



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA
CONTINUIDAD DE ESTUDIOS Y SEGUNDA TITULACIÓN EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN PRESTACIÓN GES
COLECISTECTOMIA, EN 10 AÑOS DEL AUGE, DE BENEFICIARIOS DE
FONASA DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Alumnas: Herrera Moya, Yolanda Isabel
Belmar Sanhueza, Ana María

Profesor guía: López Quintana, Jaime Eduardo

Tesis para optar al Título de Administrador Público

Tesis para optar al grado de Licenciado en Gobierno y Gestión Pública

Santiago, 2016

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más profundos agradecimientos a todas las personas que colaboraron con la elaboración de este trabajo, principalmente resaltamos por su valioso aporte a:

- Nuestro Profesor Guía, Sr. Jaime López Q., porque aceptó trabajar con nosotras sin conocernos, y aunque su tiempo era limitado, nos orientó en la realización de la tesis y nos retroalimentó durante todo el periodo de desarrollo de este documento.*
- A varios profesionales de FONASA que nos guiaron y entregaron información en forma generosa, especialmente destacamos la colaboración de Rolando Leyton Torres, profesional Encargado de la Unidad Territorio del Subdepartamento Gestión Comercial de FONASA.*
- A la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, por la oportunidad de darnos la posibilidad de obtener un nuevo título, al crear un programa de alargue de estudios.*
- A nuestras familias, por toda la comprensión, paciencia y cariño demostrado, que nos incentivó aún más para llegar a la meta propuesta.*

Dios bendiga a todos ellos.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1. Descripción del problema	8
2. Pregunta de investigación	9
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. OBJETIVOS	11
1. Objetivo general.....	11
2. Objetivos específicos	11
V. MARCO TEÓRICO	12
1. La salud pública en Chile.....	12
1.1 <i>Los inicios de la salud pública</i>	13
1.2 <i>Reformas al sistema de salud durante el gobierno militar</i>	14
1.3 <i>Reformas al sistema de salud desde el retorno de la democracia</i>	15
2. Fondo Nacional de Salud (FONASA)	17
2.1 <i>Estructura orgánica</i>	18
2.2 <i>Planes de Salud</i>	19
2.3 <i>Tramos de ingreso</i>	20
2.4 <i>Modalidades de Atención</i>	20
4. Ley N° 19.966, Establece un Régimen de Garantías de Salud	25
4.1 <i>Antecedentes generales de la Ley N° 19.966</i>	25
4.2 <i>Garantías Explícitas en Salud</i>	26
4.3 <i>Patologías garantizadas AUGE</i>	28
5. Cáncer de Vesícula Biliar	29
5.1 <i>Frecuencia y pronóstico:</i>	30
5.2 <i>Factores de Riesgo:</i>	30
5.3 <i>La Colelitiasis como factor de riesgo de Cáncer Vesicular:</i>	31
5.4 <i>Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años</i>	33
VI. MARCO METODOLÓGICO	35
1. Tipo de Investigación.....	35

2. Variables de investigación	35
3. Unidad de análisis y/o estudio	36
VII. DESARROLLO.....	37
1. Análisis de atención mediante Modalidad Atención Institucional (MAI).....	38
<i>1.1 Análisis MAI, según año de atención</i>	<i>39</i>
<i>1.2 Análisis MAI, según Servicio de Salud (SS)</i>	<i>41</i>
2. Análisis de atención mediante Modalidad Libre Elección (MLE)	43
<i>2.1 Análisis MLE, según año de atención</i>	<i>44</i>
<i>2.2 Análisis MLE, según programa.....</i>	<i>46</i>
3. Análisis comparativo por atenciones de colecistectomía mediante MAI y MLE	48
<i>3.1 Análisis comparativo del número de atenciones entre MAI / MLE, según año.....</i>	<i>50</i>
<i>3.2 Análisis comparativo del gasto público entre MAI / MLE, según año</i>	<i>52</i>
VIII. CONCLUSIONES	54
BIBLIOGRAFÍA.....	60

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Resumen gasto PAD Colelitiasis años 2011-2015	22
Cuadro 2: Servicios de Salud Región Metropolitana	23
Cuadro 3: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MAI, según año y SS	38
Cuadro 4: Gasto (M\$) en atenciones por colectectomía, MAI, según año y SS	38
Cuadro 5: Beneficiarios y Gasto (M\$) en atenciones por Colectectomía, MLE, según año	43
Cuadro 6: Análisis comparativo por atenciones MAI / MLE	48
Cuadro 7: Beneficiarios y Gasto (M\$) en atenciones por Colectectomía, MAI y MLE, acumulado	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MAI, según año	39
Gráfico 2: Gasto (M\$) en atención por Colectectomía, MAI, según año	40
Gráfico 3: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MAI, según SS	41
Gráfico 4: Gasto (M\$) en atención por Colectectomía, MAI, según SS	42
Gráfico 5: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MLE, según año	44
Gráfico 6: Gasto M\$ por atención de Colectectomía, MLE, según año	45
Gráfico 7: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MLE, según programa	46
Gráfico 8: Gasto M\$ por atención de Colectectomía, MLE, según programa	47
Gráfico 9: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MAI y MLE, según año	50
Gráfico 10: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MAI y MLE, acumulado	51
Gráfico 11: Gasto M\$ por atención de Colectectomía, MAI y MLE, según año	52
Gráfico 12: Gasto M\$ por atención de Colectectomía, MAI y MLE, acumulado	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: La salud pública en Chile	12
Figura 2 Ubicación en la Estructura del Ministerio de Salud	18
Figura 3: Organigrama de FONASA	19
Figura 4: Clasificación Asegurados según Tramos (A, B, C o D)	20
Figura 5: Garantías Explícitas de Salud	27
Figura 6: Cáncer de la Vesícula Biliar	29
Figura 7: Colelitiasis	32
Figura 8: Flujograma de la patología Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula	33
Figura 9: Metodología de Trabajo	36

I. INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas de salud en Chile, se encuentran presente en todas las agendas de gobierno, dado que es un tema social, relevante y sensible, que en ocasiones está condicionado a la solvencia económica de la población y que tiene efectos en los índices de pobreza y mortalidad.

En materia de salud, la actual Constitución¹ señala que todos los chilenos y chilenas tienen “derecho a la protección en salud” y que el Estado debe “proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” y “garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas”.

En este sentido, y considerando que el rol del Estado debe apuntar a entregar igualdad de oportunidades en el acceso a la salud, sobre todo de la población más vulnerable, surge en 2004, la Ley 19.966, que establece un Régimen de Garantías Explícitas de Salud.

A la fecha, esta Ley contempla 80 patologías, entre las cuales se encuentra la Colecistectomía, la cual fue incluida considerando que el cáncer de vesícula es una enfermedad que puede causar la muerte, especialmente entre las mujeres de nuestro país.

Esta tesis pretende aportar fundamentalmente análisis de información -obtenida de fuentes confiables y oficiales- para la toma de decisiones, sobre la base de la eficiencia y la eficacia del uso de los recursos públicos en la atención de salud por esta patología, considerando factores claves que permitan disminuir las listas de espera y logrando una focalización eficaz de los recursos humanos y económicos.

Para ello se realizará un análisis de la evolución del gasto público en la prestación GES: **“Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en adultos de 35 a 49 años”**, mediante Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad Libre Elección (MLE), de los beneficiarios de FONASA de la Región Metropolitana, entre los años 2006 y 2015.

¹ Constitución Política de Chile. Capítulo III: De los Derechos y Deberes Constitucionales, Artículo 19, inciso 9°.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Descripción del problema

La Reforma de la Salud surge en la década del noventa, a consecuencia de una serie de procesos de reformas sociales iniciados en varios países de América.

En el año 2000, durante el Gobierno del ex Presidente Ricardo Lagos Escobar, se compromete una serie de proyectos, como base jurídica de la reforma, surgiendo, entre otros, el Sistema de Garantías en Salud (GES) más conocido por su sigla preliminar AUGE.

El principal objetivo de esta política pública, es mejorar la salud de las personas a través de mecanismos de equidad, prolongando los años de vida de la población, garantizando acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, especialmente de los grupos más vulnerables.

En el 2004, a través de la Ley 19.966, se establece un Régimen de Garantías Explícitas de Salud. Ese mismo año, se inicia una marcha blanca con 3 problemas de salud, hoy en el 2016 la Ley contempla 80 patologías, que vienen a mejorar la salud de los beneficiarios del sistema público de salud, como los del sistema privado.

Estas patologías fueron priorizadas considerando factores como la frecuencia de los problemas de salud, la gravedad, el costo y el efecto en la calidad de vida de los pacientes.

Dentro de este contexto, y considerando la tasa de mortalidad de la población debido al cáncer a la vesícula, el 2006 se incorpora la patología **“Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en adultos de 35 a 49 años”**.

A casi 10 años de la incorporación de este problema de salud, no se cuenta con investigaciones previas respecto a esta patología, que entregue información permita analizar y comparar la evolución del gasto público mediante las modalidades de atención de FONASA, para la toma de decisiones.

Por lo tanto, considerando la relevancia en el rol que cumplen los administradores públicos en proponer mejoras a las políticas públicas de la administración del Estado, es importante

analizar y determinar la eficiencia y a eficacia en el uso de los recursos públicos, para contribuir con información que permita la toma de decisiones.

Es por ello que se hace necesario realizar un análisis para conocer cuál es la evolución del gasto público, por la atención de los beneficiarios de FONASA por este problema de salud en las dos modalidades de atención -Libre Elección (MLE) o Institucional (MAI)-, considerando que aún persisten personas en listas de espera para resolver su problema de salud.

2. Pregunta de investigación

Dado lo anterior, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la evolución del gasto público en la atención de los beneficiarios de FONASA por problema de salud GES “Colecistectomía”, a través de las modalidades de atención de la salud pública (MAI y MLE), de la Región Metropolitana?**

III. JUSTIFICACIÓN

La salud es un tema social, relevante, sensible, que en ocasiones está condicionado a la solvencia económica de cada persona.

En la actual Constitución² señala que todos los chilenos y chilenas tienen “derecho a la protección en salud” y que el Estado debe “proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” y “garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas”.

Por lo tanto, las políticas públicas en materia de salud, deben apuntar a entregar igualdad de oportunidades en el acceso a la salud, sobre todo de la población más vulnerable.

Dentro de este contexto, el cáncer de vesícula constituye “la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile, y es reconocido como una prioridad de salud pública en el país” (MINSAL, 2010)

De acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud (MINSAL), “la única estrategia viable para alcanzar el objetivo sanitario de reducir la mortalidad por esta causa es la implementación de un programa amplio de prevención secundaria mediante tamizaje de colelitiasis mediante ecotomografía y colecistectomía precoz en población de riesgo, que permita aumentar la proporción de casos que reciben tratamiento con intención curativa en fases incipientes.”

Esta tesis pretende aportar fundamentalmente análisis de información -obtenida de fuentes confiables y oficiales- para la toma de decisiones, sobre la base de la eficiencia y la eficacia del uso de los recursos públicos.

Cabe señalar que, si bien existe una política en materia de salud e instrumentos asociados esta patología, éstos no han sido investigados desde la perspectiva de la evolución del gasto, por lo cual, este análisis le permitiría a los tomadores de decisiones, decidir cuáles son los cursos de acción a seguir para las distintas modalidades de atención de FONASA.

² Constitución Política de Chile. Capítulo III: De los Derechos y Deberes Constitucionales, Artículo 19, inciso 9°.

IV. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Analizar la evolución del gasto público en prestación GES: **“Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en adultos de 35 a 49 años”**, mediante Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad Libre Elección (MLE), de los beneficiarios de FONASA de la Región Metropolitana, entre los años 2006 y 2015.

2. Objetivos específicos

- Cuantificar, analizar y comparar la evolución del gasto público en prestación GES Colecistectomía, de beneficiarios de FONASA mediante MAI, entre los servicios de salud de la Región Metropolitana, según año.
- Cuantificar y analizar la evolución del gasto público en prestación GES Colecistectomía, de beneficiarios de FONASA mediante MLE, por programa de atención (PAD y otros códigos), según año (2006-2015), de la Región Metropolitana.
- Comparar la evolución del gasto público en prestación GES Colecistectomía, de beneficiarios de FONASA mediante MAI y MLE, según año (2006-2015), de la Región Metropolitana.

V. MARCO TEÓRICO

1. La salud pública en Chile

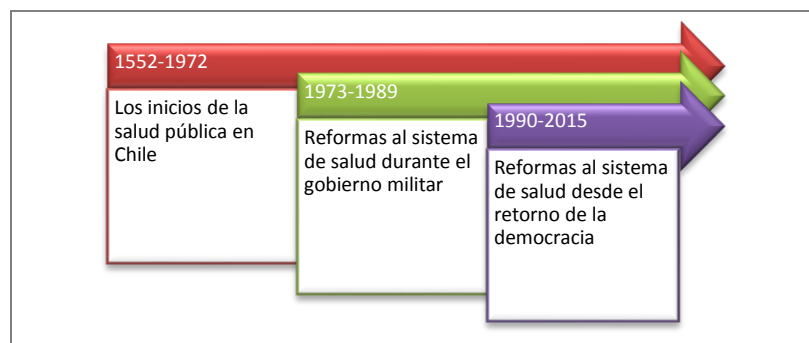
“La medicina en Chile ha seguido un curso dificultoso y prolongado”, llena de contrastes que han formado parte de “grandes épocas” que constituyen el desarrollo histórico de la “medicina universal”. (Cruz-Coke, 1995)

El Estado ha tenido especial preocupación por dar ayuda y apoyo a los habitantes del territorio, en lo que se refiere a la salud, considerando los aspectos sanitarios y de higiene.

A continuación se establece un contexto histórico, separado en tres grandes líneas de análisis:

1. **Los inicios de la salud pública:** Indicando hechos relevantes que han dado inicio a los primeros lineamientos en términos de salubridad, desde la época de La Colonia hasta el inicio del gobierno militar (1973).
2. **Reformas al sistema de salud durante el gobierno militar:** Sintetiza todos los hitos más relevantes basados en un modelo neoliberal, cuya base se fundó en la privatización y las modalidades de libre elección.
3. **Reformas al sistema de salud desde el retorno de la democracia:** Sintetiza todos los cambios generados en las políticas públicas en materia de salud, desde 1990, fecha en la que retorna el sistema democrático a Chile.

Figura 1: La salud pública en Chile



FUENTE: Elaboración propia

Cada uno de estos hitos, muestran parte importante de la historia en materia de salubridad, dado que ha generado cambios relevantes ocurridos en el transcurso de los años.

1.1 Los inicios de la salud pública

La preocupación por la salud en nuestro país, “se remonta desde la época de la Conquista y La Colonia”. En ese periodo, los Cabildos fundan las primeras políticas en materia sanitaria, específicamente relacionadas con la salubridad, control de los alimentos y bebidas, agua potable y medidas preventivas y curativas de la población. El primer hospital fue inaugurado en 1552 por don Pedro de Valdivia. (Miranda, 1990)

De acuerdo al estudio realizado por Ernesto Miranda³, durante La Colonia, se adoptaron diversas medidas sanitarias, sin embargo, éstas “no lograron un impacto en el estado de salud de la población”, ya que las epidemias elevaban las tasas de mortalidad.

En los años siguientes, no hubo acciones sanitarias importantes, hasta 1808 cuando se crea la Junta Central de Vacunas, iniciando un proceso de inmunización.

Durante el gobierno del Presidente José Joaquín Prieto, se crea la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos de Santiago (1932), integrada por todos los directores de hospitales y por cinco ciudadanos designados.

Una década más tarde, en 1842, se funda la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a cargo de “desarrollar la Medicina, estudiar las enfermedades endémicas existentes en Chile y mejorar la higiene pública y doméstica.” (Miranda, 1990)

Por su parte, el Dr. Ricardo Cruz-Coke⁴, sostiene que durante la época de 1881-1891, debido a que las condiciones sanitarias eran deplorables debido a la falta de alcantarillado y agua potable, surgieron grandes epidemias, como la viruela, cólera; y enfermedades como la fiebre tifoidea, tuberculosos y afecciones venéreas (sífilis), las cuales provocaron la muerte a miles de personas.

Esto obligó al gobierno del Presidente Balmaceda, a generar políticas públicas nacionales en salud, enfocadas a la sanidad e higiene de la población, creando el Consejo Superior de Higiene (1889) punto de partida de la historia de la salubridad chilena.

³ Ernesto Miranda, Ingeniero Comercial, Universidad de Chile, Ph. D. en Economía, Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Profesor Programa Interfacultades de Administración de Salud, Universidad de Chile.

⁴ Ricardo Cruz-Coke Madrid, es doctor y académico, miembro de la Academia Chilena de Medicina. Autor de varios textos, entre otros se destaca el libro “Historia de la Medicina Chilena”, Editorial Andres Bello, 1995.

Este Consejo propuso diversos objetivos sanitarios, los que se hicieron efectivos en 1918, con la Ley N° 3.385, que crea de la Dirección de Sanidad por Código Sanitario.

Esta Dirección de Sanidad era equivalente al Ministerio de Salud, dado que controlaba directamente toda la higiene del país.

Durante la Gran Guerra Mundial (1914-1918), Chile se había abierto al mundo europeo, con la apertura del canal de Panamá, la construcción del ferrocarril trasandino (1910) y el ferrocarril de Arica a La Paz, entre otros.

Asimismo, nuestro país estaba desarrollando un proceso de transformaciones sociales y económicas que de una u otra forma, iban a tener un efecto en la evolución de la medicina, existiendo además un significativo aumento en la población.

Al finalizar la guerra en 1918, las reivindicaciones sociales comenzaron a emerger durante el los gobiernos del Presidente Juan Luis Sanfuentes (1915-1920) y Arturo Alessandri Palma (1920-1925), este último encabezó la reforma y modernización del Estado chileno.

Durante esta época, hubo una contribución a la dictación de leyes y decretos, las cuales establecieron la base de la legislación de la medicina social, desde la publicación del primer Código Sanitario (1918), la creación del Ministerio de Higiene Asistencia y Previsión Social (1924) y la ley que establece los principios de la Medicina Preventiva (1938).

En 1958 surgió la preocupación por la protección de los riesgos y consecuencias de accidentes de los trabajadores, por lo cual se fundaron las Mutuales de Seguridad (entidades privadas, sin fines de lucro), consolidándose en 1968, mediante la Ley N° 16.744.

1.2 Reformas al sistema de salud durante el gobierno militar

A partir de 1973, la salud chilena cambió drásticamente, dejando tras sí vestigios que a la fecha aún persisten.

El gobierno militar formuló una serie de reformas al sistema de salud de esa época, aludiendo a los siguientes fundamentos: “lograr equidad en los beneficios: equidad en los aportes para salud; focalización de los subsidios estatales en los sectores de menores ingresos; ampliar la libertad de elección; aplicar el principio de subsidiariedad del Estado;

aumentar la eficacia y establecer sistemas que fueran sensibles (*responsive*) a las necesidades de la población.” (Miranda, 2010)

Estas reformas ocurridas durante este periodo (1973-1989), tienen como base el modelo neoliberal aplicado por la Junta de Gobierno establecida, poniendo énfasis en la descentralización del sistema estatal de salud y la privatización, lo que tendría como fin, “aumentar la libertad de opción en salud para las personas, la eficiencia del sistema de salud y su sensibilidad a las necesidades de las personas.” (Miranda, 1990)

En 1979, mediante el Decreto Ley N° 2763, se reorganiza el Ministerio de Salud y se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Con el fin de “establecer las bases orgánicas de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, que posibilite el efectivo acceso de la población a las acciones de salud, en la forma prevista por la Constitución Política del Estado, y permita el fiel y eficiente cumplimiento de las políticas de salud, como también ejercer la responsabilidad del Estado de redistribuir la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades reales de cada región” (DL 2763, Art. 1°)

Ese mismo año, mediante el DL 2575, se permite el acceso al Sistema de Libre Elección a los beneficiarios legales del Servicio Nacional de Salud.

En 1980, se inicia el proceso de Municipalización de la Atención Primaria de Salud, junto con la creación de los Consultorios.

Al año siguiente, por DFL N° 3 (1981), se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Estas entidades de carácter privado permitirían a las personas elegir libremente su afiliación entre el sistema público o privado.

Finalmente, en 1985 se reorganizó el sector público, con opciones en modalidades de atención institucional y libre elección.

1.3 Reformas al sistema de salud desde el retorno de la democracia

En la década de los noventa, los gobiernos democráticos, focalizaron todos los esfuerzos para recuperar la capacidad productiva de los hospitales públicos, en especial en aquellas

regiones y establecimientos con mayor deterioro de infraestructura y con alta demanda de los grupos más vulnerables. (Mensaje presidencial, 2002)

Sin embargo, estos esfuerzos no fueron suficientes, dado que el modelo institucional alcanzó el límite de capacidad para enfrentar las necesidades de la población en materia de salubridad, reflejando insatisfacción tanto en el sistema público como en el privado.

Las personas exigen mejoría en la cobertura, mejor trato, mayor oportunidad y protección a sus derechos, ya que es inaceptable que fallezca una alta tasa de personas, o que la calidad de vida de la población se vea disminuida, por diversas patologías específicas.

Por lo tanto, la reforma al sistema de salud tiene como objetivo responder a las distintas necesidades y expectativas de la población, rediseñando la institucionalidad vigente.

Los pilares fundamentales de la reforma a la salud, se basan en el derecho a la salud, la equidad, solidaridad, eficiencia en los recursos y participación social.

Estas reformas quedan consolidadas en la promulgación de la Ley 19.966, (2004) que establece un Régimen de Garantías en Salud.

2. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

FONASA es un servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, creada en 1979 mediante el Decreto Ley N° 2763.

Este organismo es el “encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.”

Asimismo, es el continuador y administrador de los derechos y obligaciones de la modalidad de libre elección, del extinto SERMENA y financiamiento de las acciones de salud del desaparecido SNS.

Este organismo público da cobertura de salud sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, n° de cargas familiares ni enfermedades preexistentes. Durante el 2014 ha aumentado la población usuaria a: “13.525.703, con el 91% de los adultos mayores, el 73% de los niños de entre 0 y 4 años y el 80% de las mujeres entre 15 y 34 años. Lo anterior, representa casi el 80% de la población del país.”⁵

Las principales funciones de FONASA son⁶:

- a) Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 33 de la presente ley y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo;
- b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud de la ley N° 18.469, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del régimen de la ley N° 18.469 en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar, en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

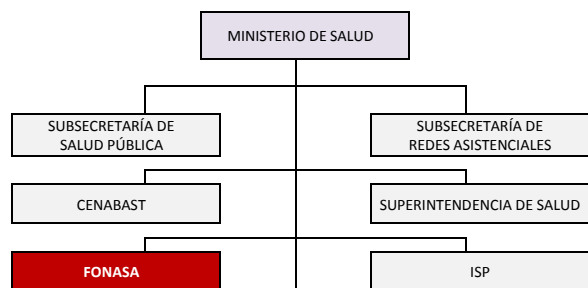
⁵ Extraído del Balance de Gestión Integral 2014, página 5, publicado en www.dipres.cl

⁶ Decreto Ley N° 2763/1979, Artículo 27°.

2.1 Estructura orgánica

De acuerdo al Decreto Ley N° 2763, Artículo 26°, FONASA “dependerá del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales deberá someterse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determina la presente ley.”

Figura 2 Ubicación en la Estructura del Ministerio de Salud



FUENTE: Elaboración propia en base al Balance de Gestión Integrada 2014, publicado en www.dipres.cl

FONASA posee cobertura nacional a través de su Casa Matriz y sus cuatro Direcciones Zonales: Norte, Centro Norte, Centro Sur y Sur.

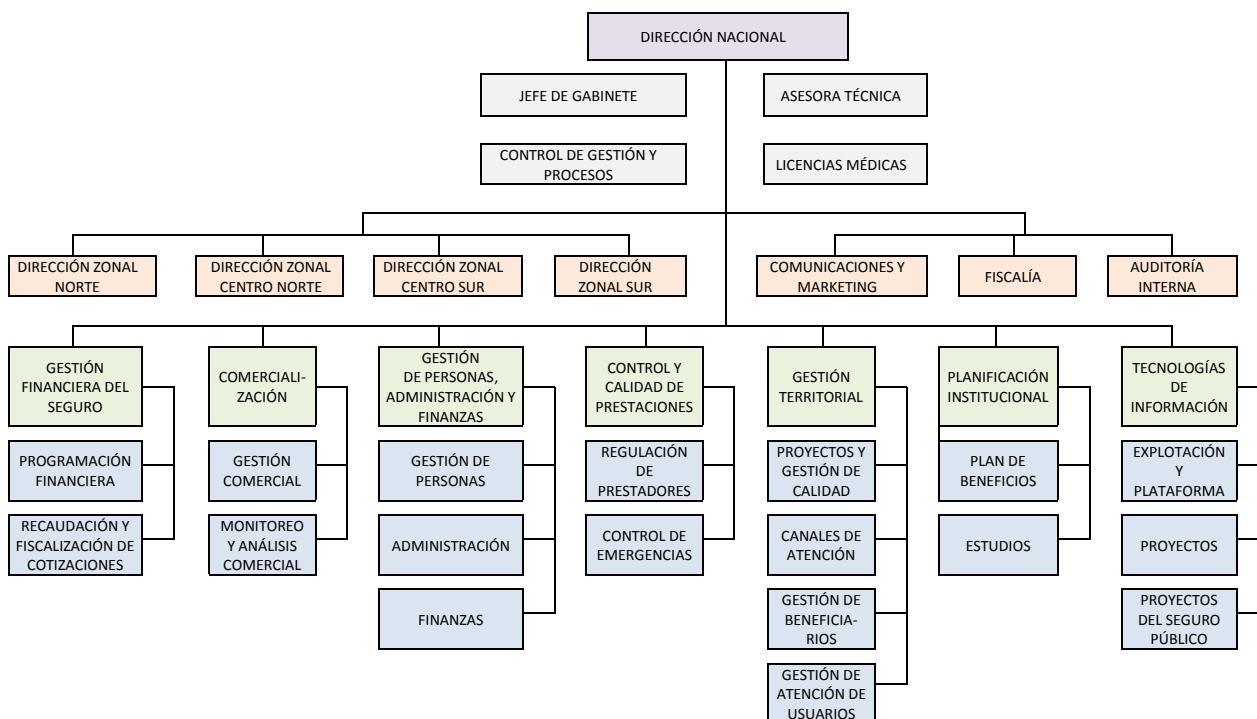
La dotación efectiva⁷ es de 1.182, 814 mujeres y 368 hombres. El personal de planta corresponde a 228 funcionarios y 954 a contrata.⁸ El personal fuera de dotación corresponde a 77 personas, de las cuales 46 son honorarios, 3 suplentes y 28 reemplazos.⁹

⁷ Corresponde al personal permanente del servicio o institución, es decir: personal de planta, contrata, honorarios asimilado a grado, profesionales de las leyes Nos 15.076 y 19.664, jornales permanentes y otro personal permanente afecto al código del trabajo, que se encontraba ejerciendo funciones en la Institución al 31 de diciembre de 2014. Cabe hacer presente que el personal contratado a honorarios a suma alzada no se contabiliza como personal permanente de la institución.

⁸ Extraído del Balance de Gestión Integral 2014, página 38, publicado en www.dipres.cl

⁹ Extraído del Balance de Gestión Integral 2014, página 40, publicado en www.dipres.cl

Figura 3: Organigrama de FONASA



FUENTE: Elaboración propia, en base a organigrama publicado en: www.fonasa.cl 11/02/2016

2.2 Planes de Salud¹⁰

El Plan de Salud de FONASA “especifica los beneficios y prestaciones a que tienen derecho sus asegurados. Es de carácter integral, universal, colectivo, solidario y equitativo, ofreciendo grados crecientes de cobertura y garantías de atención (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) para toda la población asegurada”.

En FONASA “no existen planes de salud diferenciados para sus asegurados. Con independencia de su sexo edad, ingreso o etnia, acceden a los mismos beneficios de un Plan específico de Salud, que incluye el AUGE, sin limitaciones de cobertura por preexistencia y acogiendo a todas las personas, independientes de sus expectativas de riesgo de salud.”

Para que una persona obtenga la condición de asegurado en FONASA “deberá destinar al Seguro Público de Salud el 7% de su remuneración. Sin necesidad de realizar cotizaciones adicionales, el individuo y sus cargas legales quedan protegidos desde un punto de vista financiero y de acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, las personas carentes de

¹⁰ FONASA, Quién es y Cómo funciona, 2011.

recursos o indigentes que acrediten su condición en el FONASA, las personas que reciben Pensiones Asistenciales (PASIS) y los causantes de Subsidio Único Familiar (SUF), tendrán la condición de asegurados del FONASA.”

2.3 Tramos de ingreso

FONASA clasifica a sus beneficiarios en los siguientes tramos A, B, C y D de acuerdo a su ingreso. El tramo de ingreso al que pertenecerá el afiliado, será de acuerdo a su renta imponible y número de cargas, para atención en modalidad institucional.

La siguiente figura presenta la clasificación de los asegurados según sus tramos de ingreso:

Figura 4: Clasificación Asegurados según Tramos (A, B, C o D)

TRAMO A	TRAMO B	TRAMO C	TRAMO D
<ul style="list-style-type: none"> • Indigente o carentes de recursos • Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020) • Gratuidad en sistema público de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$250.000 • Beneficiarios de pensiones • Gratuidad en el Sistema Público y Compra de Bonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$250.001 y Menor o igual a \$365.000 • Bonificación del 90% en sistema público y acceso a compra de bonos • Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo B. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$365.001 • Bonificación del 80% en sistema público y acceso a compra de bonos • Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C.

FUENTE: Elaboración propia en base a los tramos de ingreso 2016 publicada en www.fonasa.cl 11/02/2016

2.4 Modalidades de Atención¹¹

“Para acceder a las prestaciones contempladas dentro del Plan de Salud de FONASA, los asegurados clasificados en los grupos B, C y D podrán elegir atenderse en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), cuya red asistencial es la del Sistema Nacional de Servicios de Salud; y la Modalidad de Libre Elección (MLE), donde la atención es otorgada básicamente por prestadores privados en convenio con el FONASA, o en ambas alternadamente. En el caso de los asegurados del grupo A, deberán atenderse únicamente a través de la MAI.”

¹¹ FONASA, Quién es y Cómo funciona, 2011.

a) Modalidad de Atención Institucional (MAI)

“El acceso a la Modalidad de Atención Institucional es a través de los Consultorios de Atención Primaria, para lo cual el asegurado deberá inscribirse en el establecimiento de atención primaria más cercano a su domicilio o lugar de trabajo. En caso de requerir atenciones de mayor complejidad, las personas son derivadas por el médico tratante desde el consultorio hacia un establecimiento hospitalario de la red.”

b) Modalidad de Libre Elección (MLE)

“El acceso a la Modalidad de Libre Elección es a través de la compra de un bono de atención cuyo valor a pagar por el asegurado o “copago” dependerá del nivel de inscripción del profesional o institución.

Al respecto, existen tres niveles (1, 2 y 3), siendo el primero el nivel más barato y el último el más caro.

El bono de atención se extiende en las sucursales del FONASA y red Chile Atiende, entidades delegadas (Cajas de Compensación de Asignación Familiar CCAF) o directamente en los prestadores en convenio que otorgan la atención frente a la generación de un bono electrónico.”

Dentro de Arancel de Prestaciones que tiene FONASA existe los códigos PAD.

- Pago Asociado a Diagnóstico PAD

“Se entiende por PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), al conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada.

Para acceder a un PAD de la MLE es necesario que el asegurado elija, previa hospitalización, atenderse por este mecanismo, con alguno de los prestadores inscritos para tal efecto.”

Los principales atributos del PAD, desde el punto de vista del asegurado son:

“El PAD tiene un valor único y no tendrá derecho a recargo horario ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador. El beneficiario al acceder a este tipo de prestación (canasta de prestaciones), conoce con anticipación, a la resolución de la patología, el monto a copagar.”

- “No cabe cobro de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por días camas, derecho de pabellón, arsenalera, medicamentos e insumos.”
- “En general el valor del PAD considera tanto la resolución de la patología como además las complicaciones derivadas de ella y el tratamiento de las lesiones iatrogénicas que se produzcan.”

FONASA cuenta en la actualidad con 62 PAD de diferentes patologías, entre ellos se encuentra el PAD Colelitiasis (Código 25.01.001), que permite resolver el problema de prevención de cáncer de vesícula.¹²

VALOR PAD AÑO 2015			
Valor total: \$1.264.960.-	Copago Asegurados: \$632.480.-	Bonificación FONASA: \$632.480.-	% Bonificación: 50%

La siguiente tabla presenta el resumen de pagos por prestación a nivel nacional. Incluye todas las atenciones GES y no GES.

Cuadro 1: Resumen gasto PAD Colelitiasis años 2011-2015

AÑO	CANTIDAD	MONTO TOTAL \$	MONTO COPAGO \$	MONTO F.A.M. \$
2011	9138	10.830.463.000	6.498.259.540	4.332.203.460
2012	9468	11.536.145.490	6.605.865.570	4.930.279.920
2013	11605	14.426.963.230	7.215.250.160	7.211.713.070
2014	12871	16.222.573.320	8.112.143.140	8.110.430.180
2015	2609	3.378.325.100	1.689.172.840	1.689.152.260

En la actualidad FONASA tiene 29 Prestadores inscritos en la MLE con PAD Colelitiasis en la Región Metropolitana.

¹² Documento informativo del Subdepto. Plan de Beneficios – Depto. Planificación Institucional – FONASA 2013

3. Servicios de Salud de la Región Metropolitana

Los Servicios de Salud (SS) son organismos dependientes del Ministerio de Salud, principalmente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, son 29 en todo el territorio nacional, y a quienes les corresponde otorgar, administrar y controlar los recursos económicos y humanos en el acceso a la salud de la población beneficiaria de su jurisdicción.

La Región Metropolitana cuenta 7.252.841 habitantes, de los cuales 3.539.165 son hombres y 3.713.676 mujeres. Tiene 6 Servicios de Salud que abarcan las siguientes comunas y su respectiva población¹³:

Cuadro 2: Servicios de Salud Región Metropolitana

Servicios de Salud Metropolitano	Comunas	N° Habitantes	N° Hombres	N° Mujeres
S.S. M. Norte	Conchalí	93.700	45.817	47.883
	Huechuraba	87.388	42.258	45.130
	Independencia	44.535	20.900	23.635
	Quilicura	257.380	126.837	130.543
	Recoleta	111.110	54.668	56.442
	Colina	128.549	66.803	61.746
	Lampa	77.173	39.593	37.580
	Tiltil	16.501	8.402	8.099
S.S. M. Occidente	Cerro Navia	122.936	58.937	63.999
	Lo Prado	83.081	40.345	42.736
	Pudahuel	296.569	145.328	151.241
	Quinta Normal	77.471	38.126	39.345
	Renca	124.211	61.23	62.981
	Melipilla	109.070	54.490	54.580
	Alhué	4.602	2.387	2.215
	Curacaví	31.492	15.726	15.766
	María Pinto	12.020	5.833	6.187
	San Pedro	8.027	4.395	3.632
	Talagante	83.762	40.915	42.847
	El Monte	32.358	16.294	16.064
	Isla de Maipo	33.597	16.643	16.954
	Padre Hurtado	53.645	27.148	26.497
	Peñaflor	93.184	45.438	47.746
S.S. M. Central	Santiago	144.262	73.944	70.318
	Cerrillos	61.357	30.162	31.195
	Estación Central	100.767	51.736	49.031
	Maipo	1.062.494	519.473	543.021
S.S. M. Oriente	La Reina	91.508	42.805	48.703
	Las Condes	296.515	134.371	162.144
	Lo Barnechea	125.302	53.879	71.423
	Macul	88.285	42.017	46.268
	Nuñoa	133.363	60.474	72.889
	Peñalolén	253.233	124.105	129.128
	Providencia	126.111	59.853	66.258

¹³ Información elaborada por el Subdepto. Gestión Comercial – Departamento Comercialización - FONASA

Servicios de Salud Metropolitano	Comunas	N° Habitantes	N° Hombres	N° Mujeres
	Vitacura	76.065	32.784	43.281
	Isla de Pascua	5.726	2.880	2.846
S.S. M. Sur	El Bosque	158.447	78.189	80.258
	La Cisterna	63.727	30.380	33.347
	Lo Espejo	90.011	44.334	45.677
	Pedro Aguirre Cerda	81.493	39.636	41.857
	San Joaquín	67.138	32.688	34.450
	San Miguel	65.479	32.002	33.477
	San Bernardo	331.116	162.378	168.738
	Buín	75.808	37.426	38.382
	Calera de Tango	30.980	15.274	15.706
	Paine	70.863	35.483	35.380
	S.S. M. Sur Oriente	La Florida	392.456	196.087
La Granja		114.932	55.518	59.414
La Pintana		199.590	99.930	99.660
San Ramón		76.350	37.215	39.135
Puente Alto		846.169	414.798	431.371
Pirque		26.544	13.147	13.397
San José de Maipo		14.389	7.684	6.705

FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

4. Ley N° 19.966, Establece un Régimen de Garantías de Salud

De acuerdo al Artículo 1º, el Régimen General de Garantías en Salud “es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley N°18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país.”

En esta ley se establecen las “prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios”.

Estas políticas en salud, contienen las Garantías Explícitas en Salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, que a la fecha corresponden a 80 patologías.

4.1 Antecedentes generales de la Ley N° 19.966

El primer trámite constitucional surge con el Mensaje del Ejecutivo¹⁴, el 22 de mayo de 2002, enviado a la Honorable Cámara de Diputados.

En este mensaje, se detallan antecedentes históricos, señalando la evolución de las políticas en salud, desde la década de los cincuenta, ochenta, noventa y la situación actual (al 2002).

De acuerdo a este documento, era “inaceptable que cada año mueran 2.000 mujeres de cáncer a la vesícula, enfermedad también prevenible y que 1.600 de ellas sean pobres y de baja instrucción.” (Mensaje del Ejecutivo, pág. 9)

El proyecto de ley enviado con urgencia calificada de “simple” se fundamenta en la necesidad del derecho a la salud, equidad y solidaridad en salud, y eficiencia en uso de recursos que permita mejorar las prestaciones para la sociedad chilena.

Los fundamentos sociales y sanitarios se establecieron dadas las expectativas de la población cada vez más educada y consciente de sus derechos, el perfil epidemiológico del

¹⁴ Mensaje N° 1-347, 22-05-2002, enviado a la Cámara de Diputados (www.bcn.cl)

país y los cambios demográficos que son consecuencia de envejecimiento de las personas y los cambios de hábitos de vida.

La Cámara de Diputados despachó la iniciativa el 15 de enero de 2003, iniciándose su tramitación en el Senado el 21 del mismo mes.

Con fecha 6 de agosto de 2004, el Senado aprueba el proyecto de ley sobre el establecimiento de un Régimen de Garantías en Salud e informa modificaciones por medio de Oficio a Cámara de Diputados.

La Cámara de Diputados, el 10 de agosto de 2004 aprueba las enmiendas propuestas por el Senado y comunica al Presidente de la República el proyecto de ley aprobado.

La Ley N°19.966 fue publicada en el Diario Oficial el 3 de septiembre de 2004 y promulgada el 25 de agosto de 2004 y publicada el 03 de septiembre de 2004.

4.2 Garantías Explícitas en Salud

De acuerdo al Artículo 1° de la Ley 19.966, el Régimen General de Garantías en Salud “es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N°18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país.”

El Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), también conocido como el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), es “un Programa Integral de Salud, que prioriza un grupo de patologías que beneficia a todos los asegurados de FONASA e Isapres, garantizándoles por Ley, acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financiera, en las 80 enfermedades incluidas y con derechos exigibles, independiente si es afiliado del sistema público o privado de salud.”¹⁵

En otras palabras, las GES corresponden a un conjunto de derechos y beneficios que son garantizados a través de la ley, para todos los/as beneficiarios/as tanto de FONASA como de ISAPRES.

Actualmente, las GES son cuatro: Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera.

¹⁵ Extraído de la página de FONASA, auge.fonasa.cl (05/01/2016)

En la Figura N° 2, se esquematizan las cuatro Garantías Explícitas de Salud:

Figura 5: Garantías Explícitas de Salud



FUENTE: Elaboración propia

a) Garantía de Acceso

De acuerdo a la ley, corresponde a una obligación de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud a los beneficiarios/as, es decir, que toda persona beneficiaria tendrá “derecho a acceder a un establecimiento de Atención Primaria de Salud y ser atendido con el fin de constatar la existencia de una enfermedad asociada a algún Problema de Salud garantizado y en algunos casos recibir tratamiento de un Problema de Salud GES en dicho establecimiento¹⁶”.

Cabe señalar que la ley establece la obligatoriedad de FONASA y de las ISAPRES de asegurar a sus beneficiarios/as las prestaciones de salud garantizadas.

b) Garantía de Oportunidad

Esta garantía, exige el cumplimiento y fijación de los plazos para las prestaciones de salud garantizadas, considerando tiempos de espera previamente fijados en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, considerados en la atención del problema de salud garantizado.

De acuerdo a la ley, dicho plazo considerará el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda, salvo en casos de fuerza mayor, fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario/a.

¹⁶ FONASA, Boletín AUGÉ, Estadísticas a Junio de 2015, Edición 1. www.fonasa.cl

c) Garantía de Calidad

Indica que el prestador que proporciona las atenciones de salud, ha cumplido con estándares de calidad en su gestión diaria con lo cual se haya acreditado.

A contar del 1 de julio 2013, “la garantía de calidad se entiende cumplida, si todos los profesionales y técnicos de la salud que brinden atención AUGE están inscritos en el Registro de Prestadores Individuales que administra la Superintendencia de Salud.”¹⁷

d) Garantía de Protección Financiera

Es el valor que el asegurado paga por las prestaciones AUGE, existiendo un máximo pago anual a los beneficiarios, por consumos de prestaciones de salud garantizadas por él o sus cargas familiares, considerando la renta y el número de siniestros GES.

Fonasa contempla la cobertura del 100% de los costos, para los/as beneficiarios/as de los tramos A y B. Para los tramos C y D la cobertura es de 90% y 80%, respectivamente.

4.3 Patologías garantizadas AUGE

La incorporación de las patologías garantizada AUGE, consideró varios factores de priorización, entre ellos se pueden señalar¹⁸:

- El proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población chilena, como consecuencia del progresivo envejecimiento de ésta, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo.
- El perfil epidemiológico de Chile donde coexisten, por una parte, enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada.

Actualmente, se contemplan 80 patologías incluidas en el AUGE, de las cuales 14 corresponden a tratamientos de diversos cánceres, entre ellos, el cáncer a la vesícula.

¹⁷ Extraído de la página de FONASA, auge.fonasa.cl (05/01/2016)

¹⁸ Decreto 1, de 2010 del Ministerio de Salud

5. Cáncer de Vesícula Biliar

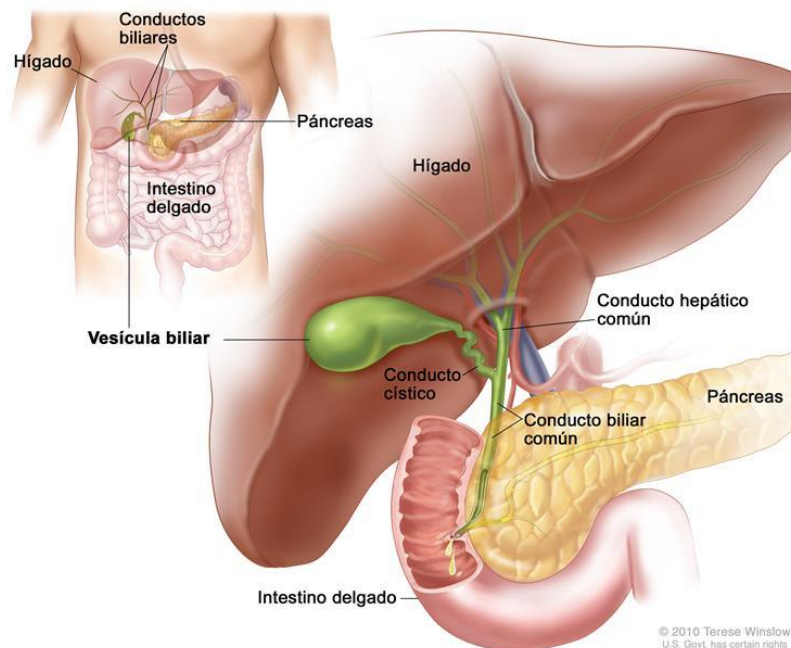
El Instituto Oncológico FALP (Fundación Arturo López Pérez) establece que “el cáncer de vesícula biliar es una enfermedad en la que se desarrollan células malignas (cancerosas) en los tejidos de la vesícula biliar (órgano situado por debajo del hígado, en la parte superior derecha del abdomen. Almacena la bilis, una secreción elaborada por el hígado para digerir la grasa).”

“La vesícula biliar se comunica con el intestino a través de un conducto llamado conducto cístico, el que desemboca en el conducto biliar principal. El conducto biliar principal conecta el hígado con el intestino (duodeno) y conduce la bilis secretada por el hígado hacia el intestino.”

“La pared de la vesícula biliar tiene tres capas principales de tejido: Capa de mucosa (interna); Capa muscularis (media, muscular); Capa serosa (externa).”

“Entre estas capas se encuentra tejido conjuntivo de sostén. El cáncer primario de la vesícula biliar comienza en la capa más interna y se disemina a través de las capas externas mientras crece.”

Figura 6: Cáncer de la Vesícula Biliar



FUENTE: Imagen extraída de la página web: <http://www.oncologiadigestiva.cl/>, fecha 25.05.2016

De acuerdo a la FALP “El cáncer de la vesícula biliar es la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Chile.”¹⁹

Esta afirmación coincide con lo establecido el Ministerio de Salud, que afirma que “el cáncer de vesícula constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile, y es reconocido como una prioridad de salud pública para el país.”²⁰

5.1 Frecuencia y pronóstico:

“Chile posee una de las mortalidades más altas por Cáncer de Vesícula del mundo. Autores nacionales han puesto en relieve el aumento sostenido en las tasa de mortalidad por este cáncer en las últimas tres décadas. La tasa de mortalidad varía significativamente según sexos y grupos de edad. En todos los grupos de edad la mortalidad afecta en mucho mayor proporción a mujeres que a hombres. En el grupo de mujeres menores de 40 años la tasa es de 3,5/100.000 habitantes, mientras en los hombres de la misma edad apenas alcanza a 0,5/100.000 habitantes. En el grupo de 40 a 49 años, la tasa en las mujeres aumenta 7 veces y luego continúa duplicándose en cada decenio hasta alcanzar su máximo entre los 70 a 79 años. En el sexo femenino ha llegado a ser la primera causa de mortalidad por tumores malignos y en los hombres se ubica en el cuarto lugar por detrás del cáncer gástrico, pulmonar y de próstata.” (MINSAL, 2010)

5.2 Factores de Riesgo:

“Se ha identificado la presencia de colelitiasis como el principal factor de riesgo en pacientes que desarrollaron cáncer 20 años más tarde y en estos casos, un cálculo mayor de 3 cm se asocia a un riesgo 10 veces mayor que cálculos menores de 1 cm. Un 90% de los CaV se asocia a colelitiasis. Es importante tener presente que el aumento de la mortalidad por CaV en nuestro país ha sido acompañada por una disminución sostenida de la tasa de colecistectomía en los últimos 30 años. Entre los restantes factores de riesgo identificados los más importantes son el sexo femenino, la edad y la raza. También influyen la obesidad, la multiparidad, y la exposición a algunos agentes ambientales.” (MINSAL, 2010)

¹⁹ Extraído de la página web: <http://www.falp.cl/>, fecha 25-05-2016.

²⁰ Ministerio de Salud, Guía Clínica Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años, 2010.

5.3 La Colelitiasis como factor de riesgo de Cáncer Vesicular:

La colelitiasis es una enfermedad conocida como cálculos biliares o litiasis biliar, ya que contempla la formación de cálculos (o piedras) en las vías biliares.

“La enfermedad litiásica vesicular es un problema de alta prevalencia en Chile. Las mujeres chilenas se encuentran entre las de más alto riesgo de desarrollar litiasis vesicular en el mundo, con una prevalencia de alrededor de 50% en el grupo de edad media. La etnia mapuche tiene mayor incidencia que la población mestiza. Tal como el CaV, la colelitiasis es más frecuente en el sexo femenino y aumenta con la edad. Un estudio de prevalencia de litiasis realizado en Chile en sujetos de 20 años y más encontró una prevalencia de 13,1% en hombres y de 36,7% entre las mujeres. Hay datos que sugieren además que la prevalencia ha aumentado en el tiempo.” (MINSAL, 2010)

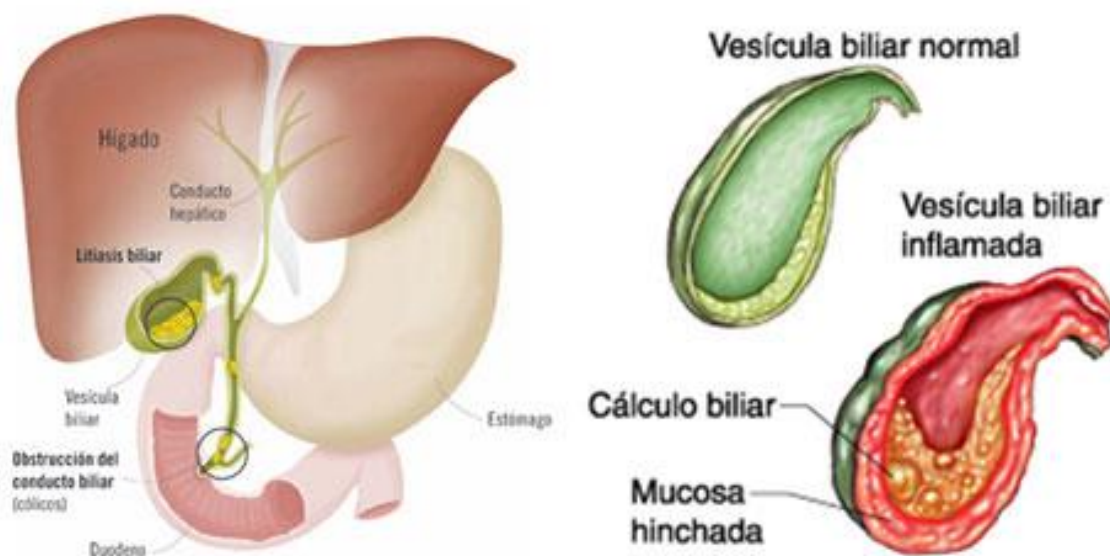
“Es sabido que en la población portadora de litiasis no todos los pacientes desarrollan síntomas, cólico biliar, o complicaciones de ella, y un porcentaje permanece asintomático (aproximadamente un 45% en estudios nacionales con seguimiento a 10 años). A la vez, en muchas mujeres jóvenes la litiasis se hace sintomática en un plazo más breve, obligando a una operación más precoz, y se ha observado que la litiasis de los hombres debuta con mayor frecuencia con complicaciones agudas (colecistitis aguda, coledocolitiasis).” (MINSAL, 2010)

“Por lo tanto, un aumento de la tasa de colecistectomía no solo podría prevenir el cáncer sino que también disminuir las complicaciones inflamatorias de la enfermedad litiasica, colecistitis aguda, coledocolitiasis, pancreatitis, entre otros, con el consiguiente impacto en la morbilidad de estas patologías, y sobre los gastos que ellas producen y su impacto social, familiar y laboral.”²¹

“Los pacientes portadores de colelitiasis deben ser sometidos a **colecistectomía**, en especial aquellos con cálculos ≥ 3 cm o volumen de cálculos >10 ml y/o pólipos ≥ 1 cm.” (MINSAL, 2010)

²¹ Ministerio de Salud, Guía Clínica Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años, 2010.

Figura 7: Colelitiasis



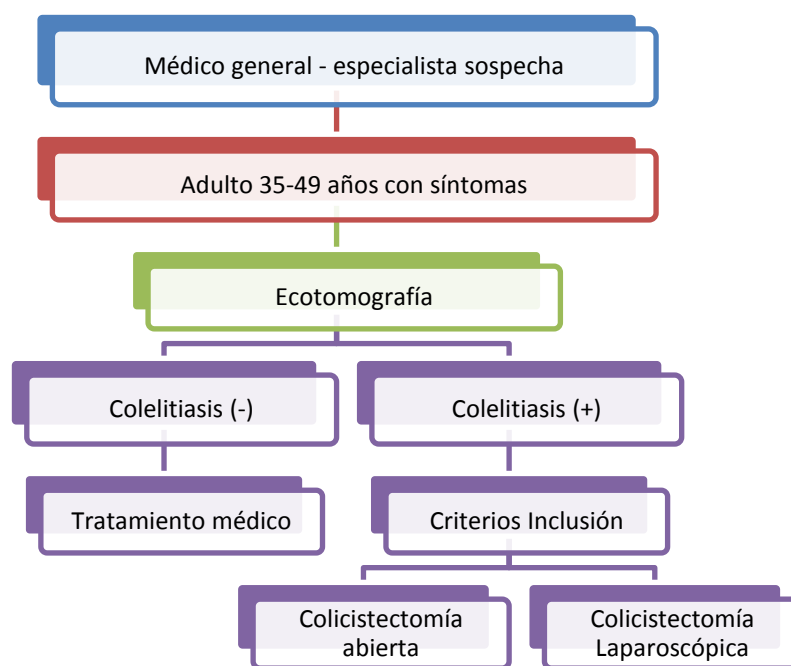
FUENTE: Imagen extraída de la página web: <http://www.oncologiadigestiva.cl/>, fecha 25.05.2016

5.4 Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años²²

De acuerdo al Decreto 1, de 2010 del Ministerio de Salud, la colectomía “es la extirpación de la vesícula en personas con cálculos vesiculares y de vías biliares, principal factor de riesgo del cáncer vesicular en Chile, la cual realizada en forma preventiva disminuye la mortalidad por esta causa.”

La figura muestra de forma esquemática el flujograma del proceso:

Figura 8: Flujograma de la patología Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula



FUENTE: Elaboración propia en base a Guía Clínica Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años, MINSAL 2010.

1) *Patologías incorporadas*

Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Cálculo de la vesícula biliar con colestitis aguda
- Cálculo de la vesícula biliar con otra colestitis
- Cálculo de la vesícula biliar sin colestitis

²² Superintendencia de Salud. Página web: www.supersalud.gob.cl. Fecha 22-05-2016.

- Cálculo (impactado) del conducto cístico, no especificado o sin colecistitis
- Cálculo (impactado) de la vesícula biliar no especificado o sin colecistitis
- Colecistolitiasis no especificada o sin colecistitis
- Colelitiasis no especificada o sin colecistitis
- Cólico (recurrente) de vesícula biliar no especificado o sin colecistitis
- Cálculo de conducto biliar con colangitis
- Cálculo de conducto biliar con colecistitis
- Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis
- Cálculo biliar (impactado) del colédoco, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- Cálculo biliar (impactado) de conducto biliar sai, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- Cálculo biliar (impactado) del conducto hepático, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- Colédocolitiasis no especificada o sin colangitis o sin colecistitis
- Colelitiasis hepática no especificada o sin colangitis o sin colecistitis
- Cólico hepático (recurrente) no especificado o sin colangitis o sin colecistitis

2) Garantía de acceso

Todo Beneficiario entre 35 y 49 años:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

3) Garantía de oportunidad

Diagnóstico: Confirmación: dentro de 30 días desde la sospecha.

Tratamiento: Intervención Quirúrgica: dentro de 90 días desde confirmación diagnóstica.

4) Garantía de protección financiera

- Fonasa A y B Copago = \$ 0 (del Valor de Arancel)
- Fonasa C tiene Copago = 10% del Valor de Arancel

VI. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de Investigación

Esta investigación es **exploratoria-descriptiva**, basada en la información documental y estadística levantada del objeto de estudio, y se centrará en describir, analizar y cuantificar la evolución del gasto público de las distintas modalidades de atención de FONASA para la atención por colecistectomía en los beneficiarios de la Región Metropolitana.

De acuerdo a la metodología de la investigación²³ presentada por destacados autores, los estudios exploratorios “se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Por su parte, los estudios descriptivos consisten en “describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan... es decir, miden, evalúan y recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

2. Variables de investigación

Las variables de investigación son “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Considerando esta definición, para el desarrollo de esta investigación, se analizará la evolución del Gasto Público en prestación GES Colecistectomía, en 10 años del AUGE, de beneficiarios de FONASA de la Región Metropolitana mediante la modalidad MAI y MLE.

²³ Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista Lucio, P. *Metodología de la Investigación*. 4ª ed. (México D.F, 2006), pág. 100 y 102.

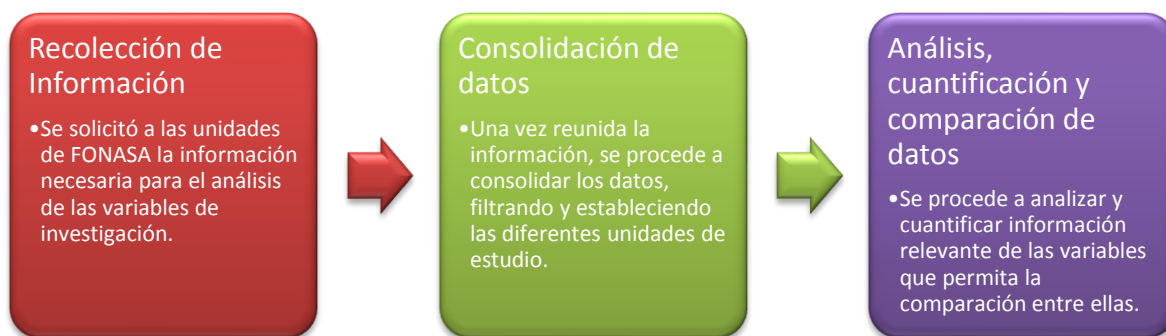
3. Unidad de análisis y/o estudio

El análisis de la información, se centrará en el gasto público efectuado por FONASA, mediante MAI y MLE en prestación GES: **“Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en adultos de 35 a 49 años”**, de la Región Metropolitana, entre los años 2006 y 2015.

Los datos estadísticos serán obtenidos de las áreas especializadas de FONASA, considerando su validez y disponibilidad al momento de su levantamiento.

Para realizar el análisis de exploración y descripción de la evolución del gasto público, se utilizó la siguiente metodología de trabajo:

Figura 9: Metodología de Trabajo



FUENTE: Elaboración propia

VII. DESARROLLO

La evolución del gasto público en materia de salud, requiere un análisis cuantitativo y cualitativo, dado que los recursos presupuestarios ejecutados deben reflejar resultados con impacto social, es decir, la ejecución del gasto público debe ser eficiente y eficaz, logrando mejorar la calidad de vida de las personas a corto, mediano y largo plazo.

En el caso de la atención por Colectectomía, se realizará un análisis de la evolución del gasto público mediante dos tipos de atención: Modalidad Atención Institucional (MAI) y Modalidad Libre Elección (MLE).

A continuación, se realizará el análisis desde tres perspectivas:

- **Análisis de atención por Colectectomía mediante MAI, por año y Servicio de Salud (SS):** Este análisis contempla la evolución del gasto 2006-2015 de pacientes atendidos por Colectectomía, mediante la MAI. Se considerará también el número de pacientes y total de recursos gastados por cada año el periodo en estudio y por cada Servicio de Salud de la Región Metropolitana.
- **Análisis de atención por Colectectomía mediante MLE, por año y tipo de Programa:** Este análisis contempla la evolución del gasto 2006-2015 de pacientes atendidos por Colectectomía, mediante la MLE, considerando el número de pacientes y total de gasto efectuado por año y por modalidad (PAD u otros programas).
- **Análisis comparativo de MAI y MLE:** Se realizará un análisis cualitativo y cuantitativo de ambas modalidades, esquematizando la información de manera gráfica, lo que permitirá observar comparativamente la evolución del gasto entre los distintos años, Servicios de salud y en el caso de MLE, por modalidad de atención.

En dichos análisis, se presentarán los resultados arrojados de bases de datos de FONASA, con información desde el año 2006 al 2015, de la Región Metropolitana.

1. Análisis de atención mediante Modalidad Atención Institucional (MAI)

Mediante la modalidad MAI, desde el año 2006 al año 2015, se han atendido por colecistectomía un total de **39.671 beneficiarios GES** en la Región Metropolitana.

En promedio, durante todo el periodo en estudio, se han beneficiado a 3.967 personas por año y 6.612 por Servicio de Salud Metropolitano.

El total de atenciones ha significado un gasto público correspondiente a M\$ 19.747.208, siendo un promedio anual de gasto de M\$1.974.721.-

Los siguientes cuadros, muestran la información desagregada por año y por Servicio de Salud, de número de beneficiarios atendidos por Colecistectomía, mediante MAI, de la Región Metropolitana y el gasto público asociado:

Cuadro 3: Beneficiarios atendidos por Colecistectomía, MAI, según año y SS

AÑO	SERVICIOS DE SALUD REGIÓN METROPOLITANA						TOTAL
	ORIENTE	CENTRAL	SUR	NORTE	OCCIDENTE	SUR ORIENTE	
2006	465	350	640	195	430	610	2.690
2007	600	550	750	425	800	650	3.775
2008	563	460	948	549	1.183	667	4.370
2009	538	425	874	573	1.028	619	4.057
2010	620	344	279	725	796	525	3.289
2011	706	418	384	1.035	1.307	730	4.580
2012	697	344	558	913	1.262	739	4.513
2013	599	357	719	456	881	790	3.802
2014	514	479	979	628	977	628	4.205
2015	558	551	900	406	908	1.067	4.390
TOTAL	5.860	4.278	7.031	5.905	9.572	7.025	39.671

FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

Cuadro 4: Gasto (M\$) en atenciones por colecistectomía, MAI, según año y SS

AÑO	SERVICIOS DE SALUD REGIÓN METROPOLITANA						TOTAL
	ORIENTE	CENTRAL	SUR	NORTE	OCCIDENTE	SUR ORIENTE	
2006	173.682	130.729	239.046	72.834	160.609	227.841	1.004.742
2007	231.948	212.619	289.935	164.297	309.264	251.277	1.459.340
2008	226.787	185.297	381.873	221.148	476.536	268.681	1.760.322
2009	230.151	181.811	373.888	245.124	439.768	264.802	1.735.544
2010	269.210	149.368	121.144	314.802	345.631	227.960	1.428.115
2011	332.979	197.146	181.111	488.148	616.432	344.296	2.160.112
2012	423.003	208.770	338.645	554.090	765.894	448.490	2.738.892
2013	358.131	211.812	428.581	278.157	530.882	482.625	2.290.188
2014	304.814	285.083	578.836	371.353	578.002	372.467	2.490.555
2015	339.911	340.170	548.697	247.735	552.396	650.489	2.679.399
TOTAL	2.890.616	2.102.805	3.481.755	2.957.689	4.775.415	3.538.928	19.747.208

FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

1.1 Análisis MAI, según año de atención

El comportamiento ha ido presentando una evolución distinta del gasto durante los años del periodo en estudio (2006-2015), registrándose el número más bajo durante el 2006, con 2.690 beneficiarios atendidos, mientras que el año 2011, se incrementó el número de atenciones en un 70%, alcanzando el número de atenciones más alto del periodo (4.580).

Cabe señalar que dentro del periodo, durante el año 2010, el número de atenciones por Colectectomía tuvo una caída del 19% respecto al año anterior.

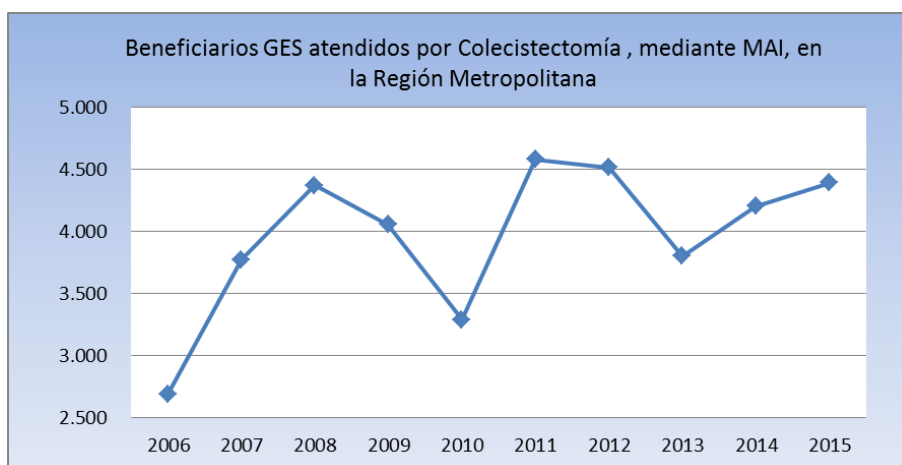
Este mismo año, fue anunciado en el Discurso del 21 de mayo, por el ex Presidente de la República don Sebastián Piñera Echenique, la implementación del Bono Auge para resolver aquellas garantías de oportunidad que no habían sido otorgadas.

Se lleva a cabo en FONASA un plan piloto en el último trimestre del año 2010, y desde el 01 de enero de 2011, entra en funcionamiento para regular todos los problemas de Salud garantizados.

Este hito puede influir en los resultados, tanto de número de pacientes beneficiados, como del gasto público efectuado durante el 2011, mediante la modalidad MAI, en la Región Metropolitana.

El Gráfico 1 muestra el comportamiento del número de beneficiarios GES, atendidos en colectectomía en la Región Metropolitana mediante la MAI.

Gráfico 1: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MAI, según año



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

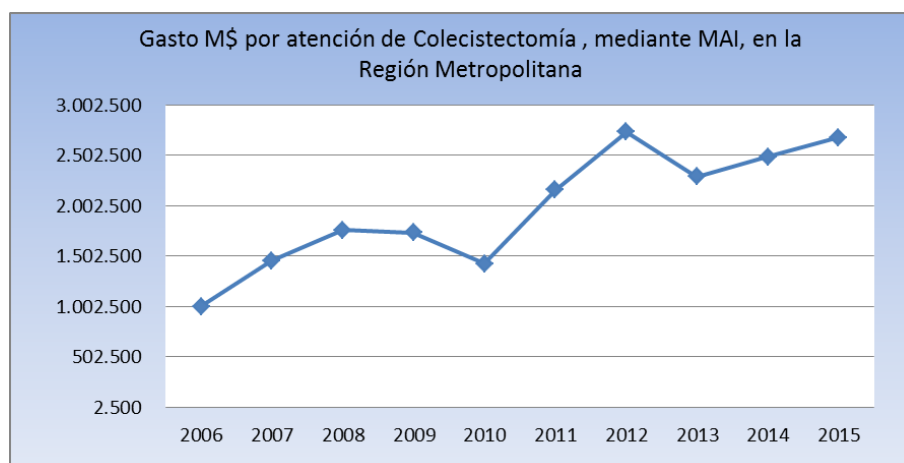
Respecto al gasto público, al igual que los resultados por año, el comportamiento ha tenido una evolución distinta cada año, mostrando un alza de un 137% comparando el año 2006 con el 2015.

El menor gasto se registró durante el 2006 (M\$ 1.004.742) en beneficiarios atendidos. Por su parte, el año 2012, se registró el mayor gasto (M\$ 2.738.892) en atenciones a beneficiarios, mediante la MAI.

El promedio anual de gasto es de M\$ 1.974.721, considerando el periodo 2006-2015.

El Gráfico 2 muestra el comportamiento del gasto en M\$ en atenciones en colecistectomía mediante la MAI.

Gráfico 2: Gasto (M\$) en atención por Colecistectomía, MAI, según año.



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

1.2 Análisis MAI, según Servicio de Salud (SS)

Respecto a la desagregación territorial de la Región Metropolitana, el Servicio de Salud Central (comunas de Santiago, Cerrillos, Estación Central y Maipú), es el que registra el menor número de beneficiarios atendidos por colecistectomía (4.278), lo cual constituye un 11% del total de la región.

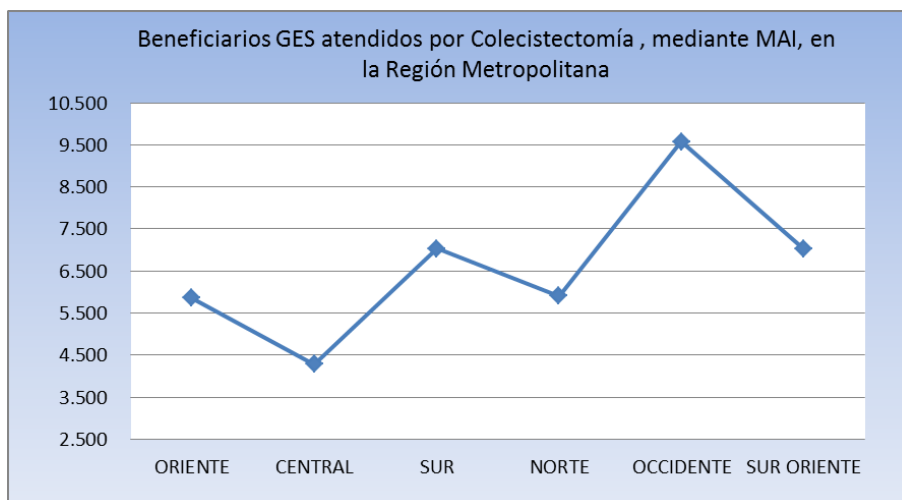
Cabe señalar que el Servicio Salud Occidente, es el que registra mayor cantidad de atenciones (9.572), seguido por el Sur (7.031) y Sur Oriente (7.025).

En promedio, el Servicio Salud Occidente registra 957 atenciones anuales, superando ampliamente al Servicio Salud Central, que en promedio alcanza 428 atenciones anuales.

Es importante señalar que el Servicio de Salud Occidente, atiende a pacientes de 15 comunas, mientras que el Servicio de Salud Central, 4 comunas, lo cual puede tener una incidencia en los datos registrados.

El Gráfico 3, presenta la desagregación territorial, según Servicio de Salud, por atención de beneficiarios por colecistectomía, en la Región Metropolitana.

Gráfico 3: Beneficiarios atendidos por Colecistectomía, MAI, según SS



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

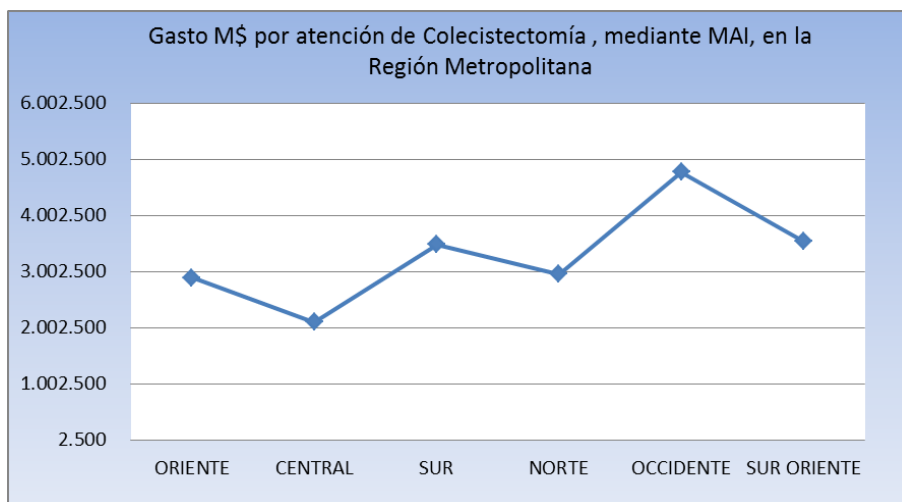
Respecto a la desagregación territorial, al igual que el análisis del número de atenciones, el sector central es el que registra el menor gasto en atenciones colecistectomía (M\$ 2.102.805), lo cual constituye un 11% del total de la Región Metropolitana.

Cabe señalar que el sector occidente, es el que registra mayor cantidad de atenciones (9.572) y mayor gasto (M\$ 4.775.415).

En promedio, el sector occidente registra un gasto anual de M\$ 477.542.- por concepto de atenciones anuales, superando ampliamente al sector central, que en promedio alcanza un gasto de M\$ 210.280.

El Gráfico 4, presenta la desagregación territorial del gasto, según Servicio de Salud por atención de beneficiarios por colecistectomía, en la Región Metropolitana.

Gráfico 4: Gasto (M\$) en atención por Colecistectomía, MAI, según SS



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

2. Análisis de atención mediante Modalidad Libre Elección (MLE)

Mediante la modalidad MLE, desde el año 2006 al año 2015, se han atendido por colecistectomía un total de **48.422 beneficiarios** en la Región Metropolitana.

El total de atenciones ha significado un gasto público correspondiente a M\$ 12.572.114.

Cabe hacer presente, que los beneficiarios de FONASA pueden acceder a la Modalidad de Libre Elección a través de la compra de un bono de atención cuyo valor a pagar por el asegurado o “copago” dependerá del nivel de inscripción del profesional o institución.

Asimismo, se debe considerar que dentro del arancel de prestaciones que tiene FONASA, existen –entre otros programas- el PAD.

Considerando lo anterior, el siguiente cuadro muestra la información desagregada del número de beneficiarios atendidos por Colecistectomía y el gasto público, mediante MLE, según año y programa de atención (PAD y otros), de la Región Metropolitana:

Cuadro 5: Beneficiarios y Gasto (M\$) en atenciones por Colecistectomía, MLE, según año

AÑO	PAD ²⁴		OTROS PROGRAMAS ²⁵		TOTAL	
	Nº	GASTO M\$	Nº	GASTO M\$	Nº	GASTO M\$
2006	748	742.490	3.117	212.897	3.865	955.386
2007	719	736.060	3.347	255.714	4.066	991.774
2008	761	805.191	3.520	275.842	4.281	1.081.033
2009	667	753.161	3.458	302.227	4.125	1.055.388
2010	593	687.442	3.976	368.282	4.569	1.055.724
2011	844	999.463	4.275	400.764	5.119	1.400.226
2012	674	820.734	5.022	508.487	5.696	1.329.221
2013	862	1.070.619	5.846	646.645	6.708	1.717.264
2014	717	902.528	4.320	502.587	5.037	1.405.115
2015	867	1.121.331	4.089	459.651	4.956	1.580.982
TOTAL	7.452	8.639.019	40.970	3.933.095	48.422	12.572.114

FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

²⁴ Se entiende por PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), al conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada.

²⁵ Incluye los códigos: 1802028 (Colecistectomía c/s colangiografía operatoria); 1802081 (Colecistectomía por videolaparoscopia, proc. Completo) y 1802029 (Colecistectomía y coledocostomía (sonda T y colangiografía postoperatoria) c/s colangiografía operatoria).

2.1 Análisis MLE, según año de atención

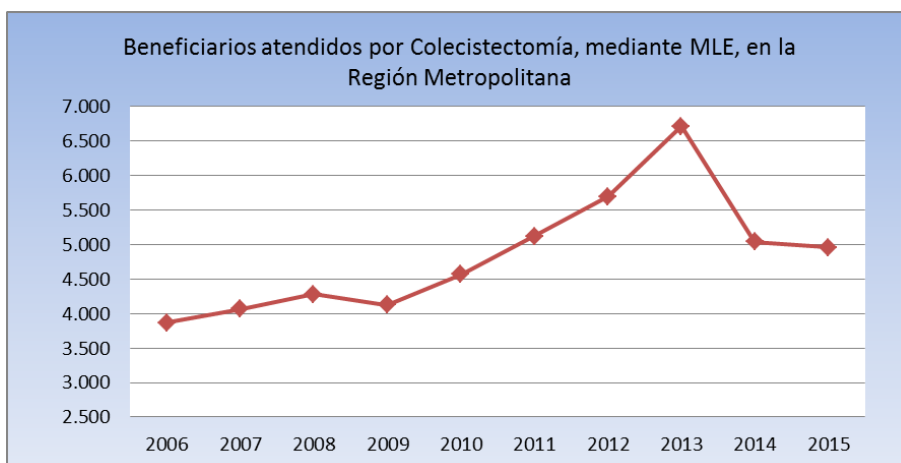
Las atenciones mediante MLE registran un aumento durante el periodo, aumentando el número de atenciones entre el 2010 y 2013, bajando abruptamente durante el 2014.

El 2006 registró el menor número de atenciones (3.865), mientras que el 2013, 6.708 personas recibieron atención mediante esta modalidad, lo que implica un incremento de un 42%.

El promedio de beneficiarios, considerando el periodo 2006-2015, es de 4.842 atenciones anuales.

El Gráfico 5 muestra el comportamiento del número de beneficiarios, atendidos por colecistectomía, mediante MLE en la Región Metropolitana.

Gráfico 5: Beneficiarios atendidos por Colecistectomía, MLE, según año



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

Respecto al gasto público, los resultados presentan un comportamiento levemente ascendente durante los años 2006 al 2008. Esta situación se revierte durante los años 2009-2010, produciéndose una disminución en el gasto.

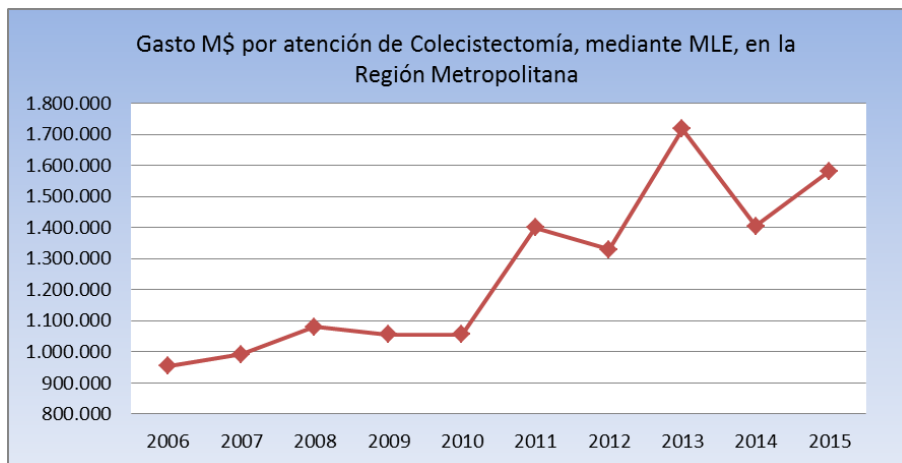
Desde el año 2011 al 2015, los datos muestran una alta evolución en el gasto, mostrando una caída en los años 2012 y 2014.

El menor gasto se registró durante el 2006 (M\$ 955.386) en beneficiarios atendidos. Por su parte, el año 2013, se gastó M\$ 1.717.264 en atenciones por colecistectomía, mediante la MLE.

El promedio anual de gasto es de M\$ 1.257.211, considerando el periodo 2006-2015.

El Gráfico 6 muestra el comportamiento del gasto en M\$ en atenciones en colecistectomía mediante la MLE.

Gráfico 6: Gasto M\$ por atención de Colecistectomía, MLE, según año



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

2.2 Análisis MLE, según programa

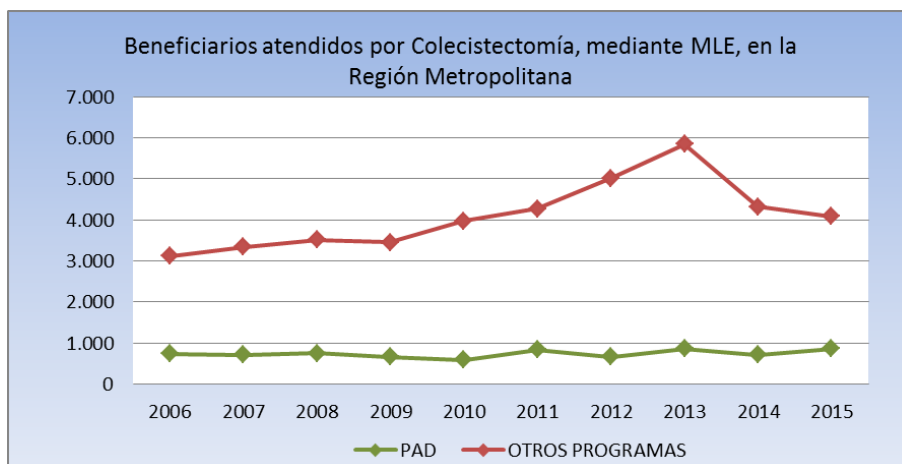
En relación a los beneficiarios atendidos mediante el PAD y otros programas, los resultados presentan altas diferencias en cuanto al número de pacientes.

En el PAD, los datos muestran un comportamiento relativamente semejante, con pequeñas fluctuaciones en el gasto en los años 2011, 2013 y 2015, pero dentro del promedio (745 anual)

Respecto a otros Programas, el comportamiento es muy diferente, presentando una evolución al alza, llegando a su punto más alto durante el 2013, para luego bajar durante el 2014 y 2015.

El Gráfico 7, muestra el comportamiento del número de beneficiarios por atenciones mediante PAD y otros programas en la MLE.

Gráfico 7: Beneficiarios atendidos por Colectomía, MLE, según programa



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

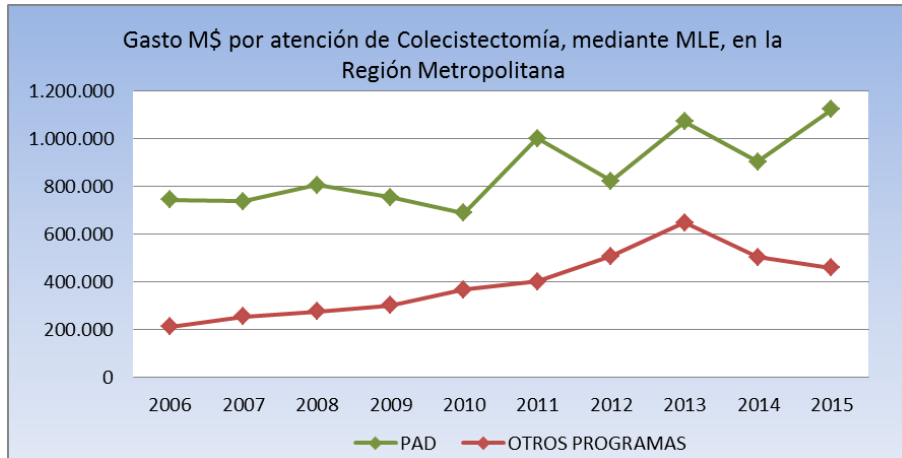
Respecto al gasto público, en comparación con el número de beneficiarios, los resultados se invierten, alcanzado las mayores alzas las atenciones mediante otros programas de atención de la modalidad MLE.

El gasto por atenciones de colectomía, registra variadas fluctuaciones en el gasto que registran mayores alzas el 2011 y 2013.

En relación a los otros programas, estos mantienen un comportamiento similar durante el periodo, registrando un promedio de gasto de M\$393.309.-

El siguiente gráfico, presenta los resultados del periodo 2006-2015, del gasto público de PAD y los otros Programas.

Gráfico 8: Gasto M\$ por atención de Colectomía, MLE, según programa



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

3. Análisis comparativo por atenciones de colecistectomía mediante MAI y MLE

Para analizar comparativamente la evolución del gasto público de ambas modalidades, en pacientes que sufren de Colecistectomía en la Región Metropolitana, es importante, tener en consideración que si bien, la atención mediante la MAI considera uno de los principios que garantiza la Ley “oportunidad”, los beneficiarios pueden optar a una modalidad distinta, que les permite elegir libremente cuando y con qué entidad desean ser atendidos.

Teniendo presente lo anterior, al comparar la evolución del gasto considerando el número de atenciones de ambas modalidades (MAI / MLE) de pacientes con Colecistectomía de la Región Metropolitana, es posible advertir las altas fluctuaciones en el gasto surgidas durante el periodo.

El siguiente cuadro presenta el número de atenciones y el gasto público (M\$) asociado mediante la MAI y MLE por cada año del periodo en estudio.

Cuadro 6: Análisis comparativo por atenciones MAI / MLE

AÑO	MAI		MLE		TOTAL	
	N° atenciones	M\$ Gasto	N° atenciones	M\$ Gasto	N° atenciones	M\$ Gasto
2006	2.690	1.004.742	3.865	955.386	6.555	1.960.128
2007	3.775	1.459.340	4.066	991.774	7.841	2.451.114
2008	4.370	1.760.322	4.281	1.081.033	8.651	2.841.355
2009	4.057	1.735.544	4.125	1.055.388	8.182	2.790.932
2010	3.289	1.428.115	4.569	1.055.724	7.858	2.483.839
2011	4.580	2.160.112	5.119	1.400.226	9.699	3.560.338
2012	4.513	2.738.892	5.696	1.329.221	10.209	4.068.113
2013	3.802	2.290.188	6.708	1.717.264	10.510	4.007.452
2014	4.205	2.490.555	5.037	1.405.115	9.242	3.895.670
2015	4.390	2.679.399	4.956	1.580.982	9.346	4.260.381
TOTAL	39.671	19.747.208	48.422	12.572.114	88.093	32.319.322

FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

Como se aprecia en el cuadro 6, el número de pacientes atendidos mediante MAI durante la década en análisis, es menor respecto a la MLE.

En 2006 eran 2.690 los beneficiarios MAI, aumentando a 4.390 en el 2015. En el caso de los pacientes MLE, también se presenta un fenómeno similar, dado que el número de

personas atendidas mediante esta modalidad, ha ido en aumento, alcanzando de 3.865 a 4.956 entre 2006 y 2015.

Si comparamos entre número de personas atendidas mediante MAI y MLE, podemos observar que existe una mayor demanda por la modalidad MLE que MAI.

Al analizar el gasto público, se puede apreciar que el gasto es mayor en MAI comparado con MLE, es decir, el Estado en promedio gasta \$ 498.000 aproximadamente en paciente MAI, respecto a los \$260.000 en promedio a través de la modalidad MLE.

Al analizar las cifras de manera acumulada, es posible determinar las variaciones producidas durante el periodo, considerando el número de pacientes y gasto público asociado.

En general, el número de beneficiarios es menor en MAI que mediante MLE, con variaciones que comienzan el 2006, con un -30%. Respecto al gasto público, se produce un fenómeno invertido, es decir, es menor el gasto público en MLE que mediante MAI.

El siguiente cuadro presenta la variación porcentual entre el número de beneficiarios y el gasto público producido en pacientes atendidos por Colectomía, mediante MAI y MLE, en la Región Metropolitana.

Cuadro 7: Beneficiarios y Gasto (M\$) en atenciones por Colectomía, MAI y MLE, acumulado

AÑO	BENEFICIARIOS			GASTOS M\$		
	MAI	MLE	Variación	MAI	MLE	Variación
2006	2.690	3.865	-30%	1.004.742	955.386	5%
2007	6.465	7.931	-18%	2.464.081	1.947.160	27%
2008	10.835	12.212	-11%	4.224.403	3.028.194	40%
2009	14.892	16.337	-9%	5.959.947	4.083.582	46%
2010	18.181	20.906	-13%	7.388.062	5.139.306	44%
2011	22.761	26.025	-13%	9.548.174	6.539.532	46%
2012	27.274	31.721	-14%	12.287.066	7.868.753	56%
2013	31.076	38.429	-19%	14.577.255	9.586.017	52%
2014	35.281	43.466	-19%	17.067.809	10.991.132	55%
2015	39.671	48.422	-18%	19.747.208	12.572.114	57%

FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

3.1 Análisis comparativo del número de atenciones entre MAI / MLE, según año

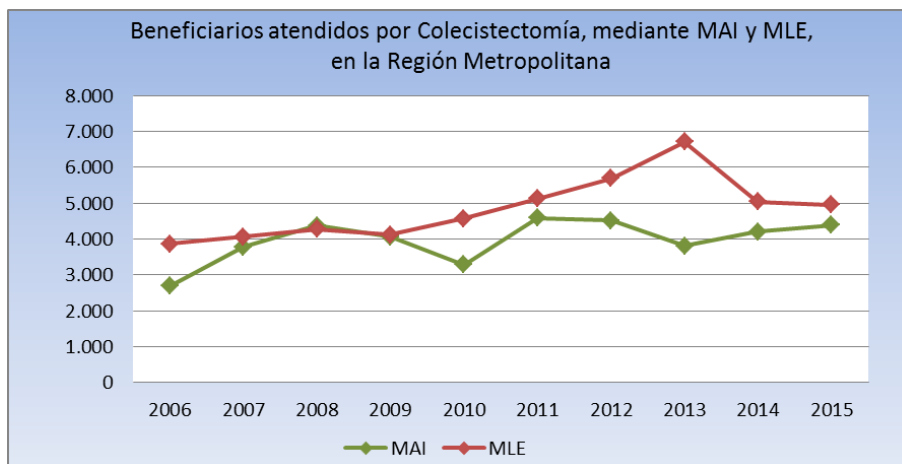
En general, el número de pacientes atendidos mediante MAI es menor que los atendidos por MLE, presentando una variación del -18%.

Esta situación se mantiene durante el periodo, a excepción del año 2008, que el número de atenciones por MAI fue levemente superior a las atenciones mediante MLE.

Cabe señalar, al analizar las cifras totales del periodo de ambas modalidades, el número de atenciones tiende al alza, dado que en el año 2006 se inicia con 6.555 atenciones y para el año 2015 se registran 9.346 atenciones, lo que incrementa en un 30% respecto al año inicial de estudio.

El siguiente gráfico presenta esquemáticamente el comportamiento del número de atenciones de pacientes atendidos por Colectectomía en ambas modalidades, según año.

Gráfico 9: Beneficiarios atendidos por Colectectomía, MAI y MLE, según año

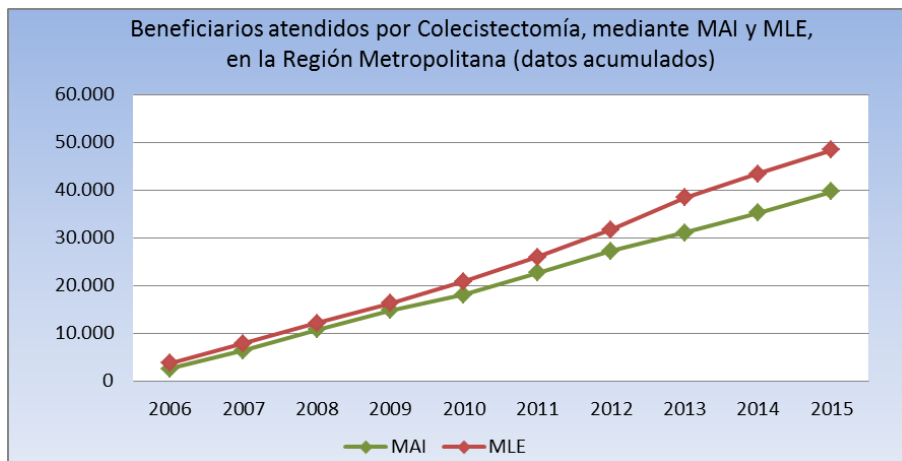


FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

Al realizar un análisis comparativo acumulado del periodo, de número de atenciones por Colectectomía, entre ambas modalidades, en la Región Metropolitana, es posible señalar que si bien, la MAI y MLE tuvieron un punto de partida similar el 2006 y tendieron al alza, la MLE logra alcanzar mayor número de atención respecto a MAI.

El siguiente gráfico muestra el comportamiento del número de pacientes atendidos por Colectomía, durante el periodo 2006-2015, mediante MAI y MLE, en la Región Metropolitana.

Gráfico 10: Beneficiarios atendidos por Colectomía, MAI y MLE, acumulado



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

3.2 Análisis comparativo del gasto público entre MAI / MLE, según año

En relación al gasto público efectuado por atenciones de Colectistectomía en pacientes atendidos mediante MAI es mayor que por MLE, presentando una variación del 57%.

Esta situación se mantiene durante el periodo, produciéndose en el año 2012 el mayor gasto en MAI respecto a MLE, con una variación del 106%.

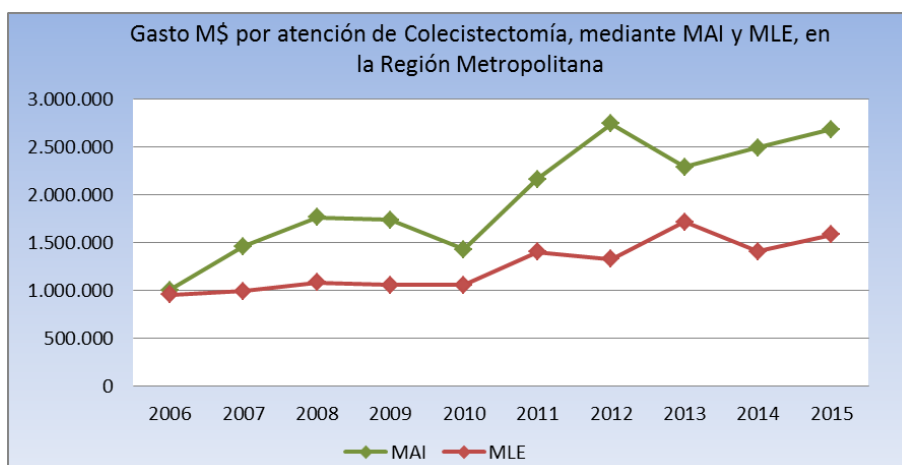
Cabe señalar, durante el periodo se atienden aproximadamente a 88.093 pacientes mediante MAI y MLE, con un gasto público que asciende a M\$32.319.322.

Del total de recursos públicos gastados, M\$19.747.208 corresponden a MAI (61%) con 39.671 beneficiarios atendidos y M\$12.572.114 a MLE (39%) con 48.422 atenciones.

En resumen, mediante MAI se produjo un mayor gasto en un menor número de pacientes atendidos, en comparación con MLE.

El siguiente gráfico presenta esquemáticamente la evolución del gasto público de atenciones de pacientes atendidos por Colectistectomía en ambas modalidades, según año.

Gráfico 11: Gasto M\$ por atención de Colectistectomía, MAI y MLE, según año

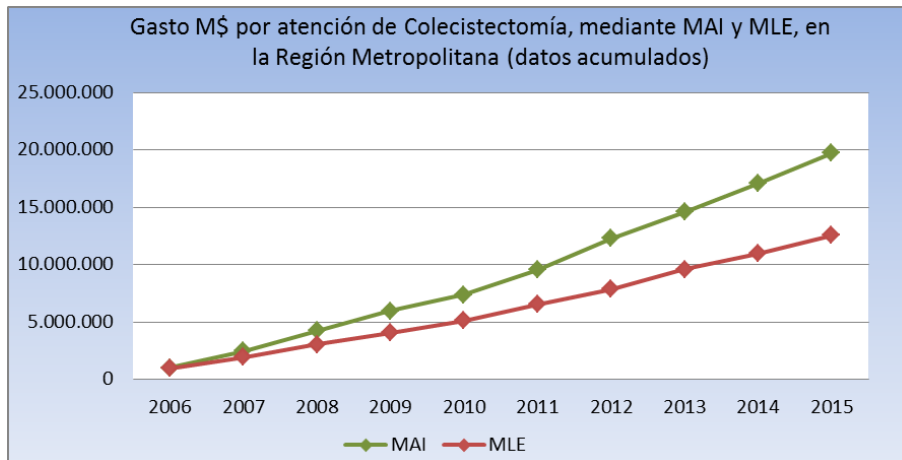


FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

Al realizar un análisis comparativo acumulado del periodo, del gasto público generado por atenciones por Colectistectomía, entre ambas modalidades, en la Región Metropolitana, es posible señalar que si bien, la MAI y MLE tuvieron un punto de partida similar el 2006 y tendieron al alza, la MAI logra alcanzar mayor número de atención respecto a MLE.

El siguiente gráfico muestra la evolución del gasto público efectuado por pacientes atendidos por Colectomía, durante el periodo 2006-2015, mediante MAI y MLE, en la Región Metropolitana.

Gráfico 12: Gasto M\$ por atención de Colectomía, MAI y MLE, acumulado



FUENTE: Elaboración propia en base a información de FONASA.

VIII. CONCLUSIONES

Las políticas públicas en materia de salud en Chile han estado dentro de las prioridades de cada uno de los Gobiernos desde el regreso de la democracia.

Uno de los componentes más transformadores ha sido el proceso de reforma a la salud, cuyo principio es la igualdad de oportunidades para toda la población, garantizando el derecho no importando su condición social ni su nivel de ingresos.

Bajo esta premisa, nace la llamada “Ley GES”, contemplando paulatinamente patologías que, por una u otra razón, constituyen una serie de problemas salud que no sólo disminuyen calidad de vida del paciente, sino que aumentan la tasa de mortalidad.

Dentro de estas patologías, surge el cáncer de vesícula como una enfermedad mortal, que no sólo afecta en la calidad de vida del paciente, sino que también tiene un efecto negativo en la familia, por el alto costo que implica su tratamiento.

Dado todo lo anterior, la presente tesis pretendió aportar información cualitativa y cuantitativa, obtenida de fuentes confiables y oficiales, que permitan la toma de decisiones para hacer más eficiente y eficaz el uso de los recursos públicos en la atención de salud por esta patología, por lo que, de acuerdo a los resultados obtenidos, se responde al problema de esta investigación, ya que se pudo determinar la evolución del gasto público en la atención de los beneficiarios de FONASA por problema de salud GES “Colecistectomía”, a través de las modalidades de atención de la salud pública (MAI y MLE), de la Región Metropolitana, los cuales corresponderían a los siguientes:

Análisis de atención por Colecistectomía mediante MAI, por año y Servicio de Salud (SS):

Mediante la MAI, desde el año 2006 al año 2015, se han atendido por colecistectomía un total de **39.671 beneficiarios GES** en la Región Metropolitana, con un gasto público asociado correspondiente a **M\$ 19.747.208**.

Respecto al año de atención, los gastos han tenido una evolución distinta año a año, registrándose el número de atenciones más bajo el 2006, con 2.690 beneficiarios atendidos,

mientras que el año 2011, se incrementó el número de atenciones en un 70%, alcanzando el número de atenciones más alto del periodo (4.580).

Cabe señalar que durante el año 2010, el número de atenciones MAI por Colectistectomía tuvo una caída del 19% respecto al año anterior. La caída pudo tener relación con: el terremoto que azotó al país el 27/02/2010, que destruyó gran parte de la infraestructura de varios hospitales públicos principalmente de la zona central; la implementación del Bono Auge para resolver aquellas garantías de oportunidad que no habían sido otorgadas; el plan piloto llevado a cabo en FONASA durante el último trimestre del 2010; y la entrada en funcionamiento desde el 01/01/2011 para regular todos los problemas de Salud garantizados.

Estos hitos pueden haber influido en los resultados, tanto de número de pacientes beneficiados, como del gasto público efectuado durante el 2011, debido a que el paciente reclama cuando su garantía está vencida o incumplida y FONASA tiene 10 días de plazo para darle una solución, por esta razón se deben comprar prestaciones de salud a los Prestadores Privados y se derivan los pacientes como 2° prestador.

Esto ha incrementado el gasto público en atenciones por Colectistectomía, dado que las derivaciones se realizan hacia establecimientos de Salud Privados, como el Hospital del Profesor; Clínica Vespucio; Edusalud; Mutual de Seguridad; Hospital Clínico PUC y Clínica Dávila entre otros.

Esto permite otorgar “oportunidad” en la entrega de la atención de salud, pero implica un aumento del gasto público por pacientes con Colectistectomía.

Respecto al gasto público, el comportamiento ha tenido una evolución distinta cada año, mostrando un alza de un 137% comparando el año 2006 con el 2015.

Considerando el análisis del periodo, el menor gasto se registró durante el 2006 (M\$ 1.004.742), mientras que el 2012 se registró el mayor gasto (M\$ 2.738.892), con un promedio anual de M\$ 1.974.721.

Respecto a la desagregación territorial de la Región Metropolitana, el Servicio de Salud Central es el que registra el menor número de beneficiarios atendidos por colectistectomía (4.278), lo cual constituye un 11% del total de la región, mientras que el Servicio Salud

Occidente, es el que registra mayor cantidad de atenciones (9.572), seguido por el Sur (7.031) y Sur Oriente (7.025).

Es importante señalar que el Servicio de Salud Occidente, atiende a pacientes de 15 comunas, mientras que el Servicio de Salud Central, 4 comunas, lo cual puede tener una incidencia en los datos registrados.

Análisis de atención por Colectectomía mediante MLE, por año y tipo de Programa.

Respecto a la MLE, desde el año 2006 al año 2015, se han atendido por colectectomía un total de **48.422 beneficiarios** en la Región Metropolitana, lo que ha significado un gasto público correspondiente a **M\$ 12.572.114**.

Las atenciones mediante MLE registran un aumento durante el periodo, aumentando el número de atenciones entre el 2010 y 2013, bajando abruptamente durante el 2014.

El año 2006, se registró el menor número de atenciones (3.865), mientras que el 2013, 6.708 personas recibieron atención MLE, lo que implica un incremento de un 42%. El promedio de beneficiarios, considerando el periodo 2006-2015, es de 4.842 atenciones anuales.

Respecto al gasto público, los resultados presentan un comportamiento levemente ascendente durante los años 2006 al 2008. Esta situación se revierte durante los años 2009-2010, produciéndose una disminución en el gasto.

Desde el año 2011 al 2015, los datos muestran una alta evolución en el gasto, mostrando una caída en los años 2012 y 2014.

El menor gasto se registró durante el 2006 (M\$ 955.386), mientras que el 2013 se registró el mayor gasto (M\$ 1.717.264), siendo el promedio anual de gasto de M\$ 1.257.211.

En el PAD, los datos muestran un comportamiento relativamente semejante, con pequeñas variaciones en el gasto en los años 2011, 2013 y 2015, pero dentro del promedio (745 anual)

Distinta situación ocurre con los otros Programas MLE, dado que el comportamiento del gasto presenta una evolución al alza, llegando a su punto más alto durante el 2013, para luego bajar durante el 2014 y 2015.

Análisis comparativo de MAI y MLE

La evolución del gasto público mediante las modalidades de atención por Colectectomía (MAI y MLE) durante el 2006 al 2015, en la Región Metropolitana presenta una evolución distinta año a año tanto en el número de beneficiarios, como en el gasto.

Respecto al número de atenciones, en general, durante el periodo 2006-2015 es menor en MAI que por MLE, presentando una variación del -18%, a excepción del 2008, que el número de atenciones por MAI fue levemente superior a la MLE.

Cabe señalar, al analizar las cifras totales del periodo de ambas modalidades, el número de atenciones tiende al alza, dado que en el año 2006 se inicia con 6.555 atenciones y para el año 2015 se registran 9.346 atenciones, lo que incrementa en un 30% respecto al año inicial de estudio.

Respecto al gasto, se produce un fenómeno invertido, es decir, el gasto público efectuado por atenciones de Colectectomía en pacientes atendidos mediante MAI es mayor que por MLE, presentando una variación del 57%.

Esta situación se mantiene durante el periodo, produciéndose en el año 2012 el mayor gasto en MAI respecto a MLE, con una variación del 106%.

Cabe señalar, durante el periodo se atienden aproximadamente a 88.093 pacientes mediante MAI y MLE, con un gasto público que asciende a M\$32.319.322.

Del total de recursos públicos gastados, M\$19.747.208 corresponden a MAI (61%) con 39.671 beneficiarios atendidos y M\$12.572.114 a MLE (39%) con 48.422 atenciones.

En resumen, mediante MAI se produjo un mayor gasto en un menor número de pacientes atendidos, en comparación con MLE.

Al realizar un análisis comparativo acumulado del periodo, del gasto público generado por atenciones por Colectectomía, entre ambas modalidades, en la Región Metropolitana, es

posible señalar que si bien, la MAI y MLE tuvieron un punto de partida similar el 2006 y tendieron al alza, la MAI logra alcanzar mayor número de atención respecto a MLE.

Sugerencias y comentarios finales

Si bien existe una política en materia de salud en nuestro país, y contamos con diversos instrumentos, planes y modalidades asociados a la atención por cáncer a la vesícula, no han sido investigados desde la perspectiva del uso de los recursos públicos.

Por lo que, esta tesis pretendió aportar fundamentalmente análisis de información que permita a los tomadores de decisiones, conocer -de manera exploratoria y descriptiva- la evolución del gasto público en la atención de los beneficiarios de FONASA por problema de salud GES “Colecistectomía”, a través de las modalidades de atención de la salud pública (MAI y MLE), de la Región Metropolitana, sobre la base de la eficiencia y la eficacia del uso de los recursos públicos.

Podemos señalar que el gasto público realizado en Colecistectomía en los 10 años del Auge, ha sido de gran eficiencia, puesto que se han establecido políticas públicas preventivas del cáncer de vesícula, beneficiando aproximadamente a más de 88.000 personas, disminuyendo la tasa de mortalidad y evitando contraer este cáncer, con todos los altos costos económicos asociados que ello implica para el Estado.

Si bien, en 2006 eran 2.690 los beneficiarios MAI aproximadamente, éstos fueron aumentando a 4.390 en el 2015. En el caso de los pacientes MLE, también se presenta un fenómeno similar, dado que el número de personas atendidas mediante esta modalidad, ha ido en aumento, alcanzando de 3.865 a 4.956 entre 2006 y 2015.

Si comparamos entre número de personas atendidas mediante MAI y MLE, podemos observar que existe una mayor demanda por la modalidad MLE que MAI.

Al analizar el gasto público, se puede apreciar que el gasto promedio es mayor en MAI comparado con MLE durante el periodo en estudio, es decir, el Estado en promedio gasta \$ 498.000 aproximadamente en paciente MAI, respecto a los \$260.000 en promedio a través de la modalidad MLE.

Sin embargo, recordemos que la Ley GES garantiza el acceso, la oportunidad, la calidad y protección financiera, por lo que cobra vital relevancia el cumplimiento de estas garantías entregadas por ley, sobre todo considerando el mal pronóstico del Cáncer a la Vesícula, donde la estrategia es eminentemente preventiva, siendo la única opción para disminuir la tasa de mortalidad por dicha patología.

Finalmente y como antecedente, es importante señalar que los beneficiarios (MAI) deben tener entre 35 a 49 años para que la Colectomía sea una prestación GES, en cambio en la MLE no tiene restricción la edad, como hallazgo se puede destacar que revisada la Base de Pago a Prestadores se encontraron pacientes menores de 10 años y de hasta 94 años.

Como futuras Administradoras Públicas, consideramos que se debería evaluar ampliar el rango de edad de los beneficiarios, considerando que la Colelitiasis lleva 10 años como prioridad en el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. Mensaje N° 1-347, 22-05-2002, enviado a la Cámara de Diputados, publicado en www.bcn.cl
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE CHILE. Capítulo III: De los Derechos y Deberes Constitucionales, Artículo 19, inciso 9°
- CRUZ-COKE MADRID, RICARDO. Doctor y académico, miembro de la Academia Chilena de Medicina. Historia de la Medicina Chilena, Editorial Andrés Bello, 1995.
- FONASA. Balance de Gestión Integral 2014, publicado en www.dipres.cl
- FONASA. Documento informativo del Subdepto. Plan de Beneficios – Depto. Planificación Institucional, 2013
- FONASA. Boletín AUGE, Estadísticas a Junio de 2015, Edición 1, publicado en www.fonasa.cl
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ-COLLADO, C., BAPTISTA LUCIO, P. Metodología de la Investigación. 4ª ed. (México D.F, 2006).
- MINISTERIO DEL INTERIOR. Ley N° 3385, Crea la Dirección de Sanidad por Código Sanitario, publicado el 22/06/1918, promulgado el 22/05/1918.
- MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. Ley N° 16744, Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, publicado el 01/02/1968, promulgado el 23/01/1968.
- MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. Ley 18020, Establece Subsidio Familiar para Personas de Escasos Recursos y Modifica Normas que indica. Publicado el 17/08/1981, promulgado el 11/08/1981.
- MINISTERIO DE SALUD. Ley N° 19.966, Establece un Régimen de Garantías en Salud, publicado el 03/09/2004, promulgado el 25/08/2004.

- MINISTERIO DE SALUD. Decreto Ley N° 2763, Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, publicado el 03/08/1979, promulgado el 11/07/1979.
- MINISTERIO DE SALUD. Decreto Supremo N° 1, Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, publicado el 27/02/2010, promulgado el 06/01/2010.
- MINISTERIO DE SALUD. Ley N° 18469, Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud, publicado el 23/11/1985, promulgado el 14/11/1985.
- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Colectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años. Año 2010, Santiago.
- MIRANDA, ERNESTO, Ingeniero Comercial, Universidad de Chile, Ph. D. en Economía, Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Profesor Programa Interfacultades de Administración de Salud, Universidad de Chile. Estudio Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno, Revista N°39, CEP, 1990