

MPRA

Munich Personal RePEc Archive

AUGE's impact in private health

Fernández Montt, René

8 January 2008

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/22728/>

MPRA Paper No. 22728, posted 19 May 2010 09:51 UTC



expansiva

Incidencia del AUGE en la Salud Privada, René Fernández Montt.

8

serie indagación

Incidencia del Auge en la salud privada

René Fernández

Tanto el contenido de este documento como su redacción son de exclusiva responsabilidad del autor, Expansiva se limita solo a ofrecer un medio para su difusión.





Introducción.

Sin lugar a dudas, existe un antes y un después para la salud pública chilena desde el comienzo de la implementación del AUGE¹ el 1 de julio del 2005. En sus comienzos, este sistema incluía 25 patologías que debían ser cubiertas con costos muy bajos para los pacientes. Posteriormente, se implementa GES², que agrega 15 patologías a cubrir, mientras en el año 2007 se garantizaron 56 patologías. En el año 2010 se planea alcanzar las 80 patologías. En este estudio se determinará la incidencia que ha tenido esta mega-reforma a la Salud Pública, en sentido de su aplicabilidad a los prestadores privados y por consiguiente principalmente a quienes pertenecen a alguna ISAPRE.

Es importante señalar que los pacientes que requieran tratamiento para una patología especificada como AUGE GES deben ser informados de dicha opción por el médico tratante. Con posterioridad a ello, el paciente o sus familiares tienen la facultad de renunciar y por consecuencia acceder al tratamiento de su problema de salud mediante cuenta abierta³.

El demandante de atención para patologías AUGE GES buscará la maximización de su satisfacción. Es así, como el demandante de salud, - que también podría ser llamado paciente o incluso cliente, - en búsqueda de la maximización de su utilidad personal elegirá aceptar alguna de las alternativas que le propone tanto su ISAPRE como FONASA⁴, según sea el caso, para el tratamiento de las patologías AUGE GES.

¹ Acceso Universal a Garantías Explícitas. Son establecidas en el decreto supremo N°170, de 2004, del Ministerio de Salud que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley N° 19.966, o las que establezca el decreto supremo que las modifique o reemplace. Dicho decreto las define en su artículo 2°, letra d) como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud, determinados en el artículo 1° del referido decreto y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional. Se entenderá formar parte del artículo 1° del citado decreto supremo N° 170 el Anexo titulado “Listado de Prestaciones Específico”, que se encuentra en la página Web del Ministerio de Salud (www.minsal.cl)

² Garantías Explícitas en Salud. Corresponde al nombre asignado a la segunda etapa del AUGE.

³ Por cuenta abierta se entiende el plan individual convenido en la ISAPRE.

⁴ Fondo Nacional de Salud regulado en el decreto ley N° 2.763 del año 1979.



En pos de obtener un mayor beneficio, los pacientes afiliados a ISAPRE optarán por la alternativa que maximice el nivel de satisfacción individual. Si la decisión que estuviéramos analizando se tratase de un COMMODITY sería lógico estimar que el demandante eligiese el bien de menor valor. Sin embargo, la elección de una alternativa en salud es una decisión compleja. El paciente considerará el precio, es cierto, pero en ocasiones, ante un precio demasiado bajo optará por la opción de mayor valor, pues pudiera el paciente asociar menor precio con menor calidad de los insumos administrados o incluso menor prestigio del Médico tratante.

Preliminarmente se ha determinado que las variables que debiesen influir en la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento con cobertura AUGE GES y que serán validadas en el presente trabajo de acuerdo a un modelo por detallar son:

- a) El género del paciente.
- b) La comuna de origen del paciente, a través del IDH⁵
- c) La ISAPRE.
- d) El estado civil.
- e) El Diferencial de cobertura⁶
- f) La edad.

Es posible entender entonces que el problema es buscar la mejor opción de salud, al menor precio si es que es posible.

⁵ Índice de Desarrollo Humano obtenido desde el estudio “Las Trayectorias del desarrollo humano en las comunas de Chile”, investigación realizada por la División Social del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) y el Equipo de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

⁶ Diferencia monetaria obtenida del reproceso de las cuentas para los pacientes GES si hubiesen accedido a tratamiento vía Cuenta Abierta y de los pacientes que rechazaron el GES si lo hubiesen aceptado.



Desarrollo

El tema del AUGE es relativamente nuevo. A nivel nacional los trabajos sobre este tema son los generados en los Departamentos de Estudios de las respectivas ISAPRE, médicos pertenecientes a alguno de los prestadores o de algún organismo regulador como la Superintendencia de Salud.

Para explicar algunas incidencias del ámbito de la salud en Chile, es recomendable leer en la Revista Médica de Chile V. 131 n.5 Santiago, donde se señala que la implementación del AUGE en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) genera mayores listas de espera entre todos los usuarios en la salud pública.

En cambio, después del inicio del Plan AUGE, en el sistema privado de salud la elección está limitada por la existencia de prestadores preferenciales, los que pueden o no estar entre los prestadores con que una determinada ISAPRE trabaja, obligando al paciente a optar. Si el paciente opta por un prestador distinto al definido como preferencial deberá asumir los costos de su atención; si opta por el prestador preferencial lo hace renunciando a su libertad de elección.

En búsqueda del perfeccionamiento del sistema GES para los privados, es posible considerar un estudio realizado por la Superintendencia de Salud con un censo en relación a la implementación de AUGE GES en el período julio a diciembre del 2005, donde se señala que la gran mayoría de los usuarios del AUGE pertenecen a FONASA, sin embargo puesto que en los prestadores de nuestro estudio la gran mayoría de los pacientes pertenecen a alguna ISAPRE, consideramos que este estudio aporta en especificar aún más el perfil de este tipo de pacientes. Los pacientes pertenecientes a alguna ISAPRE se encuentran menos condicionados a acceder al sistema AUGE GES, de



ello la importancia de ver la probabilidad de renunciar a dicha cobertura para estos pacientes, asunto que será abordado en el presente estudio.

Los ingresos para las ISAPRES, como para los prestadores serán diferentes de acuerdo a la decisión de acceder al GES o rechazar dicha cobertura. Además, el costo para el paciente también dependerá de esa decisión fundamental.

Los datos que se utilizaron para este estudio corresponden a todos los pacientes que accedieron a tratamiento para alguna de las patologías especificadas como AUGE GES entre julio del 2005 y mayo del 2006 en dos de los más importantes prestadores privados de salud de la Región Metropolitana. Es importante por ello, asumir que existe un sesgo en los resultados que obtendremos, sin embargo consideramos que esta metodología puede replicarse en otros prestadores privados de salud.

Para evaluar la probabilidad de acceso al sistema AUGE GES, los datos se clasificaron en torno a la variable dependiente (Y_1^*) en “GES” o “No GES”, según hayan acogido este plan o lo hayan rechazado.

Los datos utilizados corresponden a 332 pacientes de los cuales, 83 rechazaron tratar su patología por AUGE GES, accediendo por ello a su plan individual de salud.

Las variables que fueron consideradas en este estudio fueron determinadas en base a la importancia explicativa que poseían en la variable dependiente. Así, el Género del paciente (X_1), el IDH como X_2 . La institución de Salud Provisional (ISAPRE) de los pacientes (X_3). El Estado Civil de los pacientes fue considerado en la variable (X_4). La tipificación utilizada fue C: Casado; D: Divorciado; S: Soltero y V: Viudo. El Diferencial



de Cobertura fue considerado en la Variable X_5 y la edad los pacientes ha sido considerada en la Variable X_6 .

De las variables anteriormente descritas, existen dos que debiesen tener un alto nivel explicativo para el comportamiento decisional de los pacientes:

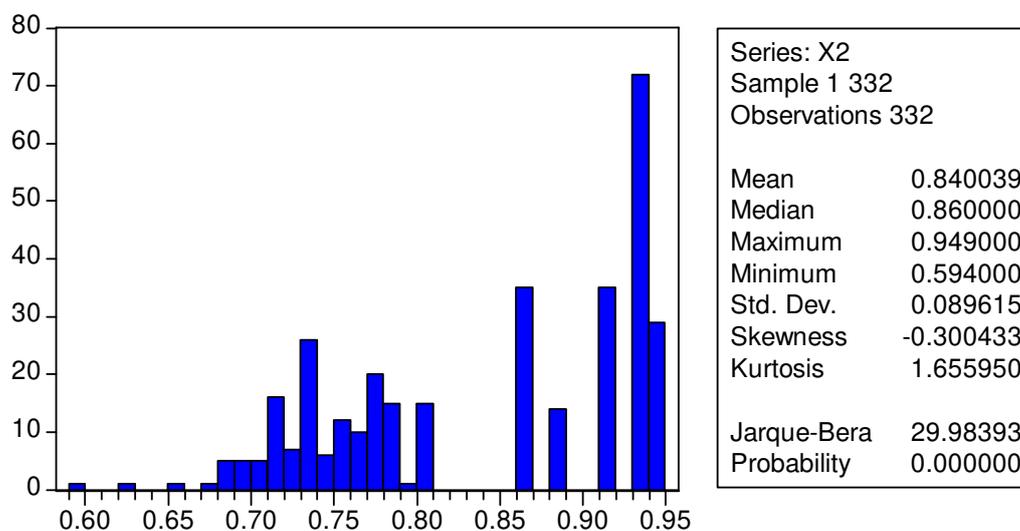
a) IDH (Índice de Desarrollo Humano) (X_2): Se obtuvo la Comuna de residencia de cada uno de los pacientes presentes en este estudio, pero el considerar una gran cantidad de datos cualitativos (50 comunas) dificultaría determinar su aporte al comportamiento de la variable dependiente. Por ello, se consideró el Índice de Desarrollo Humano mencionado con anterioridad. Este índice fue obtenido de la investigación “Las trayectorias del Desarrollo Humano en las comunas de Chile (1994.2003)” realizada por el MIDEPLAN y el PNUD.

b) Diferencial de Cobertura (X_5). Esta variable corresponde a la diferencia entre el arancel cubierto por la ISAPRE en el plan particular de cada uno de los pacientes y lo que cubriría o efectivamente cubrió GES para dicha canasta. Esta variable consideró un valor en pesos chilenos por cada paciente.

RESULTADOS.

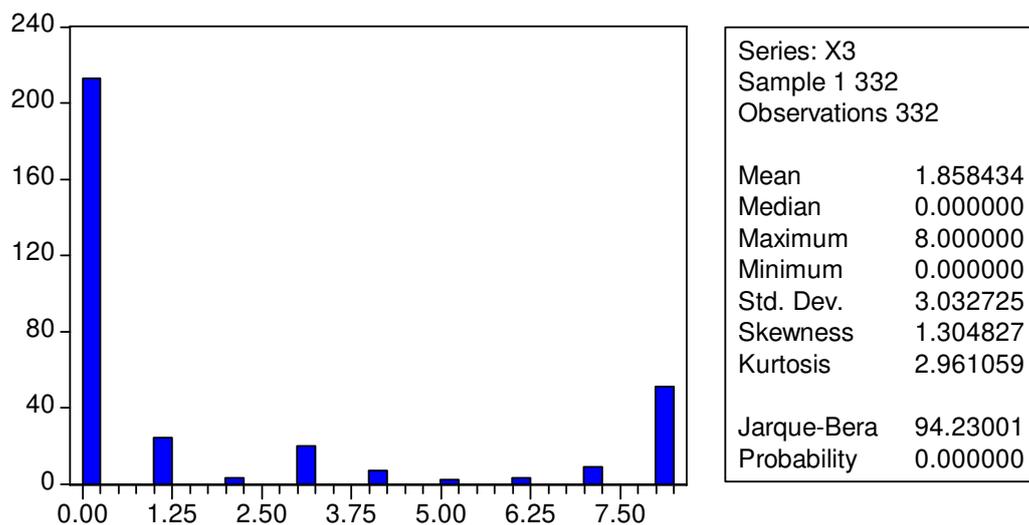
El Histograma y algunas estadísticas básicas para algunas de las variables que se han considerado en este estudio se presentan a continuación.

El IDH Comunal (X_2)



La variable X_2 corresponde al IDH de la comuna de cada uno de los pacientes considerados para este estudio. Es posible observar que los 72 pacientes de Las Condes poseen un IDH elevado y son un porcentaje importante (22,36%) del total de pacientes. Es importante consignar que se utilizó el IDH promedio para las variable ingreso, salud y educación, pues poseía un mayor poder explicativo sobre la variable dependiente.

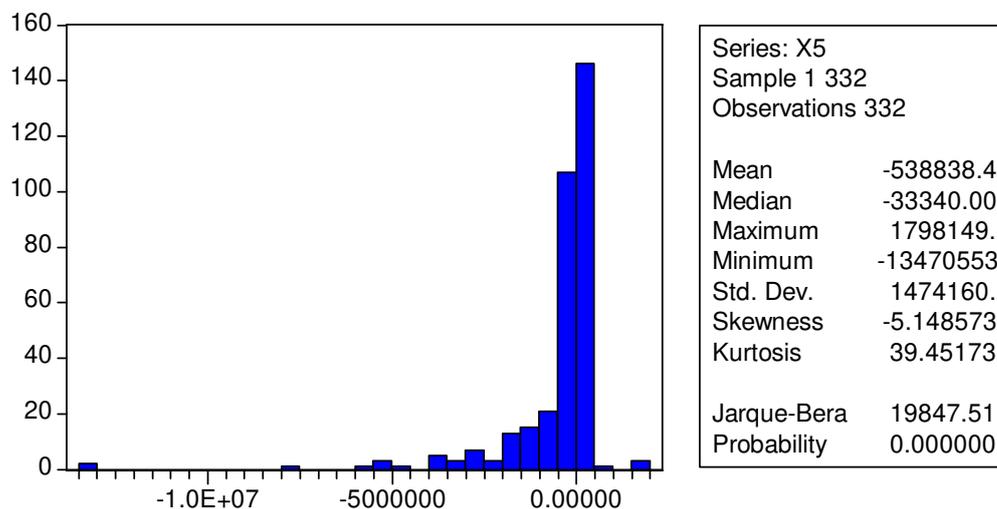
La ISAPRE (X₃)



Esta variable agrupa a los pacientes de acuerdo a la ISAPRE de cada uno de los pacientes. Así, la gran mayoría de los pacientes pertenecen a BANMÉDICA⁷ y a Vida Tres. Estas ISAPRE poseen asignadas una importante cantidad de patologías GES a los prestadores de salud estudiados y es por ello que una gran cantidad de los pacientes pertenecen a ellas.

⁷ El 64,16% de los pacientes considerados para este estudio pertenecen a la ISAPRE BANMÉDICA, lo anterior se sustenta en que el prestador pertenece a la red de esta ISAPRE para varias de las patologías GES.

El Diferencial de Cobertura (X_5)



La variable X_5 se ha denominado Diferencial de cobertura. Posee un alto nivel explicativo sobre la variable dependiente. Lo anterior es absolutamente lógico, pues esta variable considera la diferencia monetaria (en pesos chilenos) entre el valor cobrado al paciente y lo que hubiese pagado si hubiese optado por la otra opción. Entendiéndose que un paciente rechazó la cobertura GES, el Diferencial de Cobertura se calculará entre el costo real y lo que hubiese pagado con la cobertura GES. Ahora, para el caso de un paciente que fue tratado como paciente GES, la diferencia se calculó entre el costo real y lo que hubiese pagado por cuenta abierta.



Estimación del Modelo.

Se ha considerado la utilización de los métodos PROBIT BINOMIAL y LOGIT BINOMIAL. Estos métodos son los adecuados para el tratamiento de la información que se ha recolectado en las dependencias de los prestadores en cuestión y facilitan el análisis de las variables que inciden en la decisión de aceptar o rechazar la cobertura AUGE GES, mediante la variable dependiente binomial Y_1^* .

Las variables independientes que, en principio, se han considerado en la especificación del modelo PROBIT y LOGIT estimados han sido: Género del paciente, IDH Comunal, ISAPRE del paciente, Estado civil, Diferencial de Cobertura y la Edad.

Dado las variables definidas con anterioridad la ecuación a estimar mediante los Métodos PROBIT y LOGIT es:

$$Y_1^*(GES) = \beta_0 + \beta_1 X_1(GÉNERO) + \beta_2 X_2(IDH) + \beta_3 X_3(ISAPRE) + \beta_4 X_4(ESTADOCIVIL) + \beta_5 X_5(DIFERENCIALDECOBERTURA) + \beta_6 X_6(EDAD)$$

Se estimaron las ecuaciones utilizando el programa EVIEWS 4.1 por medio de los métodos PROBIT y LOGIT. Ambos métodos han otorgado resultados similares. Así, al analizar las tablas que se encuentran a continuación tenemos que ninguna de las variables es no significativa y además las variables escogidas explican el comportamiento de la dependiente en un 71,39% según el Método PROBIT y en un 71,55% según el Método LOGIT.



Conclusiones o recomendaciones

El plan AUGE GES se encuentra en etapa de expansión y la demanda es influida obviamente por el aumento de las patologías cubiertas en cada prestador, pues se basa en una decisión netamente técnica. La ley obliga a todos los médicos a informar al paciente que posee una patología contemplada por el plan AUGE GES.

Las Patologías de alto costo, dentro de las que se encuentran los tratamientos oncológicos, tienen mayor probabilidad de ser atendidas vía AUGE GES, pues son necesarias varias y costosas sesiones de quimioterapia como tratamiento. Es por ello que la variable Diferencial de Cobertura es significativa y el obtener los datos para su cálculo implica una gran dificultad. Esta variable debiese ser un gran aporte al estudio de la demanda hospitalaria.

En cambio, las atenciones ambulatorias, como por ejemplo algunas afecciones respiratorias, donde los beneficios del GES no tienen una incidencia monetaria tan significativa poseen una mayor probabilidad de NO en la variable Y1* (GES).

Otra variable sumamente interesante es la correspondiente al IDH. Esta variable es sumamente significativa y explica en gran medida la decisión del paciente en cuanto a acceder a la cobertura GES o de rechazarla y acceder a la cuenta abierta, mientras mayor es el IDH mayor es la probabilidad de rechazar el GES. Un IDH alto supone que el paciente tendrá un nivel alto de ingresos, de salud y de educación.

Las variables analizadas en esta investigación explican en más del 71% el comportamiento de la variable dependiente. Si bien es cierto, este porcentaje tiene relación con los prestadores estudiados y no necesariamente con los resultados que se obtendría en el país, creemos que la metodología empleada puede ocuparse en otras instituciones con diferentes enfoques:

- Desde el punto de vista de la salud privada, es un tema importante, pues en base al perfil de sus pacientes, podrán calcular quienes se atenderán vía AUGE GES (lo que implica un menor ingreso, pues la cobertura estatal obliga a las instituciones privadas a cobrar un arancel de referencia menor al privado) versus quienes se atenderán por su plan individual de salud (asunto que implicaría un mayor ingreso, pero un mayor riesgo por incobrabilidad para los mismos prestadores privados.)
- Desde el punto de vista de la salud pública, esta metodología sirve para apreciar con mayor detalle las características de quienes están accediendo a las garantías estatales y apreciar con mayor precisión quienes están quedando descubiertos voluntariamente de estas garantías.

Aunque el porcentaje señalado en el párrafo precedente es alto, existe aún un poco menos del 29% de la variable dependiente por explicar. Entendiendo que es una decisión



compleja y que dos individuos con idénticas características consideran y ponderan los factores en distinta medida, debido por ejemplo a una apreciación dispar para los distintos prestadores, sería interesante realizar algún estudio en esa línea de investigación.

Un asunto que aún se encuentra en análisis legal de uno de los prestadores considerados para este estudio corresponde a la necesidad de informar al paciente que de renunciar a la cobertura GES se está renunciando implícitamente al CAEC⁸. De informarse este punto al paciente en el momento de la decisión, probablemente disminuiría el número de pacientes que rechacen la cobertura GES.

⁸ Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.



Referencias

1. Aedo, C. y Sapelli, C: **El Sistema de Salud en Chile: Readecuar el Mandato y Reformar el Sistema de Seguros**, Estudios Públicos 75 (Invierno), 1999.
2. Anónimo. **Evaluación: Directores de hospitales hacen buen balance de mini AUGE**. El Mercurio de Santiago, Cuerpo C, 15 de enero de 2003.
3. Beltrán Mena, José Badía, Marcelo Neira y Alejandro Ríos. **Telemedicine in Chile**, Escuela de Medicina de la Universidad Católica.
4. Beteta, Edmundo: **Crecimiento del gasto en salud en Chile: ¿Estamos ante un problema?** , Expansiva, serie en foco N° 13, ISSN 0717-9987.
5. Concha, Marisol: **Innovación tecnológica en salud**, Expansiva, serie en foco N° 14, ISSN 0717-9987.
6. Espinoza, Consuelo.: **Herramientas legales para mantener los costos en salud**, Expansiva, serie en foco N° 15, ISSN 0717-9987.
7. Fernández Montt, René (2006). **¿GES o No GES? Esa es la cuestión**. Revista Española de Economía de la Salud.
8. Filmer, D, Hammer, J.S. y Pritchett, L.: **Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries**, World Bank Research Observer, 15 (2):199-224, 2000.
9. Filmer, D, Hammer, J.S. y Pritchett, L.: **A Prescription for Health Policy in Poor Countries**, World Bank Research Observer, 17 (1):47-66, 2002
10. Folland, S. , Goodman, A.C. y Stano, M.: **The Economics of Health and Health Care**. Prentice-Hall, 1993. Cap. 18: “Comparative Health Care Systems”.
11. Gaynor, M. y Haas-Wilson, D: **Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets**, Journal of Economic Perspectives 13 (1): 141-64, 1999.
12. GONZALEZ F., Fernando. **Implementación del plan AUGE en pacientes con IRC**. Rev. méd. Chile, mayo 2003, vol.131, no.5, p.545-551. ISSN 0034-9887.
13. Kalisch D. W., Aman T. y Buchele L.A.: **Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments**,



- Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs, OECD, Julio 1998.
14. Larrañaga, O.: **Health Sector Reforms in Chile**, en D. Leipziger y Guillermo Perry (eds.): op. cit, 1999.
 15. Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Gobierno de Chile. **Manual para la aplicación del sistema AUGE en las Redes de Atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud**. Santiago, julio de 2002.
 16. Musgrove, P.: **Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns**, World Bank Discussion Paper 339, The World Bank, 199??.
 17. Oxley H. y Macfarlan M., **Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency**, OECD Working Paper 149, OECD.
 18. Oyarzo, C. y Vergara, M.: **Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente**, Expansiva, serie en foco N° 42, ISSN 0717-9987.
 19. Scott, David H., (1994). **The Regulation and Supervision of Domestic Financial Conglomerates**. Policy Research Working Paper 1329. The World Bank.
 20. Sundararajan, V., (2001). **Regulation of Financial Conglomerates: is unification of financial of financial sector supervision the answer**. Presentation in IMF.Finanzas.
 21. The World Bank: **World Development Report 1993: Investing in Health**. Overview y Cap. 1.
 22. Zweifel, P. y Breyer, F.: **Health Economics**. Oxford: Oxford University Press, 1997, caps. 5 y 6.



CV

René Fernández Montt, Licenciado en Ciencias de la Administración de Empresas. Tesista Magíster en Economía Financiera, Universidad de Santiago de Chile. Académico, Departamento de Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Santiago de Chile. Gerente General de SYNAD.

