

Puntos de Referencia

Edición online
N° 458, junio 2017

Limitaciones al acceso de las Garantías Explícitas en Salud (GES)

Josefa Henríquez

Resumen

Amás de 10 años de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en 2005, que otorgan canastas de beneficios garantizados en cuanto a acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en 80 enfermedades, aún existen espacios de incumplimiento de normativas, fallas de información y trabas impuestas por su diseño, dentro de otras razones, que condicionan el acceso de los pacientes a estas garantías.

En este documento se presenta evidencia respecto a cinco condiciones que limitan el acceso a las GES: (i) necesidad de notificación por parte del médico tratante; (ii) necesidad de que el paciente esté informado; (iii) procedimientos engorrosos para activar el beneficio; (iv) que existan redes de prestadores para entregar los servicios (v), y que el individuo deba tener tiempo para esperar el tratamiento.

Los resultados muestran respecto a cada uno de los condicionantes que:

- El nivel de cumplimiento de la notificación de prestaciones GES es aún bajo y, por ejemplo, a nivel hospitalario público, solamente el 4% notificó de forma satisfactoria (entre un 90%-100%) a los pacientes con diagnóstico GES (Superintendencia de Salud 2015).
- El GES aún presenta tasas de desconocimiento elevadas y de alrededor de 30% (Superintendencia de Salud 2016). El desconocimiento se manifiesta en el hecho de que un 11,2% menciona no haberse tratado por GES debido a que no sabía que su enfermedad estaba cubierta (Encuesta de Caracterización Socio-Económica Nacional, CASEN 2015).
- Una razón menos importante, y que marca un 3,3% de las menciones (CASEN 2015), es la dificultad en realizar los procedimientos necesarios para activar el beneficio.
- La razón más mencionada en promedio (32%) para no tratarse con el GES (CASEN 2015) fue que se prefirió otro establecimiento o médico.
- Finalmente, otra razón de no uso, obteniendo la tercera mención, es que el paciente decidió no esperar al GES por demora en atención (CASEN 2015). Ello concuerda con que en promedio la espera para recibir la prestación es de 5 meses, y el retraso pasado el plazo estipulado para entregar la prestación en 2017 alcanzó los 95,6 días (Superintendencia de Salud 2016, Ministerio de Salud 2017).

En síntesis, aún existen espacios de desinformación que podrían ser cerrados con un mayor alcance de las notificaciones y a través de campañas de información a los usuarios. Si bien es difícil cuantificar las ganancias de un mayor uso del GES por parte de los pacientes en términos monetarios y no monetarios, una hipótesis plausible es que su bienestar aumentaría, en especial para aquellos de Isapre con coberturas de planes menores a las GES, y para los más pobres, del Fonasa A, con ganancias por el lado de los menores tiempos de espera (relativo a las prestaciones que no son parte de las GES).

Josefa Henríquez. Economista de la Universidad de Chile. Investigadora del Centro de Estudios Públicos.

Agradezco los valiosos comentarios de Harald Beyer y Alejandra Candia.

1. Introducción

A más de 10 años de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en 2005, aún existen espacios de incumplimiento de normativas, fallas de información y trabas impuestas por su diseño, dentro de otras razones, que condicionan el acceso de los pacientes a estas garantías. En este documento se examina el estado actual de acceso a las prestaciones GES y las razones de no uso.

Las GES consisten en 80 canastas de prestaciones, para un mismo número de enfermedades, que cuentan con beneficios garantizados por la Ley N.º 19.966, en cuanto a acceso (derecho a que se le entregue la prestación), oportunidad (tiempos máximos de espera), protección financiera (copagos con tope) y calidad (prestadores acreditados o certificados para la entrega de los servicios). El paquete completo (de 80 enfermedades) con beneficios GES representa la base de cobertura de los planes de salud, tanto en el Fondo Nacional de Salud, Fonasa (el seguro público) como en las Instituciones de Salud Previsional, Isapres (seguros privados), es decir, sobre éstas, los seguros ofrecen coberturas adicionales (o iguales) a las prestaciones contenidas y no contenidas en las GES.

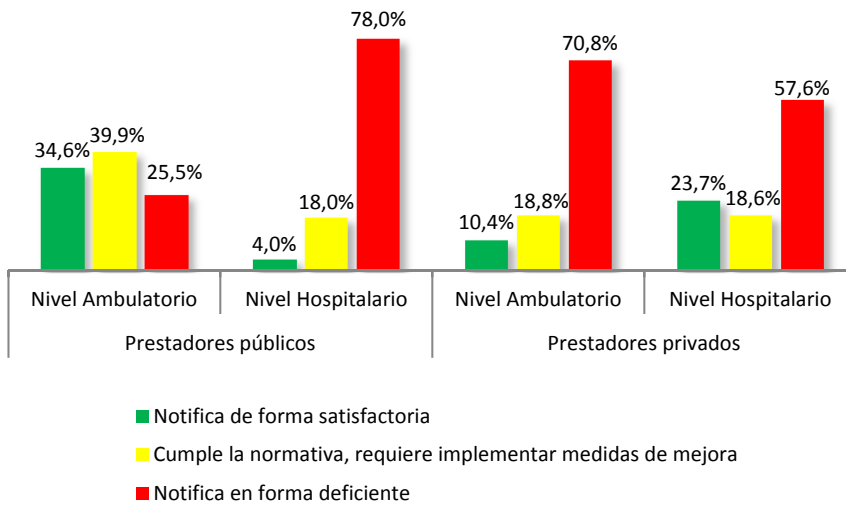
La protección financiera que entregan las GES representa un paso importante para aumentar la cobertura de los pacientes en caso de enfermedad. En Fonasa, ésta es de un 100% (con excepción de los beneficiarios de los grupos C y D, que tienen topes máximos a pagar, en un período de 12 meses). En el caso de los beneficiarios de Isapre, éstos pagan un 20% del arancel definido para cada canasta de prestaciones del problema de salud que use, con un copago máximo. La cobertura de estas prestaciones se realiza en una Red GES¹ (prestadores es-

¹ Contar con una red de prestadores es beneficioso para el usuario ya que permite generar conocimiento específico y mejoras en la calidad de los procedimientos debido al volumen de atención y disminuir precios a través de negociaciones entre aseguradores y prestadores de un volumen de atención.

pecíficos para el cumplimiento de estas garantías) que la Isapre ha definido para sus beneficiarios. No obstante, en los beneficios de cobertura base, en cuanto a acceso, oportunidad, financiera y de calidad que otorgan las GES, existe una serie de aspectos a tener en consideración que afectan el acceso a estas prestaciones: (i) el médico tratante debe conocer el listado de prestaciones para entregar la debida notificación y orientación al paciente que presenta alguna enfermedad GES; (ii) el individuo, en caso de incumplimiento de lo anterior, tendría que saber de la existencia del GES para fiscalizar, desde su perspectiva, al médico y poder hacer uso del beneficio; (iii) luego, debe incurrir en una serie de procedimientos para activar el beneficio²; (iv) en caso de que el beneficio se active, debido a que la atención es otorgada en redes específicas de prestadores que no siempre serán del gusto de los pacientes, se podría desalentar su uso, tratándose la enfermedad "por fuera" del GES. Siguiendo, (v) el individuo debe tener tiempo para esperar el tratamiento (aún cuando el tiempo máximo está acotado), y en el caso de los beneficiarios del Fonasa A, la persona podría elegir tratar la enfermedad de forma particular (cancelando todo el costo) o pagando una parte (en prestadores privados), en el caso de los beneficiarios de Fonasa B, C y D. Para los de Isapres, los usuarios tienen la opción de tratarse con las coberturas propias de su plan, que pueden ser más atractivas (tanto financieramente, como de

² Para navegar por el sistema GES y activar el beneficio se debe seguir una serie de procedimientos engorrosos y contar con información compleja, muchas veces difícil de obtener. En el caso de los beneficiarios de Fonasa, para activar el beneficio, la persona deberá ingresar al GES a través del Consultorio de Atención Primaria donde esté inscrito, un procedimiento más tradicional, ya que para éstos, en caso de necesitar derivación a especialista, deben recurrir al mismo camino. En cuanto a los de Isapre, el individuo debe presentarse en la Isapre con un certificado médico o constancia que acredite el diagnóstico o sospecha de una enfermedad cubierta por el GES, debiendo luego completar el Formulario Único de Notificación GES. Este formulario será evaluado por la Isapre y, en caso de respuesta favorable, se autorizará la activación de la prestación y se asignará a un prestador de la Red para la debida atención.

GRÁFICO 1: Notificación de prestadores públicos y privados, en ambos niveles de atención sobre beneficios con GES



Fuente: Superintendencia de Salud (2015).

nivel de cumplimiento de las notificaciones.³ Se ha detectado que tanto prestadores públicos como privados, en sus niveles ambulatorios y hospitalarios, no cumplen en su mayoría de forma satisfactoria con notificar a los pacientes de que su enfermedad podría ser cubierta por las GES.

La Superintendencia establece tres rangos de cumplimiento: notifica de forma satisfactoria, cumple normativa pero necesita mejorar y notifica de forma deficiente. El detalle se muestra en la Tabla 1.

libertad de elección de prestador/médico tratante), haciendo que los individuos desechen la opción de utilizar el beneficio.

En lo que sigue se entregará evidencia respecto a cada uno de los cinco aspectos mencionados que afectan el acceso a las prestaciones GES.

2. Incumplimiento en las notificaciones

La Ley N.º 19.966, en el artículo 24, establece que los prestadores de salud deberán informar a los pacientes tanto si su diagnóstico corresponde a alguno de los problemas de salud GES como desde qué momento tienen derecho a tales garantías. En caso de incumplimiento, el afectado podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con una multa o, en caso de ser un comportamiento reiterado, con la suspensión de hasta 180 días para otorgar las GES, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección de Fonasa.

La Superintendencia de Salud, desde el año 2008, realiza un proceso de fiscalización respecto al

TABLA 1: Rangos de cumplimiento de notificación de beneficios GES

Categorías de Cumplimiento	Porcentaje de Notificación
Notifica en forma satisfactoria	100% - 90%
Cumple la normativa, requiere implementar mejoras	89% - 71%
Notifica en forma deficiente	70% - 0%

Fuente: Superintendencia de Salud (2015).

En el Gráfico 1 se presentan las tasas de cumplimiento en cada uno de los rangos para el último proceso de fiscalización del año 2015.

Prestadores públicos

A Nivel Ambulatorio, en los prestadores públicos, se fiscalizaron 188 establecimientos, de los cuales solamente un 34,6% (65) cumplieron de forma satisfactoria (100% - 90%) en notificar a sus pacientes. 18 de los 65 lograron el 100% de cumplimiento.

³ La muestra de establecimientos para fiscalización se seleccionó de forma aleatoria, teniendo un estándar promedio de revisión igual a 20 casos (Superintendencia de Salud 2015).

El 39,9% (75) de los prestadores cumplió con la normativa, pero requiere implementar medidas de mejora. El porcentaje restante (25,5%) notifica de manera deficiente, transgrediendo la ley.

A Nivel Hospitalario se fiscalizaron 100 prestadores. Las cifras en este nivel son más alarmantes. Solamente el 4% notificó de forma satisfactoria a los pacientes con diagnóstico GES, alcanzando, dos de ellos, el 100% de cumplimiento. El 18,0% de los prestadores se ubicó en el siguiente rango; el porcentaje restante (78,0%) incumple con la ley. Una hipótesis respecto a este resultado es que no existen incentivos o beneficios sustanciales derivados de la notificación en los beneficiarios de los hospitales públicos que pertenecen principalmente al Fonasa. Esto, dado que su plan tiene características similares a los beneficios GES y que las garantías (en especial de oportunidad) son una presión para los prestadores en cuanto a la rapidez en la que deben tratar la enfermedad.

Prestadores privados

En cuanto a los prestadores privados, a Nivel Ambulatorio, se fiscalizó a 48 prestadores, donde sólo cinco de ellos (representando un 10,4%) cumplió de forma satisfactoria con la obligación de notificar a los pacientes con diagnóstico GES. De éstos, dos logran el 100% de cumplimiento. Un 18,8% (9) entró en el rango de implementar medidas de mejora. La mayoría de los prestadores (70,8%) no cumplió con los estándares mínimos.

A Nivel Hospitalario se fiscalizó a 59 prestadores. El cumplimiento satisfactorio aumentó con respecto al nivel ambulatorio para estos mismos prestadores (10,4% frente a un 23,7%) y resulta por sobre los prestadores públicos (23,7% frente a un 4% en hospitales públicos). Finalmente, un 18,6% cumple con la normativa y un 57,6% transgredió la ley.

Si bien las cifras de 2015 parecen alarmantes por sí solas, es conveniente revisar la evolución de la

notificación. En la Tabla 2 se presenta aquella información desde el año 2008. Se nota que para la categoría de prestadores públicos, a Nivel Ambulatorio, la tasa de notificación aumentó significativamente de 2008 a 2009, teniendo su máximo en 2011. Luego, el patrón no es claro, teniendo alzas y bajas. El promedio para el período es de 38% de notificación, siendo el valor de 2015 (34,6%) bajo el promedio. En cuanto a los prestadores públicos a Nivel Hospitalario, tampoco hay una tendencia clara al alza o a la baja. Sin embargo, el valor de 2015 se encuentra cuatro puntos bajo el promedio de 8% de notificación satisfactoria. En el caso de los prestadores privados a Nivel Ambulatorio se observó una tendencia al alza de la notificación hasta 2010, luego, los valores de 2014 y 2015 se encuentran significativamente bajo el promedio para el período, 19,6%. Para el Nivel Hospitalario, las notificaciones se han mantenido constantes en torno al 20%. El valor más bajo se da en 2014, con un 6,7%, y el valor de 2015 (23,7%) está levemente sobre el promedio (21,7%). Cabe mencionar que la tasas de notificación deficiente no variaron de forma notoria en el tiempo. En efecto, los únicos prestadores que mostraron una evolución favorable son los públicos a Nivel Ambulatorio. El resto se mantuvo en valores promedio para el promedio de 60 y 75% (Superintendencia de Salud 2015).

Aún cuando existen castigos por el no cumplimiento, lo que ha generado 963 sanciones desde 2005, en un rango de 200 UF a 370 UTM, y castigos con el cese de los permisos para atender prestaciones GES,⁴ parece que éstos no han sido suficiente incentivo para llevar a la mayoría de los prestadores a niveles satisfactorios de notificación.

⁴ Sanciones a Prestadores, Incumplimiento al artículo 24 de la Ley N.º 19.966. Web de la Superintendencia de Salud, en: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-propertyvalue-6249.html>

TABLA 2: Evolución de la notificación de forma satisfactoria

	Notifica en forma satisfactoria																Promedio
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Prestadores públicos																	
Ambulatorio	9	5%	92	53%	53	46,1%	178	58,6%	75	28,7%	104	46,6%	57	31,1%	65	34,6%	38,0%
Total fiscalizados	172		175		115		304		261		223		183		188		
Hospitalario	-	-	-	-	3	6,8%	8	11,6%	8	10,7%	-	-	7	6,7%	4	4,0%	8,0%
Total fiscalizados	-	-	-	-	44		69		75		-	-	105		100		
Prestadores privados																	
Ambulatorio	3	21%	2	18%	9	40%	14	20%	7	31%	13	28%	3	7%	5	10,4%	22%
Total fiscalizados	14		11		41		45		39		45		45		48		
Hospitalario	3	21,4%	2	18,2%	9	22,0%	14	31,1%	7	17,9%	13	28,9%	3	6,7%	14	23,7%	21,2%
Total fiscalizados	14		11		41		45		39		45		45		59		

Fuente: Superintendencia de Salud (2015), n.º 44, 45, 58 y 59.

3. Conocimiento del GES y tasas de utilización

En el “Estudio de opinión a usuarios”, realizado por la Superintendencia de Salud (2016), se muestra que, en total, un 57% de los encuestados reporta conocer en términos generales de qué trata el GES.⁵ Esta tasa se eleva al considerar solamente a los usuarios de Isapre que reportan, en un 69%, conocer el plan. No obstante, un 30% en promedio no conoce aún el sistema, luego de 10 años de su entrada en vigencia. El desconocimiento se hace patente en que, según la Encuesta de Caracterización Socio-Económica Nacional 2015 (CASEN) y como se mostrará más adelante, la segunda razón más mencionada para no haberse tratado por GES, con un 11,2% de las menciones (Tabla 5), es el desconocimiento de que la enfermedad estaba cubierta por el GES.

⁵ En la Encuesta de Protección Social (EPS) 2015, un 63,8% de los encuestados dice saber lo que es el GES. De los que saben, un 66,3% dice saber las garantías que se otorgan. Al consultar sobre cada una de las garantías, entre los que responden favorablemente a la pregunta general de garantías, un 66,6% sabe que se entregan garantías de acceso, un 66,4% de protección financiera, un 52,2% de atención oportuna y un 42,7% de calidad.

Aún cuando el conocimiento del GES es uno de los condicionantes al acceso a estas prestaciones, al preguntar sobre la evaluación del GES (a todos los encuestados) en 2015 lo evalúan con nota de 5,4 (Superintendencia de Salud 2016). Esta nota es dos décimas por sobre la evaluación entregada en 2014 (5,2). A su vez, se duplicaron las personas que evaluaron con nota 7 al GES, pasando de 9% en 2014 a 18% en 2015. Igualmente, aquellos que han utilizado el GES lo evalúan mejor, con nota igual a 6.

Las bajas tasas de notificación y de conocimiento del programa deberían reflejarse en las tasas de tratamiento por GES. En la CASEN y en la Encuesta de Protección Social (EPS) de 2015 se reportan las tasas de tratamiento en enfermedades⁶ tales como el cáncer, hipertensión o diabetes, que están cubiertas por el GES.

⁶ Las enfermedades consideradas en la encuesta CASEN son: Hipertensión arterial, Urgencia odontológica, Diabetes, Depresión, Infarto agudo al miocardio, Cataratas, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Leucemia, Asma bronquial moderada o grave, Cáncer gástrico, Cáncer cérvico uterino, Cáncer de mama, Cáncer de testículo, Cáncer de próstata, Colectomía preventiva, Insuficiencia renal crónica terminal, Accidente cerebral isquémico, Cáncer colorrectal, Trastorno bipolar, Lupus, Otra condición de salud.

De la primera encuesta (Tabla 3), un 83% de los individuos reporta que el tratamiento médico de su enfermedad está cubierto por el GES, lo que implica que un 17% de ellos no se trató vía GES.

TABLA 3: Tratamiento médico cubierto por GES

	N	%
Sí	2.500.137	83,2%
No	504.187	16,8%
Total	3.004.324	100%

Nota: Se excluye "No sabe/No responde".

Fuente: CASEN (2015).

En el caso de la segunda encuesta, se puede conocer la desagregación del diagnóstico⁷ y tratamiento de una serie de enfermedades, como se muestra en la Tabla 4, y si el tratamiento fue cubierto por el GES.

En primer lugar, el diagnóstico de las enfermedades varía de un 0,4% en el caso de derrame cerebral, a un 21,4% en el caso de la hipertensión o presión alta (siendo la de mayor prevalencia). Así, las tasas de tratamiento varían entre el 51,6% para la depresión y un 93,9% en el caso de la diabetes. El porcentaje de tratamiento puede ser desagregado entre quienes se trataron vía GES (Fonasa o Isapre) y aquellos que no. En general, las tasas de atención vía GES concuerdan con aquellas reportadas por la encuesta CASEN (2015). En promedio, de los que se encuentra en tratamiento, un 20% lo hace sin utilizar el GES.

4. Razones de no uso

Aparte del rol del prestador en la notificación de las enfermedades GES y los problemas de información que afectan a los pacientes, existen otras trabas

impuestas por el diseño del sistema, tal como fuese mencionado, referidas a: procedimientos para activar el beneficio; la atención vía redes de prestadores; y tiempos de espera, siendo estas últimas dos razones para tratarse con las coberturas propias del plan.

Respecto a la primera razón, comparativamente (Tabla 5) resulta de menos importancia para no hacer uso los procedimientos necesarios para activar el beneficio, marcando un 3,3% de las menciones.

La razón más mencionada para no tratarse con el GES (Tabla 5) fue que se prefirió otro establecimiento, siendo ésta también la razón más mencionada para los individuos del grupo B, C, D e Isapre.⁸ No obstante, para los primeros, hubo un cambio respecto a la razón de no uso, pasando de ser afectados por la desinformación (no sabía que su enfermedad estaba cubierta), al buscar tratamiento (Tabla 6). Una posible mejora para potenciar el uso del GES, en especial en los beneficiarios de Isapre, es ajustar las redes de manera que sean similares a las que usa el paciente comúnmente. Le sigue a ésta la razón de que el individuo no sabía que la enfermedad estaba cubierta por el GES (siendo el principal problema para los de Fonasa A). Esto hace sentido con los datos reportados sobre desconocimiento del GES, sin embargo, como se muestra en la Tabla 6, la evolución favorable a cerrar las brechas de información, para los usuarios del Fonasa A, ha sido considerable y de 39 puntos porcentuales de 2006 a 2015.

Como tercera razón (Tabla 5) se encuentra que el paciente decidió no esperar para acceder a la consulta a través del GES para solucionar su problema con mayor rapidez (en especial para los de Fonasa B, C y D). Ello concuerda con los datos del número de meses de espera por atención GES

⁷ La pregunta dice: "¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones médicas por un doctor?".

⁸ Desagregaciones por Fonasa (y sus grupos) e Isapres para la razón principal en Tabla 6. Otras relaciones no están contenidas en las tablas.

TABLA 4: Diagnóstico y tratamiento médico cubierto por GES

	Asma o enfisema pulmonar	Depresión	Diabetes	Hipertensión o presión alta	Problemas cardíacos
Diagnóstico (Sí)	4,60%	9,90%	10,20%	21,40%	4,70%
Tratamiento (Sí)	70,10%	51,60%	93,90%	91,40%	77,90%
De los que reportan sí estar en tratamiento: atención mediante el GES					
Sí, Fonasa	71,90%	65,82%	75,12%	71,71%	72,67%
Sí, Isapre	3,59%	4,80%	5,05%	4,22%	2,98%
No	23,19%	28,03%	19,06%	23,07%	23,96%
	Cáncer	Artritis o Artrosis	Enfermedad renal	Derrame cerebral	Enfermedad mental
Diagnóstico (Sí)	2,10%	9,40%	2,60%	0,40%	1,40%
Tratamiento (Sí)	62,80%	76,80%	56,70%	75,10%	83,10%
Atención mediante el GES					
Sí, Fonasa	72,45%	69,63%	74,33%	65,71%	64,59%
Sí, Isapre	12,90%	4,46%	3,23%	4,73%	11,09%
No	14,37%	24,8%	20,74%	27,42%	22,64%

Nota: Atención mediante el GES excluye "No responde".

Fuente: EPS (2015).

TABLA 5: Razones autodeclaradas de no tratamiento vía GES

	N	%
Prefirió elegir otro médico o establecimiento, o seguir con su médico de siempre	156.438	31,85%
No sabía que su enfermedad estaba cubierta por el GES	56.300	11,46%
Decidió no esperar para acceder a la consulta a través del GES, para solucionar su problema con	55.027	11,20%
Su plan de salud cubría su necesidad mejor que el GES	33.529	6,83%
El GES no cubría las necesidades de la enfermedad	24.160	4,92%
El trámite para acceder al GES es muy difícil	16.358	3,33%
No pertenezco al tramo de edad que está cubierto por el GES	9.847	2,00%
Pensó que la atención GES podría ser de baja calidad	8.071	1,64%
Su médico le recomendó no atenderse por el GES	7.895	1,61%
Otra razón	123.532	25,15%
Total	491.157	100%

Fuente: CASEN (2015).

Nota: Se excluye a los "Sin dato".

TABLA 6: Evolución de la razón principal de no uso, por previsión

	2006	2009	2011	2013	2015
Fonasa A	No sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (59%)	No sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (41%)	No sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (27%)	No sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (24%)	No sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (20%)
Fonasa (B, C, D)	No sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (46%)	No sabía que su enfermedad estaba cubierta por GES (28%)	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (26%)	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (27%)	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (30%)
Isapre	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (35%)	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (39%)	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (41%)	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (43%)	Prefirió elegir otro médico o establecimiento (40%)

Fuente: Libertad y Desarrollo (2015) y elaboración propia a partir de datos de la encuesta CASEN (2015).

(Superintendencia de Salud 2016) que reporta en promedio más de 5 meses de espera (cifra menor para los de Isapre, con casi tres meses), por lo que existen razones, dadas las listas de espera, para atenderse “por fuera”. Así, también, concuerda con los datos de días de retraso por prestaciones GES, que a enero de 2017 alcanzaron los 95,63 días, por sobre las garantías de oportunidad (plazos máximos de espera). En efecto, el número de pacientes con garantías retrasadas se elevó de 6.274 casos en marzo de 2014 a 12.596 casos en abril de 2017 (Ministerio de Salud 2014, Fonasa 2017). Una de las soluciones implementadas para este problema de parte de Fonasa fue la creación del Bono AUGÉ (antiguo nombre del GES), instrumento mediante el cual el beneficiario puede acudir a un prestador privado con un “bono” o *voucher* si el nivel estatal no está disponible.

Frente al incumplimiento⁹ (Gráfico 2), más allá de las fallas de notificación, los beneficiarios en general no toman acciones, siendo lo más frecuente seguir esperando o insistiendo (una vez pasado el plazo garantizado para entregar la prestación) tanto para

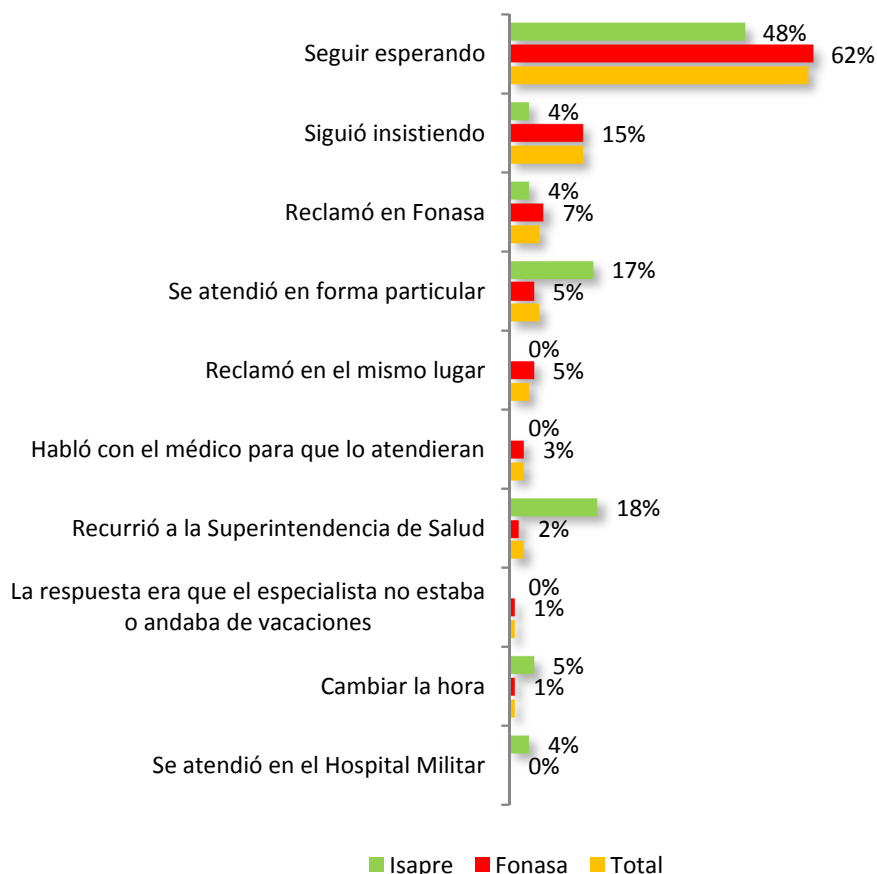
los de Isapre como Fonasa. Esto demuestra que el mecanismo de fiscalización por parte de los beneficiarios no es una vía efectiva de control de las fallas. Los principales perjudicados con el incumplimiento son los de Fonasa, que reportan en un 62% como acción ante la no respuesta el esperar. Esto se contrapone con el 48% de los de Isapre que, a su vez, tienen vías de escape, que se manifiestan en que un 17% toma acciones por su cuenta y se atienden en forma particular (utilizando su plan de salud).

Finalmente, la cuarta razón global de no tratamiento es que el plan cubría mejor las necesidades que el GES, siendo esta razón la segunda en importancia para los de Isapre.

5. Conclusión

De la información presentada, se desprenden dos conclusiones relativas a las fallas en información presentes en el sistema. La primera, es que en el período analizado (2008 – 2015), si bien respecto a los primeros reportes de tasas de notificación, los prestadores actualmente han mejorado en algún grado su desempeño en esta materia, la mayoría presenta tasas de notificación deficiente (es decir, se encuentran transgrediendo la ley).

⁹ El incumplimiento se refiere a qué hizo el entrevistado frente a un incumplimiento de plazo si él o alguien de su familia se atendió por el GES y tuvo que esperar más del tiempo garantizado.

GRÁFICO 2: Acciones de los beneficiarios frente al incumplimiento

Fuente: Superintendencia de Salud (2016).

La inconsistencia entre el relativamente alto tratamiento GES y las bajas notificaciones, puede ser explicado por el cierre (parcial) en las brechas de información de los pacientes, siendo esto último la segunda conclusión. Respecto a ella, se hace evidente en el hecho que el desconocimiento para los grupos B, C y D ya no resulta el principal impedimento para acceder a las prestaciones GES, y para el Fonasa A, esta razón es cada vez menos mencionada. No obstante, aún, los más perjudicados son aquellos del Fonasa A, quienes, sobre las garantías de oportunidad establecidas en las prestaciones GES, deben esperar más del tiempo necesario para recibir las prestaciones.

En síntesis, aún existen espacios de desinformación que podrían ser cerrados con un mayor alcance de las notificaciones, mediante la mejora de los incentivos a notificar (o de los montos y tipos de sanciones ante el no cumplimiento, que parecen no afectar el comportamiento de notificación de los prestadores), y a través de campañas de información a los usuarios.

Aunque es difícil cuantificar las ganancias de los pacientes en términos monetarios y no monetarios por utilizar el GES (en comparación con aquellos que no lo usan), una hipótesis plausible es que el bienestar de los pacientes aumentaría, en especial para aquellos de Isapre que no pueden “escapar” al sistema utilizando las mejores coberturas de su plan (porque sus planes ofrecen coberturas inferiores a las GES),

obteniendo mayor beneficio de la cobertura financiera. Lo mismo ocurriría con los pacientes más pobres, del Fonasa A, quienes tampoco pueden “escapar” al sistema (no tienen acceso a prestadores privados en la Modalidad Libre Elección), pudiendo tener ganancias al obtener menores tiempos de espera (relativo a las prestaciones que no son parte del GES) en los prestadores estatales. Por último, aun cuando esté bien que aquellos que puedan y quieran hacer uso de la libre elección lo hagan, se podrían observar ganancias para el sector salud como un todo por el lado de la contención de costos, de aumentar el uso del GES —ya que en estas prestaciones existe un mejor conocimiento de lo que cuesta entregar la prestación y en el sector pri-

vado existe una negociación por el precio de estas prestaciones que disminuye su valor— (aumentaría el bienestar social producto de menores costos de salud que pueden ser utilizados en la mejora de otros servicios). No obstante estos beneficios, se debe tener en consideración que las garantías de oportunidad han categorizado en dos los servicios que se entregan en los prestadores estatales, entre GES y No GES, lo cual puede perjudicar a los pacientes en espera por tratamientos del segundo grupo de servicios (en los primeros, se deben cumplir tiempos máximos de entrega de los servicios), por lo que las mejoras en el uso y contenido de las GES deben ir acompañadas de medidas que permitan a los prestadores no descuidar una parte de sus servicios.

Referencias

- Fonasa. (2017). "Sistema de monitoreo AUGE".
En: https://fonasaweb.fonasa.cl/portal_fonasa/stat/monitoreo-auge/
- Ley n.º 19.966 del 3 de septiembre de 2004: "Establece un régimen de garantías en salud". Ministerio de Salud, República de Chile.
- Libertad y Desarrollo. (2015). "10 años del AUGE: El valor de la libertad de elección en salud", *Temas Públicos* n.º 1.217.
- Ministerio de Salud. (2014). Subsecretaría de Redes Asistenciales 2014, Glosa 06, Lista de Espera No GES. Garantías de Oportunidad GES Retrasadas Marzo 2014.
- ___ (2017). Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2017, Glosa 06. Lista de Espera No GES. Garantías de Oportunidad GES Retrasadas Enero 2017.
- Superintendencia de Salud. (2015). *Informe de Fiscalización n.º 44. Cumplimiento del proceso de notificación en prestadores públicos de nivel ambulatorio 1º semestre de 2015*. Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.
- ___ (2015). *Informe de Fiscalización n.º 45. Cumplimiento del proceso de notificación en prestadores privados de nivel ambulatorio 1er semestre de 2015*. Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.
- ___ (2015). *Informe de Fiscalización n.º 58. Cumplimiento del proceso de notificación en prestadores públicos de nivel hospitalario 1er semestre de 2015*. Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.
- ___ (2015). *Informe de Fiscalización n.º 59. Cumplimiento del proceso de notificación en prestadores privados de nivel hospitalario 1er semestre de 2015*. Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.