metodología orientada a priorizar los servicios de salud debe considerar los siguientes principios rectores¹:

- La salud constituye un pre-requisito para el goce pleno de la libertad y las oportunidades individuales, por lo tanto, se debe garantizar un nivel de cuidado básico de salud para toda la población.
- La adopción de un sistema de prioridades en salud debe intentar proveer una evaluación exhaustiva de todos los aspectos importantes asociados a las diferentes medidas de salud, como son: la prevalencia e incidencia de una condición de salud; la razón costo-efectividad de su tratamiento; el impacto que estos tratamientos tienen sobre la esperanza de vida y la calidad de vida; la población que será beneficiada; y también, las condiciones políticas, sociales y morales imperantes.
- El sistema de priorización no debe restringirse sólo a la atención de salud, sino que además, debe incorporar el concepto de salud que se relaciona con el grado

¹ ILADES, 1994. *Estudio de Liberalización de la Cotización Obligatoria para Salud y Establecimiento de un Plan Mínimo de Salud.*

de bienestar físico, emocional y social del cual goza cada individuo en la comunidad.

- La priorización en salud debe considerar también los valores sociales de la comunidad. En este sentido debe incorporar ciertas prestaciones que presentan un bajo impacto sobre la esperanza y calidad de vida, tales como, el alivio del dolor en enfermos terminales.
- El sistema de priorización debe permitir la inclusión de un conjunto amplio de eventos que le den al paciente la posibilidad de decidir si incurre o no en un gasto variable, en lugar de someterse a una decisión técnica que considera o no una determinada acción de salud en el plan básico.
- El sistema de priorización debe ser dinámico y flexible a objeto de ir incorporando nuevas tecnologías o procedimientos médicos que vayan apareciendo a través del tiempo.
- Finalmente, resulta deseable que en el proceso de priorización se consideren algunas acciones tendientes a prevenir o curar enfermedades que son atribuibles a la responsabilidad individual, tales como las originadas por el alcoholismo, la drogadicción y el tabaquismo.

3. LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

3.1 El Banco Mundial²

El informe de 1993 del Banco Mundial plantea que los gobiernos de casi todo el mundo reconocen que tienen la responsabilidad fundamental de garantizar a la población el acceso a un conjunto de servicios clínicos esenciales. De acuerdo con este informe, los factores más importantes para decidir qué servicios incorporar a este conjunto, deberían ser la eficacia relativa de las intervenciones en función de los costos; la dimensión y distribución de los problemas de salud que aquejan a la población; y los recursos disponibles.

Para definir el conjunto de servicios esenciales, se postula en primer lugar que las necesidades de un paciente requieren varias intervenciones relacionadas entre sí, razón por la cual, en el análisis de costos y beneficios, se advierte la conveniencia de establecer determinadas agrupaciones. Se identifican cinco grupos de prestaciones de alta costo-efectividad, las que se consideran muy importantes de incluir en cualquier plan de beneficios esenciales, a saber: asistencia prenatal y obstétrica; servicios de planificación familiar; tratamiento del menor enfermo; tratamiento de la tuberculosis; y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Adicionalmente, se establece que en cualquier realidad nacional, tendrían que incluirse el tratamiento

² Banco Mundial (1993), "Invertir en Salud". Informe sobre el desarrollo mundial, 1993, Nueva York, Oxford University Press.

de infecciones y traumatismos leves, la consulta y el alivio del dolor en problemas médicos que no pueden ser resueltos con los recursos y tecnología existentes.

Seguidamente, la propuesta del Banco Mundial indica que la capacidad hospitalaria debería resultar suficiente para prestar asistencia de urgencia, como el tratamiento de la mayoría de las fracturas e intervenciones poco frecuentes, tales como las apendicectomías. En cada lugar, se juzgará si es factible prestar estos servicios según la disponibilidad de insumos y la capacidad de atención cotidiana. Esta “asistencia limitada” y los cinco grupos de intervenciones mencionados constituyen, a juicio de esta entidad, el conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales.

Por otra parte, este informe indica que los gobiernos deben garantizar que los establecimientos dispongan de los insumos necesarios – drogas, instalaciones, equipos y personal entrenado – para prestar estos servicios clínicos.

Los países que dispongan de mayores recursos financieros podrían ampliar el conjunto mínimo de servicios clínicos, incluyendo otras intervenciones cuya costo-efectividad sería inferior a la de los servicios mínimos. Se cita por ejemplo, el carácter prioritario que tendría la inclusión de terapias de rehabilitación de bajo costo en un conjunto ampliado de intervenciones, dada la enorme contribución de la discapacidad a la carga de la morbilidad.

Dentro de las prestaciones que por su poca eficacia en función de los costos deberían estar excluidas del conjunto mínimo de servicios esenciales, especialmente en países de ingreso bajo, se distinguen: la cirugía cardíaca; el tratamiento de cánceres fatales al pulmón, hígado y estómago (salvo en lo que se refiere al alivio del dolor); las terapias de alto costo para pacientes infectados con el VIH; y los cuidados intensivos para nacidos extremadamente prematuros.

Complementariamente, la propuesta del Banco Mundial contempla la entrega de un conjunto de medidas de salud pública esenciales, a través de las cuales, se pueden conseguir importantes mejoras para la salud a un costo moderado. Este conjunto de medidas puede variar de acuerdo con las condiciones particulares de cada país, pero, lo más probable es que incluya lo siguiente:

- Un programa de inmunización, incluida la suplementación de micronutrientes;
- Un programa de salud escolar para tratar las helmintiasis y las carencias de micronutrientes e impartir enseñanza sanitaria;
- Programas educativos de salud sobre aspectos de planificación familiar y nutrición, automedicación, etc.
- Programas para reducir el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias adictivas;
- Programas de prevención del SIDA.

Según cálculos del Banco Mundial, el costo anual del conjunto de medidas de salud pública en países de ingreso medio (ingreso per cápita de US\$2.500) estaría entorno a los US\$6,8 per cápita e implicaría una reducción de la carga de morbilidad de 4%.

Por su parte, el costo anual del conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales sería de unos US\$14,7 per cápita e implicaría una carga de morbilidad evitada de 11%. El total de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales tendría un costo anual y una disminución de la morbilidad de US\$21,5 y de 15%, respectivamente.

La proposición del Banco Mundial para países de ingreso medio, cuyo promedio de gasto público en salud es de aproximadamente US\$62 por persona, supone que se puede desplazar hacia la salud pública y la atención clínica esencial los US\$22 que cuestan estos servicios, o financiar un conjunto de servicios más amplio que los anteriormente descritos.

En resumen, la metodología de costo-efectividad propuesta por el Banco Mundial para construir paquetes básicos de salud plantea que la necesidad de salud se determina a partir de la Carga de Morbilidad, indicador compuesto por las causas de muerte y discapacidad, priorizadas por orden de magnitud. En definitiva, las intervenciones que presentan mayor eficacia en función de los costos para resolver los problemas de salud constituirán la base para definir el paquete básico. La principal ventaja que se le atribuye a esta estrategia es que permite asegurar que el conjunto de servicios esenciales generará los mejores resultados de salud para un gasto determinado. Su principal desventaja, aparte de las dificultades técnicas que introduce, es que al no hacerse cargo de la demanda efectiva de las personas, genera un conjunto de servicios que puede no estar relacionado con los utilizados por la población.

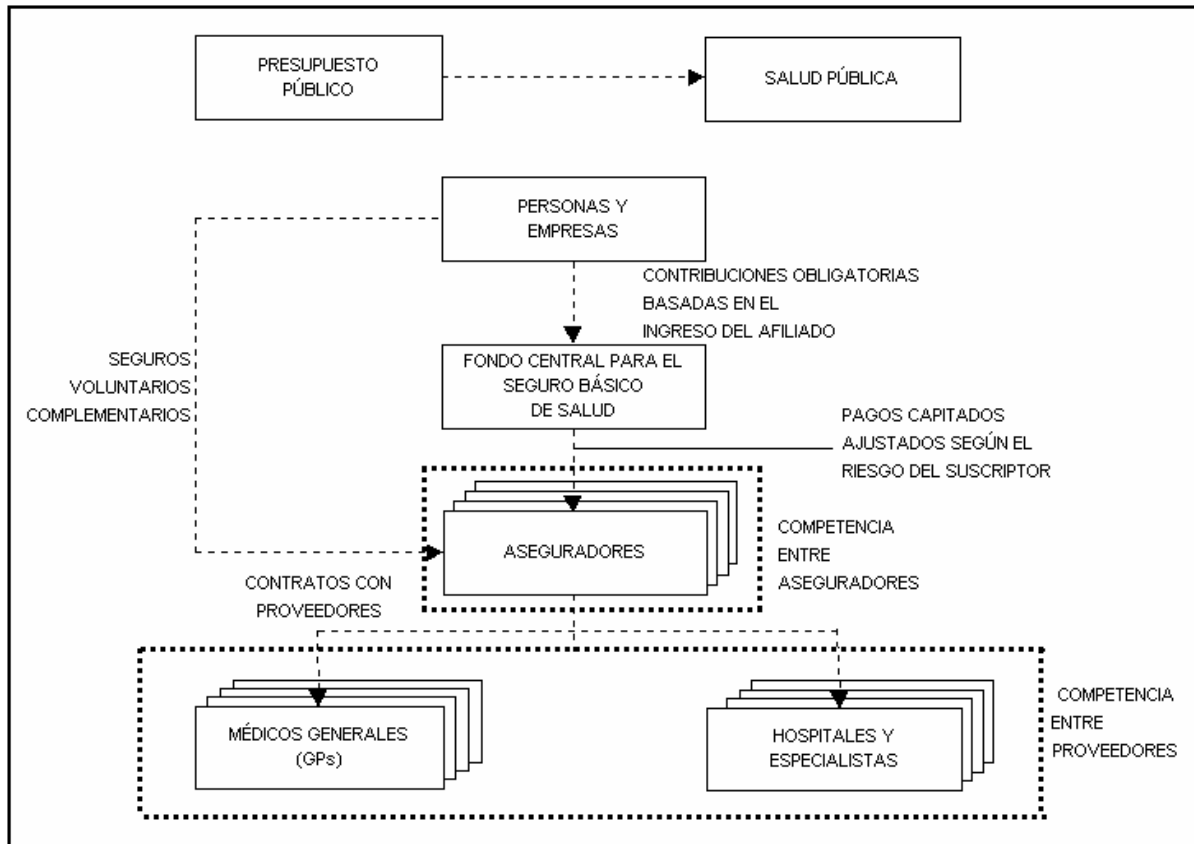
3.2 El Caso de Holanda

La reforma de salud en Holanda se inició a partir de 1987 con el objetivo principal de mejorar la eficiencia y conseguir un control más efectivo sobre los costos, mediante la implantación de un sistema de competencia en el ámbito de aseguradoras y en el ámbito de prestadores de servicios, ya que en otros aspectos este sistema goza de gran aceptación popular, siendo el país europeo con mayor porcentaje de satisfacción del usuario. Desde 1987 las principales medidas han sido las siguientes:

- Creación de un Seguro Obligatorio Básico, cubierto por todas las aseguradoras, y de un Seguro Suplementario de carácter voluntario que cubre servicios de salud dental, fisioterapia y cirugía cosmética.
- Desaparición de la distinción entre Cajas Aseguradoras y Seguros Privados, y Fondo Extraordinario de Enfermedad.
- Establecimiento de libre elección de aseguradora, que no puede excluir a beneficiarios, lo que obliga a éstas a competir entre sí y a estimular la competencia entre los proveedores.

- Nueva regulación en garantía de capital (Ley sobre calidad de las Instituciones Sanitarias, 1993), que establece sistemas de calidad internos sujetos a revisión externa.

Sistema de Salud Holandés luego de la Reforma Dekker



El diseño del paquete básico de servicios en Holanda, a partir de la reforma de 1992, contempla los siguientes criterios de priorización:

- Intervenciones que sean necesarias según la comunidad.
- Intervenciones efectivas.
- Intervenciones eficientes.
- Intervenciones que no puedan ser resueltas por el individuo.
- Debe evaluar nuevas tecnologías para su actualización.
- Establecimiento de guías clínicas para asegurar la efectividad de las intervenciones.
- Establecimiento de criterios explícitos para seleccionar pacientes en listas de espera.
- Exclusiones: Atención dental de adultos, homeopatía, psicoanálisis, fertilización in vitro, remedios caseros.

3.3 El Caso de Colombia

El gobierno de Colombia se ha empeñado en un ambicioso plan de reforma del sector salud, con el objetivo de promover el acceso a la atención de salud de la totalidad de la población, independientemente de su capacidad de pago, con una alta calidad y eficiencia en la prestación del servicio.

En 1994 en Colombia se aprobó la ley 100, que provee una cobertura universal de salud a través de un plan de seguridad social obligatorio pagado por medio de una cotización mensual y subsidios del gobierno. Bajo este esquema todos los beneficiarios reciben un paquete básico de servicios previsto en un Plan de Salud. Las personas pertenecen a dos tipos de régimen según los ingresos del afiliado: el régimen contributivo, que lo pagan los trabajadores dependientes y los trabajadores independientes más solventes; y el régimen subsidiado, para la clase de bajos ingresos. Se estima que alrededor de un tercio de la población puede acogerse al régimen subsidiado mientras que los dos tercios restantes se afiliarían al régimen contributivo.

Los miembros del régimen contributivo deben aportar el 11% de su salario para el financiamiento del sistema, aportando además un 1% para financiar la cobertura de los afiliados al régimen subsidiado; esto introduce un elemento de redistribución o solidaridad de la financiación. La cobertura del régimen subsidiado es financiada por los municipios, transferencias del nivel central y el 1% de los aportes de los afiliados al régimen contributivo.

La ley 100 define dos paquetes de servicios de salud: el Plan Obligatorio de Salud (POS) para la población del régimen contributivo; y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) para la población subsidiada. Ambos contemplan servicios básicos de prevención y promoción de salud. El plan para la población contribuyente, más generoso que el plan para la población subsidiada, incluye servicios curativos y de emergencia. Un aporte de tasa fija, deducible del salario, se asignará exclusivamente para la prevención y promoción de salud. El POSS es más limitado que el POS, especialmente en el componente hospitalario, de salud mental y medicamentos.

El POS contempla los siguientes beneficios generales: consulta médica general; consulta externa; medicamentos esenciales; consulta de urgencia; exámenes de laboratorio, imagenología y anatomía patológica; hospitalización y cirugía; odontología básica y medicamentos. Después de un año de afiliación contempla cobertura para: resección de cristalino; septorrinoplastia; tiroidectomía; cardiovascular; resección de estómago; resección de riñón; extracción de cálculos renales; cirugía correctora del descenso de vejiga o útero; extracción de próstata; extracción de útero; reemplazo de cadera; y fractura de fémur. Después de dos años de afiliación contempla cobertura para: enfermedades neurológicas; enfermedades cardiovasculares; tratamiento de trauma mayor; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; quimioterapia y radioterapia para cáncer; malformaciones congénitas; transplantes de órganos; diálisis crónica; y reemplazos articulares.

La oferta discrecional de servicios de salud esta racionada inicialmente a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual ampara un grupo definido de patologías con los siguientes servicios:

- Hospitalización.
- Consulta ambulatoria.
- Cirugía.
- Medicamentos esenciales (genéricos).
- Ayudas diagnósticas y laboratorio.
- Odontología básica.

El POS debe ser homogéneo en beneficios, calidad y condiciones de acceso, independientemente de las características sociales y económicas de los usuarios, en desarrollo del principio de equidad.

Los planes de beneficios asistenciales que contempla el sistema colombiano están concebidos con la intención de maximizar el impacto de los recursos limitados del sector sobre el estado de salud de la población (ver cuadro).

Criterios de priorización empleados para definir los paquetes de beneficios en Colombia

		RELACIÓN COSTO/EFFECTIVIDAD	
		Alta	Baja
C A R G A E N F E R M E D A D	A l t a	<p>POS Alta prioridad y prestación obligatoria de servicios</p>	<p>EXCLUSIONES Prioridad baja para la prestación de servicios pero alta para la investigación</p>
	B a j a	<p>PACS Prioridad intermedia y prestación discrecional de servicios</p>	<p>EXCLUSIONES Prioridad baja para la prestación de servicios e investigación</p>

Por consiguiente, el POS fue diseñado para restringir el acceso a aquellas tecnologías de más alta prioridad, porque son las más costo-efectivas frente a las principales causas responsables de la carga de enfermedad que soporta la población (ej. atención de las mujeres gestantes). Para acceder a servicios igualmente costo-efectivos, pero dirigidos a otras patologías no amparadas por el POS, porque son menos frecuentes (ej. algunos cánceres), las aseguradoras pueden ofrecer planes de

atención complementaria en salud (PACS). En cambio, aquellas otras tecnologías en salud que son muy costosas y poco efectivas deben quedar excluidas de los planes de beneficios, por considerarse de baja prioridad (ej. trasplantes de órganos y algunos tratamientos de cáncer). Sin embargo, aquellas dirigidas a problemas de salud que son causas importantes de carga de enfermedad, se consideran como prioritarias para la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías en salud, que permitan una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Para racionar la demanda de servicios, los usuarios pagan cuotas moderadoras y copagos a las aseguradoras, al momento de acceder a los servicios amparados por el POS. Conceptualmente, las cuotas moderadas consisten en un pago equivalente a una fracción del valor de los servicios de ingreso por primera vez a la red de prestadores (ej., consulta externa y de urgencias), y tienen la finalidad de racionar la demanda discrecional, es decir, aquella que no es necesaria desde el punto de vista médico. Los copagos, por el contrario, se deben aplicar a todos los demás servicios una vez el paciente ya ha ingresado a la red, con el fin de racionar su utilización. Para cobrar las cuotas y los copagos, las aseguradoras recurren habitualmente a la venta de bonos que los afiliados deben comprar antes de utilizar los servicios amparados por el POS y entregar en los prestadores en el momento de utilizarlos.

Adicionalmente, el Sistema Colombiano contempla la movilización de recursos importantes destinados a financiar las actividades de salud pública incluidas dentro de los planes de atención básica (PAB) y de promoción y prevención (PPP), con el fin de disminuir la carga de enfermedades.

En resumen, el paquete obligatorio de salud está basado en los siguientes criterios de priorización:

- Atención de todas las contingencias de salud, hasta las catastróficas.
- Mínimos de hotelería.
- Límite de tecnología.
- Exclusiones: Lentes de contacto y cirugía plástica.
- Definición de un Plan de Atención Básica complementario para actividades preventivas o promocionales.

4. EL PLAN GARANTIZADO DE BENEFICIOS DE SALUD EN CHILE³

Así como en otros países de la región, uno de los componentes principales de la reforma de salud en Chile es la formulación de un Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), que se convierta en el conjunto explícito de prestaciones, tecnologías y condiciones de acceso al sistema de salud, garantizado por el Estado.

Las prestaciones a que da acceso el PGBS son principalmente determinadas por la demanda efectiva de los usuarios, complementada con una serie de normas

³ "Propuesta de Plan de Salud Universal", borrador. Comisión Técnica de Reforma, Ministerio de Salud. Enero 5 de 2001.

dictaminadas por la autoridad sobre medidas de promoción, prevención y detección precoz de problemas (vacunas, controles obligatorios).

La diferencia del PGBS con la situación actual radica en el concepto de garantía. El paciente adquiere el derecho a unas prestaciones de cierta calidad y oportunidad. El principal desafío es definir la forma y contenidos de este Plan. En su definición se usarán elementos de priorización que consideren las necesidades de salud de la población, la satisfacción del usuario y la eficiencia del sistema. La operación y calidad del PGBS sería regulada por el Estado a través de instituciones descentralizadas.

El PGBS sólo excluirá aquellas prestaciones en que haya consenso técnico y social de que no benefician a nadie o causan más daño que beneficio o que no están dirigidas a un problema de salud específico. Dentro del conjunto de prestaciones excluidas pueden mencionarse las siguientes: Cirugía Plástica y tratamientos estéticos con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin; atención particular de enfermería, consultas, tratamientos y hospitalizaciones con fines de reposo.

En la medida que el PGBS hace explícito lo que garantiza, también debe especificar las restricciones en su uso para ciertas prestaciones, las cuales pueden adoptar la forma de topes de cobertura, copagos o ambas. Se estima que será necesario poner restricciones al uso de prestaciones en que hay carencia de oferta y que pueden ser libremente demandadas por los beneficiarios, tales como las consultas psicológicas, psiquiátricas, kinesiterapia, etc.

También operará como una restricción el otorgamiento de ciertas prestaciones bajo protocolos o guías médicas que indican las condiciones de elegibilidad de los sujetos a tratar (como tratamientos de ciertos cánceres, u otras enfermedades complejas).

El PGBS estipula el acceso a las prestaciones de salud de tipo individual y principalmente con características de bien privado al que todo ciudadano debe tener acceso en el país. Este es el plan de salud cuya cobertura constituye mandato obligatorio y que el Estado asegura a toda la población subsidiando su adquisición a quienes no disponen de los recursos necesarios. La reforma del sistema de salud necesita como parte complementaria el Plan de Salud Pública, el cual garantiza la presencia del Estado en el campo de la salud pública que no es cubierta por los planes de seguro de carácter individual.

El sistema de salud chileno tiene en las actividades de salud pública una de sus mayores fortalezas, reconocidas y valoradas por toda la población. En la propuesta actual se ha querido garantizar que las actividades de salud pública se fortalezcan y para ello se han buscado mecanismos que faciliten su monitoreo y garanticen su financiamiento.

Entre las actividades de salud pública se pueden distinguir dos categorías: aquellas de carácter individual y las de carácter colectivo. Las actividades de carácter individual son aquellas prestaciones de promoción o prevención de la salud que el

Estado obliga a consumir a los individuos y que se otorgan de forma individual (por ejemplo: control de niño sano, exámenes de detección de problemas de salud como el Papanicolao, vacunas). Las de carácter colectivo, son aquellas prestaciones que el Estado obliga a que se apliquen al grupo o al territorio (por ejemplo, control sanitario de alimentos, control y prevención de epidemias).

Una tarea esencial de la reforma tiene que ser el fortalecimiento de las actividades de salud pública en el sistema de salud, garantizando la eficacia de los programas de fomento y protección dirigidos hacia los individuos como las medidas destinadas al colectivo y al medio ambiente.

Para garantizar que esto suceda, se propone financiar de manera independiente las actividades de salud pública de carácter colectivo de las de carácter individual. Las de carácter colectivo se agrupan en un Plan de Salud Pública (PSP) que podrá ser ejecutado por aquellos agentes que mejor garanticen su eficacia. Será un Plan de cobertura universal, financiado por impuestos generales, y será de responsabilidad del Ministerio de Salud su financiamiento y asegurar su provisión.

Las acciones de salud pública de carácter individual quedarán incorporadas como un plan preventivo al interior del PGBS. Este paquete preventivo debe ser obligatoriamente entregado por los administradores del plan.

El marco de construcción del PGBS está basado sobre los siguientes principios:

- A. Cobertura universal, es decir, que cubra al 100% de la población.
- B. Un enfoque incrementalista, que considere una actualización permanente, basada en la evidencia científica y empírica acerca de la efectividad de las prestaciones.
- C. Tres componentes: Plan de Salud Pública (PSP); Plan de Salud Garantizado (PSG); y Plan de Salud Regulado (PSR).

A. El Plan de Salud Pública (PSP)

El PSP garantiza el financiamiento de todas aquellas actividades consideradas bienes de Salud Pública, en su componente poblacional o colectivas, aquéllas que el estado obliga se apliquen sobre toda la población o sobre un territorio, como por ejemplo: actividades de mejoramiento ambiental, fiscalización y control sanitario.

El PSP será financiado a través de un aporte fiscal proveniente de impuestos generales e incluye:

- Acciones de rectoría sanitaria, acreditación y regulación del MINSAL y SEREMIS.
- Acciones de rectoría, acreditación y regulación de Organismos Autónomos Descentralizados: Instituto de Salud Pública y Superintendencia de Isapres.
- Componente poblacional de Actividades de Promoción de Salud

- Vacunas Programa Ampliado de Inmunizaciones
- PNAC
- Actividades de vigilancia de Salud Pública
- Epidemias y catástrofes
- Actividades relacionadas con el mejoramiento ambiental, incluyendo acreditación, regulación y fiscalización de MINSAL, SEREMIS y SESMA
- Actividades de investigación operativa para estudio de problemas relevantes de Salud Pública, incluyendo estudios de costo-eficacia y costo-efectividad de intervenciones a ser incluidas en el plan, evaluación de tecnologías sanitarias y otros.

B. El plan de Salud Garantizado (PSG)

El PSG se trabajó desarrollando dos componentes:

B.1 Componente de Promoción y Prevención

Está constituido por acciones promocionales individuales que pueden dirigirse en forma específica a una persona o pequeño grupo (familiar o social), por ello pueden ser incorporadas en planes de prestaciones individuales. Las acciones de promoción y prevención de tipo individual, serán incorporadas al PSG, el que constituirá un referente obligado para lo que ofrezcan los seguros públicos o privados en materia de cobertura sanitaria.

El plan de salud individual será financiado por cotizaciones provenientes de la población laboralmente activa, y por aporte fiscal para subsidiar a quienes no sean capaces de cotizar.

Para el caso de la promoción es necesario, sin embargo, modificar levemente el enfoque de construcción del plan pues los daños de salud presentan causalidad múltiple, ello implica que en algunos casos, la intervención promocional en un solo factor puede impactar en varios problemas al mismo tiempo, o de manera inversa, en otros se necesita la concurrencia de distintas intervenciones para lograr modificar ciertos daños a la salud. Por ello se ha optado por construir el listado de acciones promocionales sobre la base de los determinantes o factores que a su vez se relacionan con los principales daños en salud. De esta manera, junto al listado de problema-prestación que caracteriza el diseño del plan curativo de salud se construirá y valorizará un listado de determinante-prestación, donde las intervenciones seleccionadas tienen efectividad demostrada, ya sea en mejorar globalmente la salud, o en modificar uno o más factores que la determinan.

Sobre la base de las patologías definidas como prioritarias por el plan de salud se identificaron los factores de riesgo y determinantes ligados a las patologías prioritarias, con evidencia de asociación causal y de vulnerabilidad a través de intervenciones publicadas en la literatura científica.

Esta información se ha combinado con la información disponible en Chile sobre las prevalencias de los factores de riesgo que han sido estudiadas y datos de incidencia, cuando existen, para hacer estimaciones de la magnitud del problema y llegar finalmente a una estimación de costo de la aplicación de las actividades de promoción de salud.

La metodología se basa en supuestos que no pueden validarse pues no se dispone de información local en muchos temas. Se utilizará información bibliográfica hasta contar con registros nacionales, utilizando los estudios de costo-efectividad disponibles y adaptando su aplicación a la situación chilena.

Los criterios de evidencia de efectividad de las acciones promocionales utilizados se orientaron por la clasificación propuesta en la Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care⁴ en la que se definen 5 grados de robustez de la evidencia de efectividad para intervenciones preventivas:

Sobre la base de la robustez de la evidencia el grupo Canadiense definió tipos de recomendaciones resumidas en los siguientes criterios

Criterios de robustez de la evidencia de efectividad acciones preventivas

Tipo I:	Evidencia obtenida de al menos un ensayo aleatorio controlado.
Tipo II-1:	Evidencia obtenida de ensayos controlados no aleatorios
Tipo II-2:	Evidencia obtenida de estudios analíticos bien diseñados de cohortes, o casos y controles, de preferencia efectuados en mas de un grupo de investigación.
Tipo II-3:	Evidencia surgida de comparación de momentos o lugares con o sin la intervención. En esta categoría se incluyen los resultados espectaculares de experimentos no controlados (como los tratamientos con penicilina en los 40)
Tipo III:	Evidencia obtenida desde grupos de expertos, autoridades reconocidas

Todas las acciones preventivas A y B de inclusión o E, de exclusión definidas en la guía canadiense fueron incorporadas en el plan de promoción definido en este trabajo.

A partir de datos nacionales se estimaron las frecuencias de distribución de los factores y condicionantes seleccionados, consignando las poblaciones expuestas, según criterios de género y edad y finalmente se identificaron las intervenciones promocionales que cuentan con evidencia de acción sobre factores y condicionantes, ya sea disminuyendo el riesgo general de enfermar o morir, o alterando las incidencias específicas de una o más enfermedades.

⁴ Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Health Canada, 1994.

Las intervenciones seleccionadas fueron detalladas a través de protocolos estandarizados de implementación. Dichos protocolos sirven de base para el cálculo del costo de las acciones a financiar. Luego se definió la cobertura deseada para las intervenciones costeadas, lo que permitió estimar el monto global a invertir, el que al ser dividido por la población beneficiaria permite estimar la cápita de dicha intervención.

Paralelamente se calculó el valor de aquellas acciones que habría que dejar de efectuar, para estimar los recursos liberados por ese mecanismo.

El listado tentativo preliminar de los principales factores o condicionantes y sus respectivas intervenciones a considerar en el plan de salud promocional individual se muestra en el anexo N°1.

B.2 Componente Curativo

La lógica para el diseño del componente curativo del plan garantizado de salud consiste en identificar y priorizar los principales problemas (o daños) en salud para luego ligarlos a acciones sanitarias que modifiquen efectivamente dichos problemas. Posteriormente se costean dichas acciones y se calcula el valor del plan de acuerdo a la prevalencia de los problemas y la cantidad de acciones estimadas para abordarlos. De esta manera se construye un listado valorizado de parejas problema-prestación.

Metodología para la construcción

Problemas a ser incluidos

En primer lugar se definieron los criterios de inclusión de pares problema-prestación a ser incluidos. Los criterios utilizados fueron los siguientes:

- Problemas de Salud prioritarios globales y por subgrupos específicos de edad y género, en concordancia con el cambio del perfil epidemiológico y demográfico en el que se encuentra el país, a los cuales el Sistema de Salud debería dar respuesta y para los cuales el Estado deberá proveer garantía financiera para las actividades de promoción, prevención y atención médica. Esto significa que el principal eje para la construcción del componente garantizado por el Estado son los objetivos y prioridades nacionales. Una enfermedad fue definida como prioritaria si cumple con alguno de los siguientes criterios:
 - Alta carga de enfermedad, muerte y discapacidad
 - Altas brechas de equidad
 - Alta prioridad para los usuarios
 - Alta vulnerabilidad del problema (en el sentido de que existan actualmente intervenciones costo-eficaces para resolverlo).

- Problemas de salud que generan sensación de desprotección e inseguridad en la población (complejos de alto costo). Para definir un problema como de alta complejidad se utilizaron los siguientes criterios:
 - Las prestaciones asociadas a su resolución son entregadas por profesionales de salud certificados como especialistas y habitualmente con estudios de sub-especialidad.
 - Se requiere de apoyo tecnológico de tipo diagnóstico o terapéutico sofisticado y de alto costo, lo que obliga a su ejecución en establecimientos dotados de estos recursos que pueden ser de tipo ambulatorios u hospitalarios.
 - Para definir un problema como de alto costo se utilizó un umbral arbitrario de costo mayor a 1.500.000 por episodio.

- Problemas complejos, de alto costo que requieren inversión alta y volumen mínimo para ser costo-efectivos y con repercusiones importantes de Salud Pública, como por ejemplo, enfermedades que requieren cirugía cardíaca extracorpórea o trasplante de médula.

Actividades a ser incluidas

Una vez definidos los problemas a ser incorporados se describió, para cada uno de ellos, un conjunto de actividades-prestaciones de acuerdo a niveles de prevención y atención médica. Los criterios para definir las prestaciones a ser incluidas fueron los siguientes:

- Intervenciones para las cuales existe evidencia de que son costo- eficaces y/o costo-efectivas para cada uno de los problemas.

Para los siguientes problemas se utilizó como base la evidencia del Estudio de Costo-Efectividad efectuado por el ministerio de Salud en 1998 ⁵.

- Tratamiento ambulatorio y hospitalización abreviada IRA en niños
- Tratamiento IRA baja en adulto mayor
- SBO en niños
- Tamizaje Cáncer Cervicouterino
- Tratamiento médico y quirúrgico Cáncer Cervicouterino in situ e invasor.
- Tamizaje Cáncer mamario con mamografía
- Tratamiento quirúrgico catarata
- Obturación caries dentales
- Tratamiento abreviado TBC
- RTU adenoma prostático
- Tratamiento médico IAM
- Tratamiento quirúrgico IAM
- Colectomía laparoscópica para colelitiasis

⁵ *Estudio de Costo Efectividad. Informe Final, Noviembre 1998 . Ministerio de Salud*

- Tratamiento depresión en atención primaria y secundaria

Para los siguientes problemas se utilizaron los resultados del estudio “Paquete básico de prestaciones basado en evidencia para el nivel primario de atención: Una propuesta” (Bedregal P. Y cols. Rev Med Chile 2000)

- Diabetes
- Hipertensión Arterial
- AVE
- Terapia para dependencia Alcohol
- Cuidados paliativos

➤ Privilegiando un enfoque promocional y preventivo por sobre uno curativo.

Esto significa que se definieron las actividades a ser incluidas con una metodología mixta, es decir, estableciendo pares o subconjuntos de necesidades y respuestas (problemas-intervenciones). Esta definición mixta, es la que mejor garantiza la equidad a la vez que mejora la eficiencia derivada de la asignación de recursos a tecnologías efectivas. Actualmente se están protocolizando de manera exhaustiva el conjunto de todas las prestaciones relacionadas a la resolución de cada uno de los problemas incluidos y definiendo para cada uno de ellos las garantías de oportunidad y calidad de entrega y si debería existir copago y monto.

En el anexo N°2 se muestran las actividades incluidas en el plan de salud garantizado y su población objetivo.

C. El plan de Salud Regulado (PSR)

Aquellos problemas y actividades no priorizadas en el componente garantizado financieramente mantendrán su esquema de resolución actual, sobre la base de criterio clínico y recursos existentes. No obstante lo anterior, para todas estas actividades rige la garantía de entrega de las prestaciones, lo que completará la regulación y garantía que ofrece el Estado para promover la salud y solucionar los problemas actuales de salud de los chilenos.

ANEXO N°1

Principales factores condicionantes e intervenciones a considerar en el componente promocional del Plan de Salud Garantizado

Factor / Condicionante	Prestación Promocional Individual
Estilos de vida poco saludables	<p>Consejería breve en estilos de vida saludables. (Detección rápida de factores de riesgo)</p> <p>Consejería integral en estilos de vida saludables. (Intervención específica para modificar uno o más Factores de riesgo: Obesidad, sedentarismo, tabaquismo, otros)</p>
Sedentarismo	<p>Talleres grupales de actividad física. (Programa regular de 12 –20 sesiones de actividad física, dirigidas a grupos específicos, crónicos y embarazadas)</p>
Tabaquismo	<p>Intervención individual/familiar para cesación del tabaco. (Programa de sesiones de cesación)</p> <p>Talleres grupales para cesación consumo de tabaco. (Programa de sesiones a grupos específicos)</p>
Alimentación poco saludable	<p>Talleres/Intervenciones para alimentación saludable. (Programa regular de apoyo nutricional para grupo específico).</p>
Falta de asociatividad y riesgo psicosocial (pre escolar, jóvenes, adultos mayores, mujer jefa de hogar, grupos étnicos, otros)	<p>Talleres/Intervenciones grupales psicosociales. (Programa regular de apoyo psicosocial para grupo específico)</p> <p>Educación grupal. (Sesiones temáticas orientadas al desarrollo de competencias y habilidades sociales, autocuidado, mejoramiento del ambiente y empoderamiento en salud)</p> <p>Visita Domiciliaria (Familiar integral, orientada a fortalecer redes sociales e incorporación a programas comunitarios y organizaciones sociales, desarrollando competencias y habilidades sociales, autocuidado mejoramiento del ambiente y empoderamiento en salud)</p> <p>Consejería a padres (Programa Intervenciones de apoyo a la crianza y desarrollo integral)</p> <p>Talleres / Intervenciones grupales-familiares (Programa de intervenciones de apoyo a la crianza, desarrollo integral, comunicación, afectividad, otros)</p>

ANEXO N°2
Plan Garantizado de Salud (PGS)

Actividades	Población objetivo
Promoción individual	Todos
Atención Primaria	Todos
AP – Farmacia	Todos
AP – Laboratorio	Todos
AP – Especialidades	Todos
Cáncer infantiles	< 15
Cáncer gástrico	Todos
Cáncer de mama	Mujeres 50-69
Cáncer de vías biliares	Todos
Screening colelitiasis	Mujeres 40
Colelitiasis	Mujeres 40 con litiasis
Leucemia (*)	> 15
Cáncer de próstata	Hombres
Cáncer cervico uterino	Mujeres 25-64
Linfoma	> 15
Cáncer testículo	Hombres
Depresión	> 15
Psicosis	>15
Dependencia alcohol y drogas	> 15
Parto	Todos
Politraumatizado con y sin lesión medular (*)	Todos
Accidentes que requieren UTI	Todos
Gran Quemado	Todos
Urgencias con riesgo vital	Todos
Rescate	Todos
Infarto Agudo del miocardio	Todos
Trastornos de la conducción	Todos
Accidente Vascular Encéfalico	Todos
Hipertensión Arterial	>20
Diabetes Mellitus	> 20
Artritis Reumatoidea	>35
Artrosis	>35
Asma Bronquial Severo	Todos
EBOC	Todos
Epilepsia	Todos
Insuficiencia Renal Crónica	Todos
IHC (trasplante)	Todos
IC (trasplante)	Todos
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: Tu y quistes*	Todos
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: HNP	Todos
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: aneurismas	Todos
Deformaciones columna vertebral*	Todos
Cirugía que requiere prótesis	Todos
Ortesis en adulto mayor	> 65
TBC	Todos
VHS / SIDA	Todos

(Continuación)

Actividades	Población objetivo
Cardiopatías congénitas operables	RN
Defectos del tubo neural operables*	RN
Labio leporino y fisura palatina operables	RN
Prematurez	RN < 37
SDRRN	RN
IRA en niños	< 15
Neumonía en A. Mayor	> 65
Vicios de refracción	Todos
Glaucoma	> 45
Catarata	> 45
Estrabismo	< 9
Retinopatía diabética	Diabéticos
Trauma ocular	Todos
Desprendimiento de retina	Todos
Retinopatía prematuro	< 1500 g
Hipoacusia en niños y adultos mayores	< 15 y > 65
Salud oral integral	< 15 y embarazada primigestas
Pérdida de dientes en A. Mayores	> 65
Urgencia odontológica	Todos
Desnutrición en adulto mayor	> 65