

Reforma de Salud: Lecciones y Desafíos

Desde el inicio de la discusión de la reforma de salud, el GES (Garantías Explícitas en Salud) ha sido objeto de diversas críticas y aprehensiones desde los más diversos sectores.

Se sostuvo que el GES no solucionaría los problemas estructurales del sistema de salud pública, entre ellos, las carencias y falta de resolutivez en la atención primaria, la falta de especialistas y la escasez de equipamiento, entre otras fallencias.

Aún así, se aprobaron los proyectos de la reforma y el GES se puso en marcha oficialmente el 1° de julio de 2005, con la incorporación de 25 patologías.

Después de un período de marcha blanca, comenzaron a surgir las primeras denuncias de incumplimiento y la confirmación de que se estaban verificando muchos de los problemas que se habían advertido, más otros nuevos, producto de un inadecuado diseño e implementación del sistema.

En julio de 2007 se incorporaron 16 patologías adicionales, llegando a un total de 56 actualmente y un compromiso del Gobierno de llegar a 80 hacia el 2010.

Los problemas de diseño e implementación se hicieron evidentes durante 2007, al observarse distintos tipos de irregularidades (problemas de distribución de medicamentos; alzas en los copagos de las patologías; sistema

informático (SIGGES) no funciona en forma adecuada; FONASA efectúa cobros de los copagos de las prestaciones realizadas a algunos usuarios, que corresponden al 10%; largas esperas de meses para que los prestadores confirmen el diagnóstico; demora en la entrega de los recursos desde los servicios de salud hacia los hospitales para pagar las prestaciones GES; subestimación de costos reales en un 25% y un 10% de las prestaciones; procedimientos no están costeados y se llega a que el costo esperado de las 56 prestaciones para el 2010 sería de \$84.369, es decir, un 40% mayor al valor indicado para la Prima GES.

Desafíos Pendientes

Si bien los resultados de la percepción pública de la puesta en marcha de las garantías GES son buenos¹, es necesario realizar algunos ajustes para avanzar desde una buena percepción de la calidad de las atenciones en salud a realmente producir un mejoramiento en los indicadores de salud poblacionales, prolongando la expectativa de vida y los años de vida libres de enfermedad de los chilenos.

Hay diversas áreas en que es necesario avanzar en conjunto con la implementación de las garantías GES².

Es indispensable asegurar un buen funcionamiento de los hospitales estatales y disponer las medidas necesarias para evitar ineficiencias reiteradas. Igualmente, se puede actuar sobre las garantías, por ejemplo, flexibilizando algunos plazos dentro de los que una atención puede entenderse como oportuna. Ninguna de estas medidas es simple, pero ellas son inevitables si no se quiere que los incumplimientos se multipliquen.

1. Marco Institucional

a. Acreditación

Se requiere avanzar en los programas de acreditación de los prestadores de salud para que el cumplimiento de las canastas de prestaciones no se determine sólo por criterios de mínimo costo. Además, es necesario establecer mecanismos regulares para la revisión continua de las prestaciones contenidas en las canastas, de manera de mantenerlas actualizadas con respecto a la nueva evidencia científica.

b. Sistemas de Información

Se debería implementar un plan coordinado de información a los afiliados, que sea preciso y específico. Este plan debe incluir la información relevante para cada cotizante y su grupo familiar, en especial respecto de sus derechos y deberes, formas de acceso a las garantías, plazos y requisitos de cada una de ellas, dando la posibilidad de contar con algún mecanismo eficiente de solución de dudas y orientación en línea para facilitar el acceso a las garantías y evitar la duplicación de prestaciones.

c. Rol de la Superintendencia de Salud

El GES no se está regulando de manera adecuada, porque la Superintendencia de Salud no tiene la autonomía suficiente, por lo cual difícilmente fiscalizará en forma simétrica a seguros y prestadores públicos y privados respectivamente. Existen restricciones en los poderes de la Superintendencia para sancionar a FONASA, lo que limita su capacidad para hacer cumplir las garantías GES.

En contraste, la Superintendencia tiene un rango más amplio de sanciones que puede imponer a las ISAPRES en caso de incumpli-

miento. Tales sanciones varían desde advertencias a multas, hasta la cancelación del registro. Adicionalmente, las relaciones jerárquicas e intragubernamentales que caracterizan la relación entre FONASA y la Superintendencia pueden obstaculizar la obligación legal de esta última y afectar la equidad regulatoria dentro del sistema.

Además, hay diferencias en el mecanismo de nombramiento del Director de FONASA y el Superintendente. Este último es un funcionario nombrado por el Presidente de la República después de ser elegido a través del sistema de Alta Dirección Pública, mientras que el Director de FONASA es un funcionario público de exclusiva confianza del Presidente de la República.

d. Rol del Consejo Consultivo

Las atribuciones del consejo consultivo se remiten, a generar sugerencias y orientaciones respecto de hacia dónde deben extenderse las garantías. Existen casos en los que el factor político ha estado por sobre el técnico, como ocurrió con la inclusión de la fibrosis quística³ dentro de las 16 patologías que

entraron a regir el 1° de julio 2007.

Hay dos mecanismos que permitirían asegurar el objetivo del GES: priorización sanitaria y financiera de los recursos público y privados. Por un lado, se recomienda modificar las atribuciones del consejo consultivo, de tal manera que las orientaciones respecto de hacia dónde deben extenderse las garantías sean vinculantes al MINSAL, tal que limite el factor político en las decisiones de éste último. Por otro lado, el Ministerio de Hacienda podría definir un marco presupuestario y el Consejo debiera sacar patologías garantizadas o disminuir las prestaciones garantizadas por patología para cumplir con el criterio económico, garantizándose la prioridad sanitaria.

No existe evidencia en la literatura internacional que demuestre que la incorporación de medidas públicas como las “canastas de prestaciones mínimas garantizadas” del programa GES sean costo-eficientes para mejorar los indicadores de salud de una población.

e. Observatorio de la Salud

Toda intervención en salud, que además ha requerido de la inyección de recursos públicos de gran magnitud, deberá demostrar sus resultados en los indicadores de salud nacional, tales como: mortalidad, sobrevivencia de pacientes tratados, impacto en indicadores de salud pública tales como los años de vida saludable perdidos (AVISA), etc. Para ello se debería implementar un “observatorio de la Reforma” que actúe como un ente independiente encargado de analizar y proponer medidas correctoras del Programa implementado en virtud de la información que se recopile. Este Observatorio debiera evaluar el funcionamiento de las canastas de prestaciones, la variabilidad en el seguimiento de los protocolos establecidos, la real eficacia de las intervenciones propuestas y el impacto en las patologías No-GES.

No existe evidencia en la literatura internacional que demuestre que la incorporación de medidas públicas como las “canastas de prestaciones mínimas garantizadas” del programa GES sean costo-eficientes para mejorar los indicadores de salud de una población.

2. Gestión

a. Política de Prevención y Promoción

Es necesario implementar una política de detección precoz de patologías relevantes, que sea eficiente, coordinada y con adecuada información, así como políticas de intervención para estimular cambios de hábitos en la población. Estos elementos son claves en cualquier programa que pretenda mejorar los estándares de salud de la población y mantener un costo controlado. Lo anterior requiere modificar el marco de financiamiento y el modelo de gestión de la atención primaria.

b. Avanzar en Hospitales Autogestionados en Red y Concesiones Hospitalarias

Debe reconocerse que la aplicación de las garantías GES necesariamente ocupará infraestructura, recursos e insumos, que potencialmente dejen en condiciones menos favora-

bles a las patologías no incluidas en las garantías GES.

Es necesario promover un plan de acción para evitar que la calidad en la atención de estas patologías se vea disminuida una vez que estén funcionando las garantías GES. Aquí se han descuidado las metas en materia de hospitales autogestionados, y se ha sido poco eficiente e innovador en las concesiones hospitalarias de gestión privada.

c. Manejo de la variabilidad de los costos

Es preciso reconocer y cuantificar la variabilidad existente en el comportamiento de cada patología considerada en el GES. Hoy se tratan como si tuvieran un comportamiento clínico y de consumo de recursos similares, pese a que la evidencia internacional demuestra que una misma patología puede tener una evolución y costos distintos dependiendo de variables biodemográficas del paciente.

Si no se reconocen estas diferencias, que consideran bandas de costos asociados, se puede cometer un gran error al momento de garantizar la protección financiera.

3. Subsidio a la Demanda

La promesa de no abandonar a las enfermedades que no son parte del plan no se ha cumplido. Se demostró que el número de prestaciones ha bajado, así como han aumentado sus listas de espera.

Aquí se requiere un cambio en el modelo de financiamiento y de entrega de subsidios en el sector salud, con el fin de que las personas de menores ingresos tengan la opción de elegir el sistema de salud de su preferencia.

Un mecanismo como éste requiere un sistema de planes subvencionados para que las personas puedan optar por el sistema de salud de su preferencia, sea público o privado. Este subsidio permitiría acceder a las garantías GES y sería complementario a la cotización de salud del trabajador o pensionado. El subsidio

se debería entregar según el nivel de ingreso per cápita de la familia, y no según el sistema al que se encuentre afiliado el trabajador. Todo ello debería aumentar la competitividad entre ambos sistemas e impulsar un mejoramiento sustantivo de la calidad de los servicios. En cualquier caso, los beneficiarios siempre tendrían la opción de regresar al sistema público de salud, el que operaría cumpliendo su rol subsidiario para que toda la población, independientemente de su nivel de ingresos o localidad que habite, acceda a la salud que se merece. Por último, se requiere que el actual sistema de compensación de riesgos incorpore también a la población beneficiaria de FONASA.

Conclusiones

El GES ha traído consigo un importante aumento en la demanda por atención de salud. Ello se debe a que la aplicación de esta reforma equivale a una reducción significativa en el precio de la salud. Los estudios piloto iniciales dejaron claro que sobrevendría esa mayor demanda.

La reducción de precios para la población fue acompañada de estándares más altos en la atención, que aumentaban los costos promedio de la misma para los prestadores. El aumento del IVA, entre otras modificaciones tributarias, fue acordada para allegar nuevo financiamiento.

Pero también había conciencia de que se requerían mejoras significativas en la gestión de la red pública de salud. Sin un aumento considerable en la productividad de dicha red, las posibilidades de responder a los desafíos que imponía el GES se diluían. La Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión se concibió para estos propósitos.

Es justo consignar que este nuevo esquema de funcionamiento está aún en rodaje y

que no se pueden desconocer los múltiples problemas que aún persisten. En este caso se debe reflexionar con más detención sobre el origen de los mismos.

Es relevante hacerlo pronto ya que han surgido antecedentes que así lo recomiendan. De ellos se desprende la necesidad de, entre otros, introducir reformas como la concesión de hospitales públicos con gestión privada para absorber la demanda en forma oportuna y con calidad.

Asimismo, se requiere promover la competencia, lo que a su vez se lograría con un subsidio a la demanda portable•

Se requiere un cambio en el modelo de financiamiento y de entrega de subsidios en el sector salud, con el fin de que las personas de menores ingresos tengan la opción de elegir el sistema de salud de su preferencia.

¹ Según datos de encuestas de opinión realizadas por la Superintendencia de Salud el año 2007, casi un 70% de los encuestados cree que la puesta en marcha de las garantías GES mejoró en algún grado la atención de salud en Chile (Superintendencia de Salud 2007).

² Véase Bastías y Andía (2007) "Garantías Explícitas en Salud (GES): seis consideraciones para su implementación" Universidad Católica

³ De manera unánime, el Consejo estimó que esta enfermedad no debía ser incluida como garantía GES, dado que existe en funcionamiento un programa especial de FONASA, con buenos resultados, y que en el sector privado opera el Seguro Catastrófico. Adicionalmente, el tratamiento no es costo efectivo y no representa una mejoría del paciente, y el universo de población afectada es muy bajo.