



Análisis al plan de garantías de salud, a 22 años de que comenzara a funcionar

GES: Imposibilidad de elegir clínicas y falta de stock de fármacos, entre trabas para usuarios

Estudio que será insumo para mejora revela que pacientes cuestionan demoras, burocracia y dificultades de acceso dentro del sistema, que es usado por pacientes de Fonasa e isapres.

JUDITH HERRERA C.

Cuando el entonces presidente Ricardo Lagos presentó la reforma al sistema de salud en 2004, el país iniciaba una importante transformación: el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud, conocido primero como AUGE y actualmente como GES.

La promesa era concreta: diagnóstico, tratamiento y seguimiento garantizados por ley para un conjunto de enfermedades, con plazos, copagos máximos y red de prestadores definidos, tanto para usuarios de Fonasa como de Isapre.

Veintidós años después, el sistema ha ampliado su cobertura a 90 problemas sanitarios, y continúa siendo uno de los pilares del sistema. Pero los desafíos que lo tensionan no han desaparecido.

Una encuesta realizada por la U. San Sebastián, que se usará como insumo para mejorar el modelo, ofrece una fotografía actualizada de cómo los usuarios perciben el GES. La evaluación general es positiva: el 83% de los encuestados le otorga nota aprobatoria.

Los principales resultados

Con todo, el sondeo, que contó con 1.118 participantes a nivel nacional, identifica qué es lo que más inquieta a quienes dependen del GES para sus atenciones. Entre los usuarios de Fonasa, las tres principales preocupaciones son las largas esperas en centros de atención (23,2%), las listas de espera para el problema de salud

específico (22,7%) y la falta de especialistas (20,7%).

En las isapres, el panorama es distinto: emergen la imposibilidad de elegir libremente los centros de salud (23,6%) y la falta de especialistas (22,7%). El incumplimiento de plazos aparece en tercer lugar, con 9%.

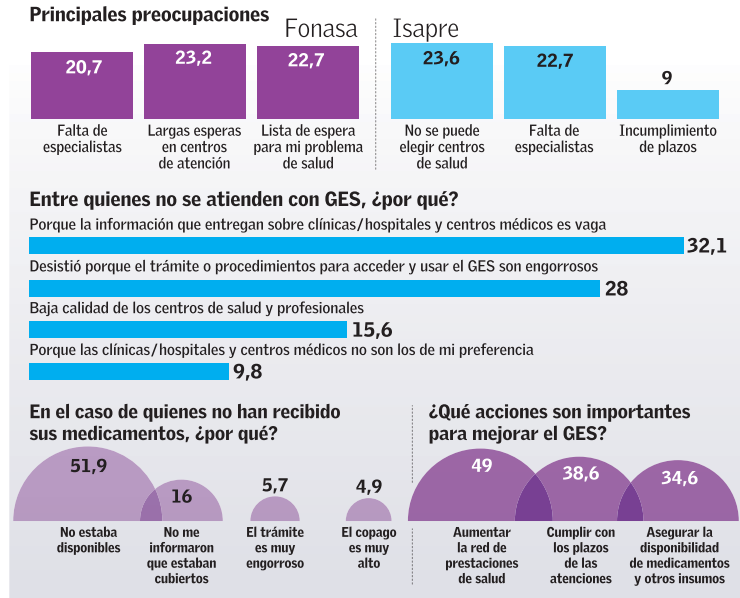
Entre quienes tienen una patología GES, pero no se atienden mediante el sistema, las razones apuntan a la burocracia, ya que un 32,1% señala que la información sobre clínicas, hospitales y centros médicos es vaga o insuficiente, mientras que un 28% directamente desistió porque los trámites para acceder y usar el programa son engorrosos.

Un 15,6% alude a la baja calidad de los centros y profesionales disponibles en la red, y un 9,8% rechaza los centros asignados porque no son los de su preferencia.

Además, el acceso a medicamentos es otro punto. Entre quienes no recibieron sus fármacos o solo recibieron una parte, la razón más frecuente es que no estaban disponibles (51,9%). En segundo lugar, un 16% señala que no fue informado de que estaban cubiertos por el plan; un 5,7% apunta a que el trámite es muy engorroso y un 4,9% cita el copago elevado como barrera.

"Esto de los medicamentos es algo que se repite con otras encuestas, de que no están disponibles o las canastas no están actualizadas (...). Tiene que ver, primero que todo, con que no se fiscaliza bien que estén disponibles a la hora de entregárselos a los pacientes", comenta Carolina Velasco, directora de Estu-

Los resultados



dios del Instituto de Políticas Públicas en Salud (Ipsuss) de la U. San Sebastián.

Visión a futuro

Jorge Acosta, director ejecutivo del Ipsuss, dice que la encuesta se enmarca en un proyecto de evaluación llamado "Pensando las próximas dos décadas del GES: balance y propuestas para la salud en Chile", que incluirá "la realización de seminarios como el que haremos este lunes 25 de mayo, donde estará la ministra de Salud, May Chomali".

El propósito es entregar en

2027 un documento final al Ministerio de Salud que se alinee con la Estrategia Nacional de Salud 2022-2030 para optimizar el sistema. "¿Cómo proyectar en las próximas dos décadas un sistema que ha tenido el apoyo desde el FA hasta el Partido Republicano? Es decir, se ha reconocido que son más los beneficios que los perjuicios y, en ese sentido, hay que pensar cómo se puede actualizar desde una mirada técnica", dice.

Para Cecilia Rodríguez, representante de las organizaciones de pacientes Ciudadanía en Salud y Fundación Me Muevo, "es

fundamental que exista una evaluación mucho más permanente del sistema".

"Había una promesa detrás, que era mejorar las coberturas, pero sobre todo la equidad, entonces, una pregunta permanente es: ¿Ha contribuido el GES a mejorar esto? ¿Y qué está pasando en regiones con el GES? ¿Está generando el impacto que se requiere que se genere?", plantea.

Natalia Yankovic, académica de la Escuela de Negocios ESE de la U. de los Andes, valora que el GES ha sido un avance, pero que "ha sido un programa insufi-

“Se ha reconocido que son más los beneficios que los perjuicios del GES y, en ese sentido, hay que pensar cómo se puede actualizar desde una mirada técnica”.

JORGE ACOSTA
DIRECTOR DEL IPSUSS

“Es fundamental que exista una evaluación mucho más permanente del sistema, de cómo está funcionando y cumpliendo sus promesas”.

CECILIA RODRÍGUEZ
REPRESENTANTE DE PACIENTES

cientemente evaluado en sus resultados clínicos”.

Añade que "es fundamental recordar que opera en el mismo sistema que la patología no cubierta por garantías, y que hay evidencia de que la falta de acceso a diagnóstico en patología no GES ha impulsado la activación de GES en, por ejemplo, cáncer gástrico o cáncer colorrectal. Esto no refleja solo garantías incumplidas, sino que las barreras de acceso, concentración de especialistas tanto en la RM como en la red privada, siguen determinando los resultados a pesar del GES".

"Resolver la lista de hoy no es suficiente si el sistema sigue generando la de mañana. Evitar que volvamos a acumular pacientes exige cambiar la lógica de resolución con la que operamos", indica.