



¿Cuál debe ser la orientación del marco regulatorio para conformar redes integradas?

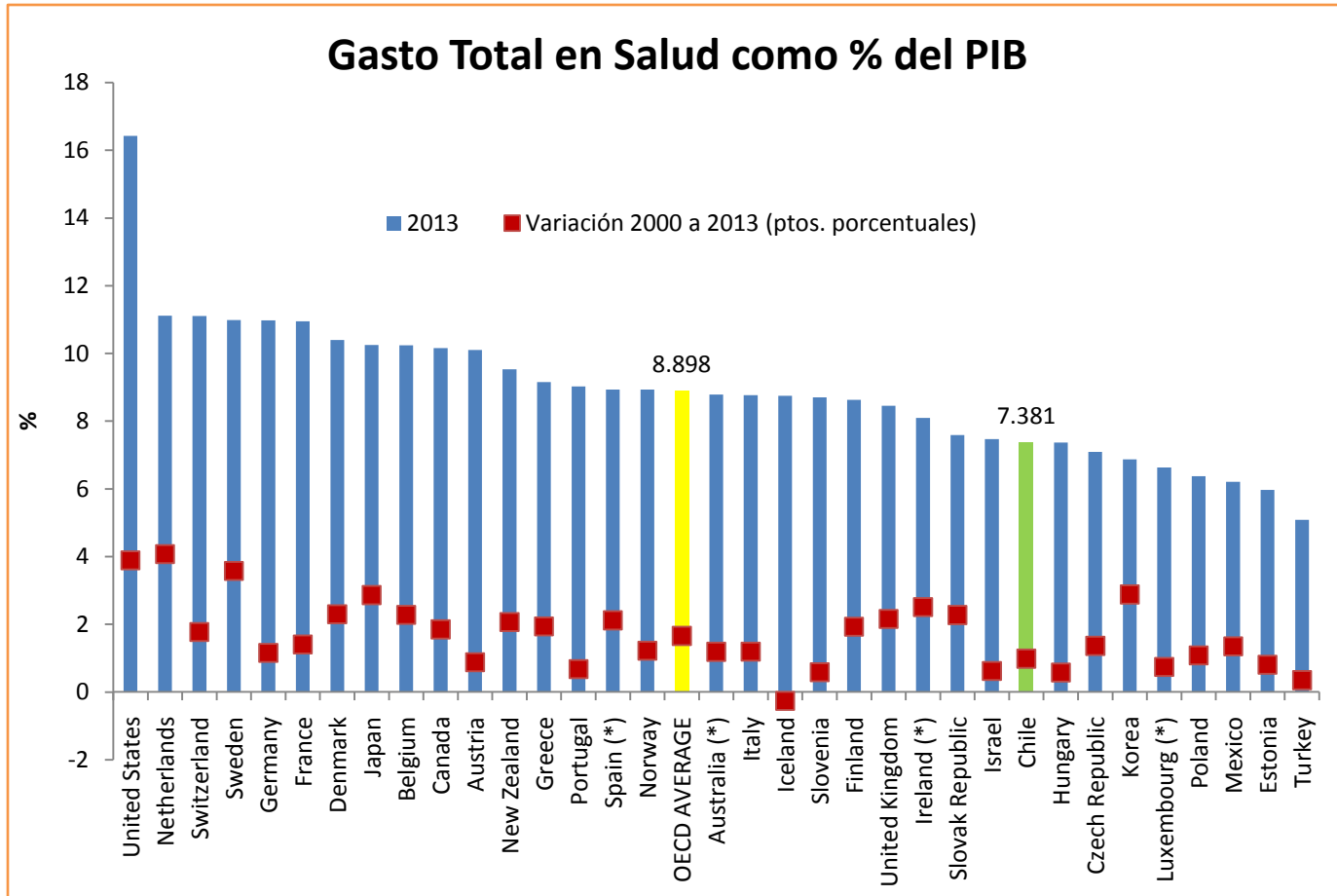
Luis Larraín A.

Director Ejecutivo Libertad y Desarrollo

5to Encuentro Internacional de Salud en Chile - EISACH 2015

22 de Julio 2015

Desafío global en salud: Gasto total en salud creciente

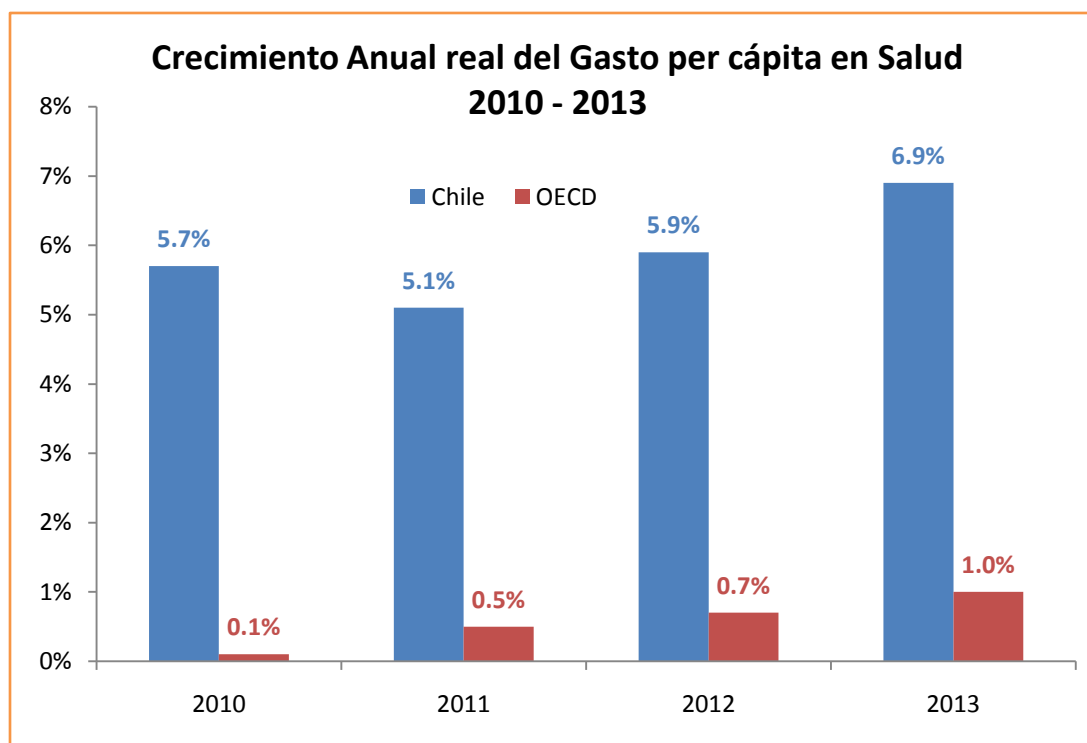


Fuente: OECD Health Statistics 2015.

(Excluye inversión en el sector salud)

(*) último dato disponible 2012

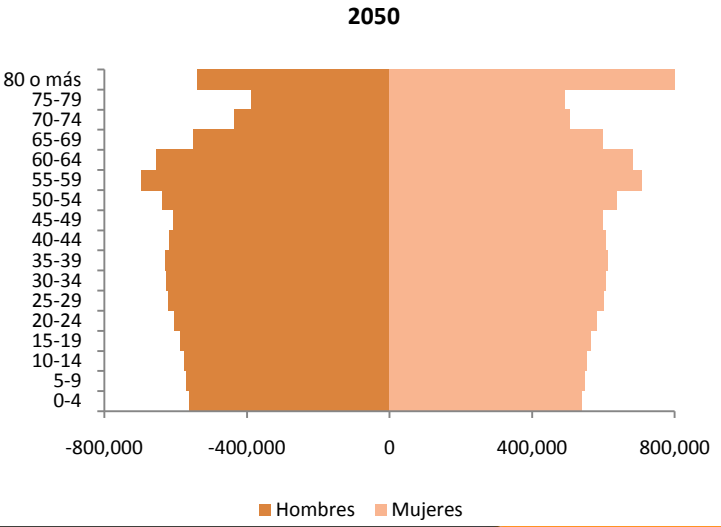
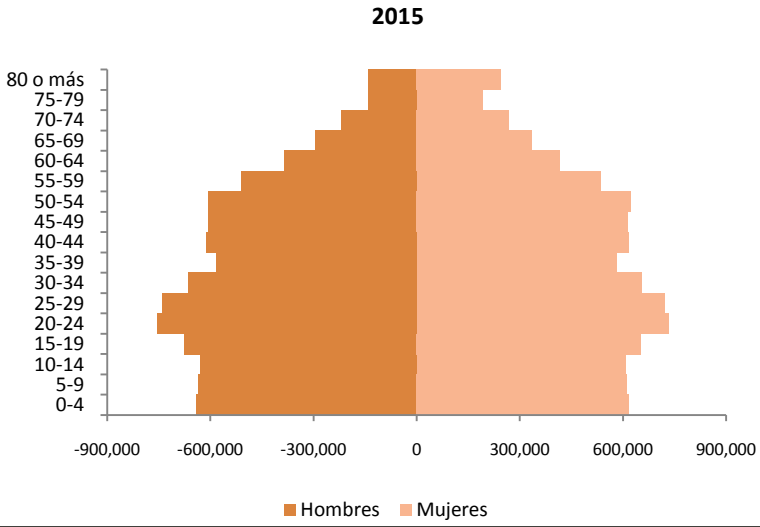
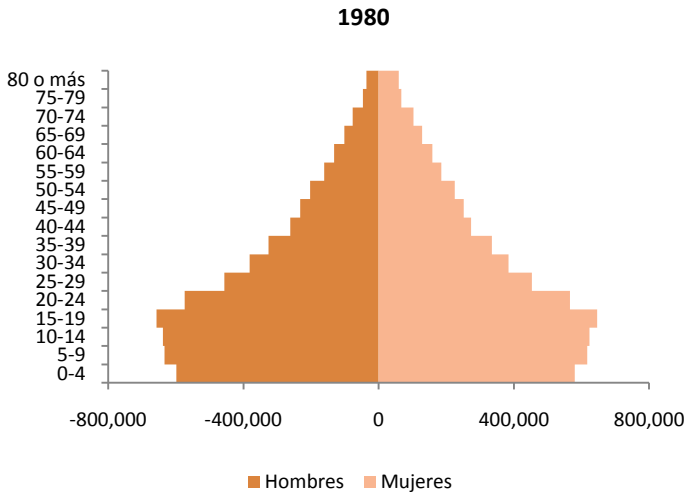
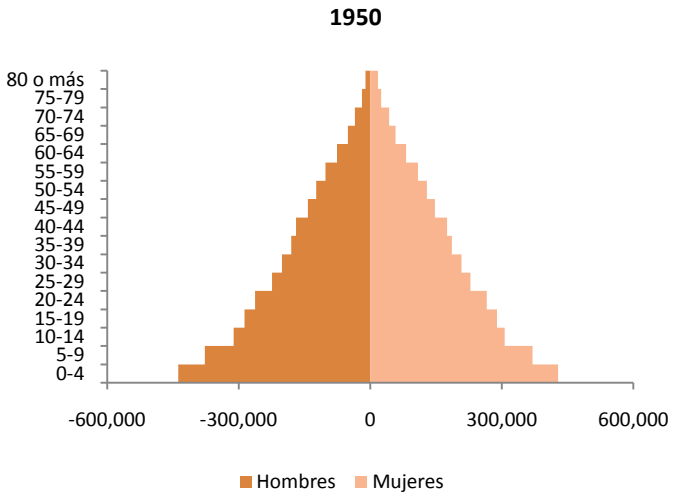
En el último período, Chile muestra un crecimiento particularmente acelerado del gasto total en salud (el más alto de la OECD)



Chile: un país que envejece rápidamente



% de personas de **80 años o más** pasa de **0.5 a 6.9%** entre 1950 y 2050, respectivamente.

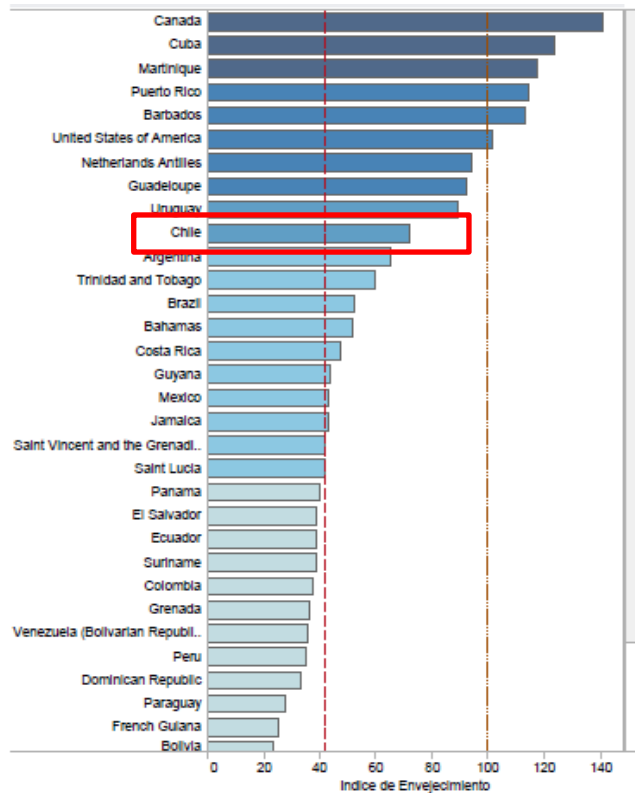


Fuente: INE.

Similar al envejecimiento de países desarrollados ...

Índice de Envejecimiento:
Número de adultos de 60 años y + por cada 100 niños <de 15 años

2015

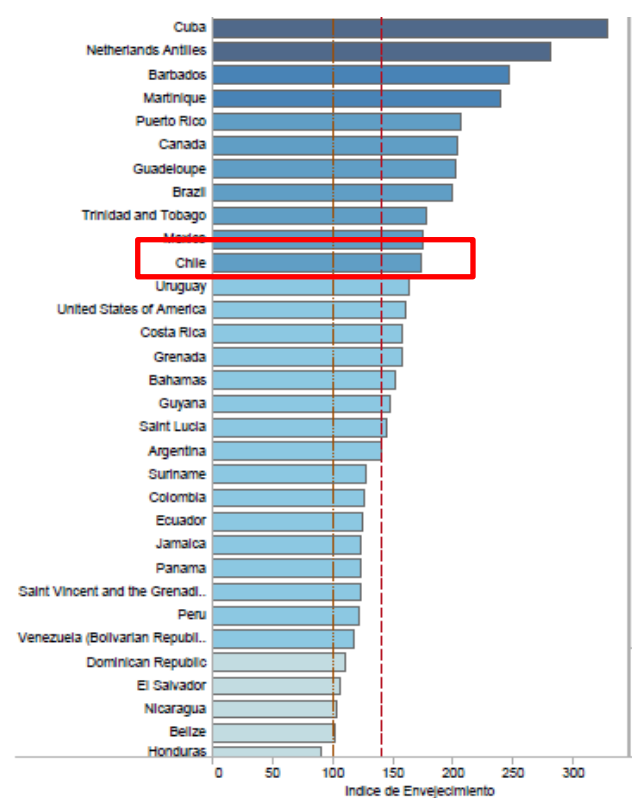


Mediana América: 42.2

EEUU: 101.5

Chile: 71.7

2050



Mediana América: 140.7 (3.3 veces)

EEUU: 160.4 (1.58 veces)

Chile: 173.8 (2.42 veces)

El envejecimiento de la población aumenta el riesgo de las ENT ...

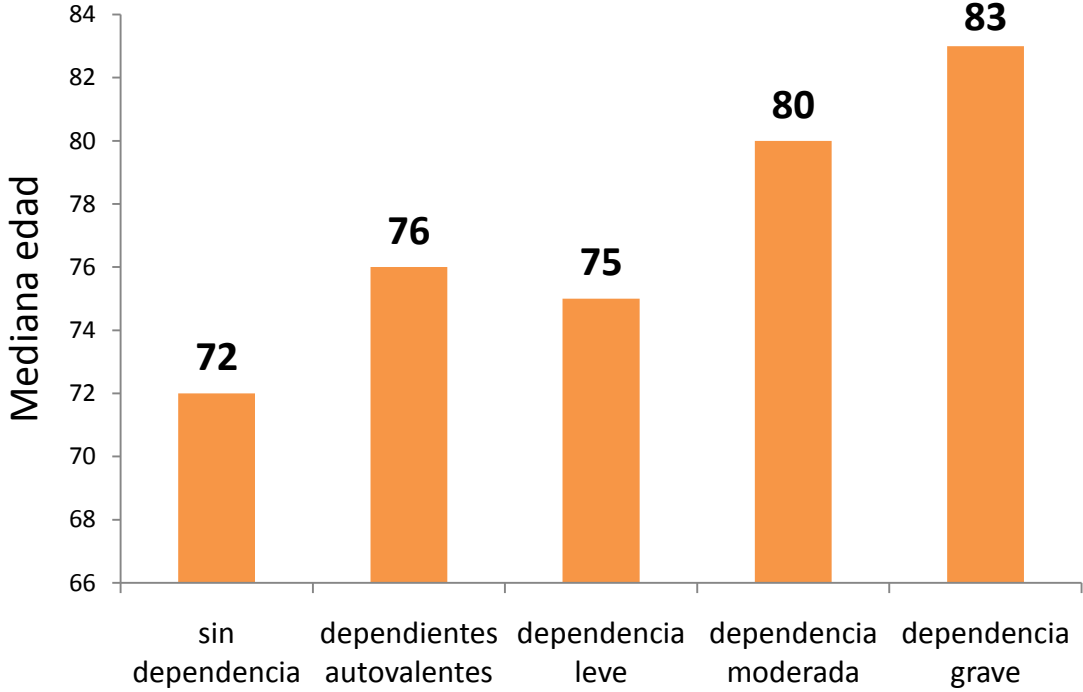
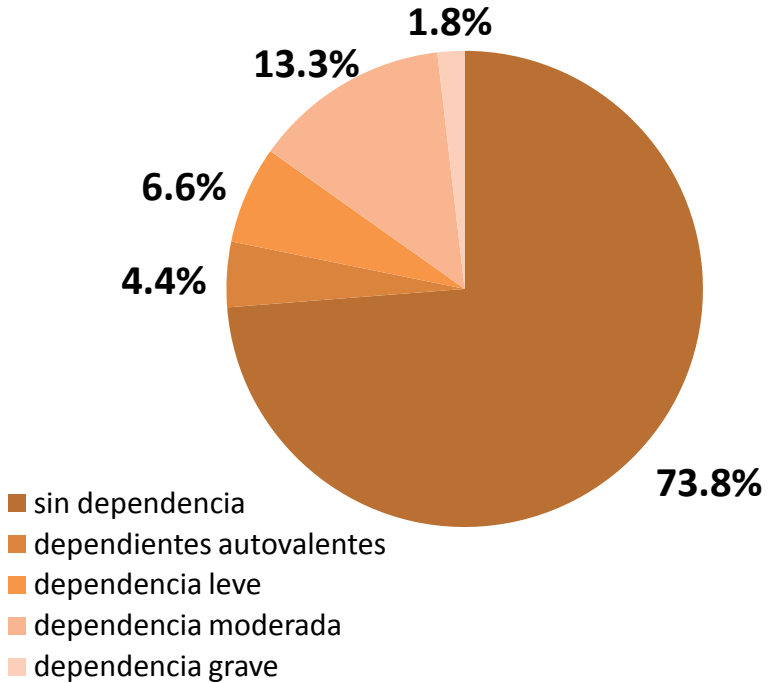


- De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, las ENT son responsables de siete de diez muertes entre las personas de 70 y más.
- En EEUU, más del 90% de los adultos mayores padece de al menos una enfermedad crónica, y el 73% tiene dos o más de este tipo de enfermedades.
- Los costos de tratar a los adultos mayores con enfermedades crónicas son altos y están creciendo.

Envejecimiento de la población demanda/rá mayores costos de atención en salud



- **26,2%** de los mayores de 65 años (+- 543 mil) tiene algún tipo de dependencia (dificultades de movilidad y/o de autocuidado)
- Niveles más severos de dependencia están asociados a una edad mayor

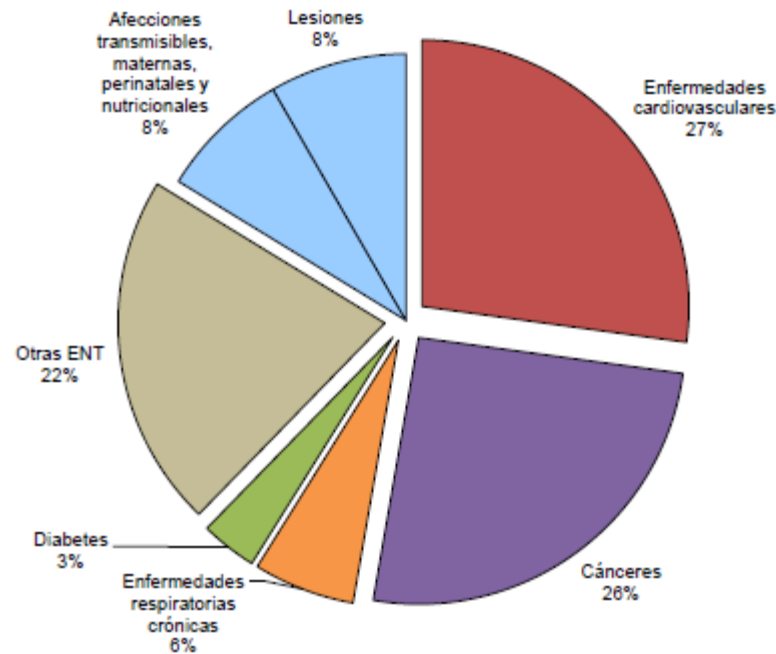


Fuerte carga de Enfermedades Crónicas o Enfermedades No Transmisibles (ENT)



ENT son responsables del **63%** de las muertes que se producen en el mundo. En Chile, las ENT son la causa del **84%** del total de las muertes.

% del total de muertes por ENT en Chile
(todas las edades, ambos sexos)



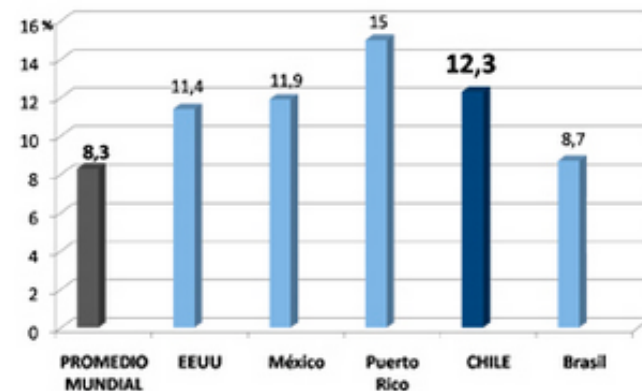
Campeones no sólo en fútbol ...

- **12,3%** de nuestra población es **diabética** (FID 2014)
- Mayor prevalencia en edad ≥ 65 años (ENS 2009 – 2010)

Los pacientes diabéticos en Chile duplican el promedio mundial, en Sudamérica superan ampliamente a Brasil y en Latinoamérica a EE.UU. y México. Preocupante cantidad, que coincide también con el aumento de la obesidad en el país.



Porcentaje de la población con Diabetes tipo 2



Fuente: Federación Internacional Diabetes Encuesta 2014

El informe de la Federación Internacional de Diabetes 2014 muestra que Chile está a la cabeza de esta enfermedad en Sudamérica y en segundo lugar en todo el continente, después de Puerto Rico. Ni siquiera EEUU -país ícono de la obesidad continental- tiene tanto porcentaje de su población con diabetes, que es una consecuencia casi directa del exceso de grasa corporal y el desajuste metabólico provocado por el sobrepeso.

Prevención poco efectiva :

Factores de riesgo de ENT en Chile elevados.



Litros de alcohol per cápita al año: Chile 8,6 creciente (OCDE 9,4 pero decreciente).



% de población adulta obesa: Chile 25,1% (OCDE 17,2%)



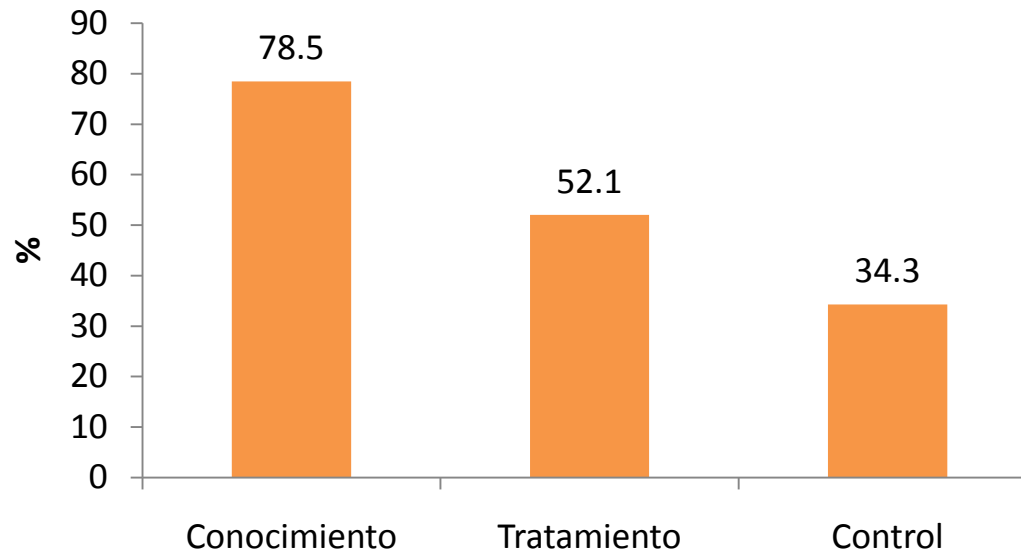
% población adulta que fuma a diario: Chile 29,8% (OCDE 20,9%)

- De eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían **prevenir** cerca de **3/4 partes** de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un **40%** de los casos de cáncer (Fuente: OMS)

También baja efectividad de nuestro sistema de salud en **prevención secundaria**

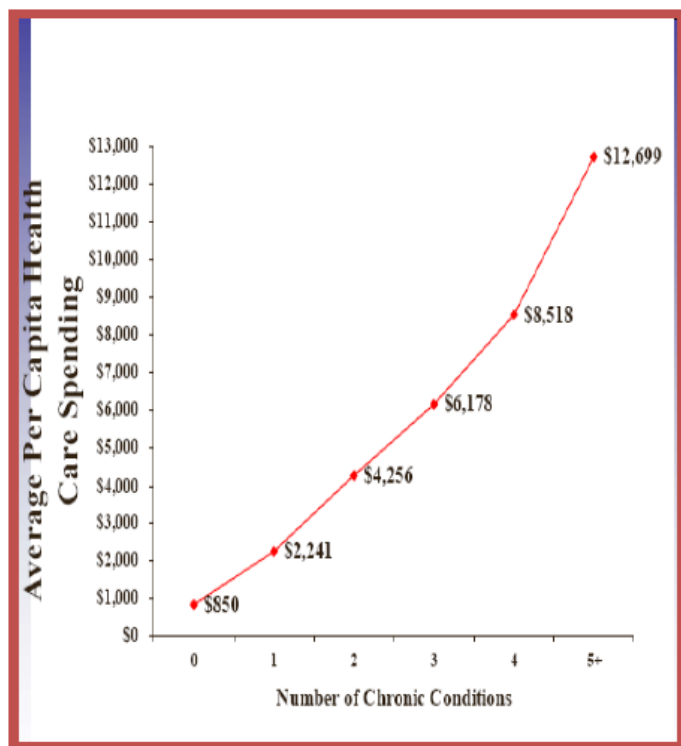


Conocimiento Tratamiento y Control de Diabetes en Población Adulta



Sólo cerca de la mitad de la población diabética se encuentra recibiendo algún tipo de tratamiento, y sólo un poco más de un tercio de los diabéticos registró al momento del estudio un parámetro de control aceptable

¿Por qué debemos avanzar hacia la disminución de las ENT? Impacto Financiero ENT



Fuente : Johns Hopkins

Patología	% de Pacientes	Estadía Promedio	Estadía Promedio Universo
Diabetes	5.94 %	4.82 Días	3,08 Días
Hipertensión	16.58 %	5.05 Días	3,08 Días
Dislipidemia	10.28 %	3.16 Días	3,08 Días
Obesos	26.43 %	2.39 Días	3,08 Días
Resistencia Insulina	8.98 %	2.75 Días	3,08 Días
Diabetes e Hipertensión	4.43 %	5.31 Días	3,08 Días
Resistencia Insulina y Dislipidemia	7.38 %	3.06 Días	3,08 Días
Diabetes, Hipertensión y Obesidad	1.85 %	4.37 Días	3,08 Días
Resistencia Insulina e Hipertensión	5.17 %	2.67 Días	3,08 Días
Resistencia Insulina, Dislipidemia y Obesidad	1.08 %	2.97 Días	3,08 Días
Diabetes, Hipertensión y Dislipidemia	1.97 %	4.73 Días	3,08 Días
Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia y Obesidad	0.74 %	3.83 Días	3,08 Días
Resistencia Insulina, Hipertensión, Dislipidemia y Obesidad	0.43 %	3.50 Días	3,08 Días

	Total	Diabetes	Hipertensión	Diabetes e Hipertensión
Case Mix	0,999	1,51	1,526	1,602
Cuenta Prom.	100	193	208	215

Fuente . Elab. Propia

Datos Obtenidos desde Alcor-GRD y BO

Contención de costos: desafío urgente para todo nuestro sistema de salud



Es el registro de déficit en la red asistencial más alta:

Deuda de hospitales asciende a \$190.875 millones, y parlamentarios dicen que situación llegó “al límite”

Dipres proyecta que a diciembre el gasto sobre lo presupuestado será de \$160 mil millones. Diputado de la comisión de Salud pide que el Ministerio de Hacienda “ordene el sector” para evitar una crisis mayor.

Isapres: atenciones de salud suben 25% en una década y llegan a 20 por afiliado en 2014

El Mercurio, 10/07/2015

La Tercera, 19/07/2015

Además de contención de costos: desafío de oportunidad / calidad / satisfacción de la población atendida



Sumando a quienes aguardan por una consulta, cifra llega a casi 1,9 millones de pacientes:

Lista de espera para cirugías aumenta 23% el último año, y Salud priorizará resolver los casos anteriores a 2012

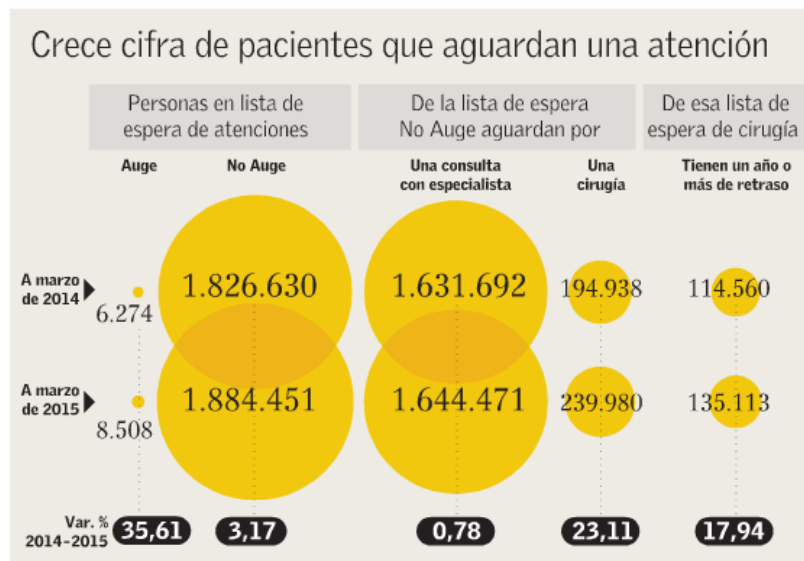
De los 240 mil retrasos en intervenciones quirúrgicas, más de 135 mil superan el año. Instituto Libertad y Desarrollo pronostica más de 200 mil personas en esa condición a fines de 2015.

RENÉ OLIVARES y NADIA CABELLO

La aspiración de todo paciente es que apenas se le detecta un problema de salud, este pueda ser resuelto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la red asistencial no puede solucionar los problemas de inmediato, y es entonces cuando se generan las listas de espera.

Según el último informe que el Ministerio de Salud entregó al Congreso, en marzo de 2015 había casi 240 mil personas aguardando por una cirugía. Esa cifra muestra un aumento de 23% respecto del número de pacientes que requerían una intervención quirúrgica en el mismo mes del año pasado, cuando había casi 195 mil personas en esa situación.

Es un crecimiento que, para la jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, Gisela Alarcón, tiene que ver con problemas estructurales de la red, como la falta de especialistas y de pabellón



Fuente: Libertad y Desarrollo en base a datos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

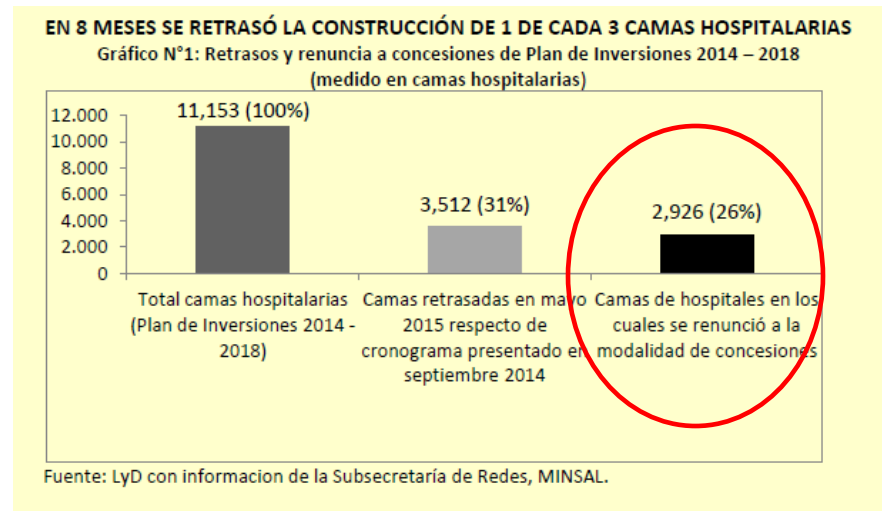
EL MERCURIO

bertad y Desarrollo (LyD), el aumento de la lista de espera implica un deterioro en la resolución de los casos más nuevos. "El sistema no muestra una capacidad de gestión suficiente para poder dar prioridad a las antiguas sin que haya retrasos significativos en los casos más nuevos", dice la directora del programa social de LyD, Alejandra Candia, por lo que pronostica que a fines de año la lista de espera de más de un año para una cirugía superaría los 200 mil pacientes.

Además de estos, en el informe que Salud hizo al Congreso se reconocen 1,6 millones de pacientes que esperaban por una consulta con un especialista a marzo de 2015 (lo que representa un alza del 0,7% si se compara con el año pasado) y hay 8.508 casos de personas cuyos problemas de salud son AUGE y no han sido resueltos dentro de los tiempos comprometidos por ley (35% más que en 2014).

Eso sí, Gisela Alarcón asegura que la situación es distinta y que

Sector público y sector privado se necesitan mutuamente. Regulación debiese incentivar (y no obstaculizar) dicha relación.



Gobierno anuló el proceso de licitación (ya en marcha) de 4 hospitales (Marga Marga, Quillota-Petorca, Sótero del Río y Puente Alto). A su vez, no se concesionarían otros 3 hospitales: Curicó, Linares y Chillán. (CChC) = US\$ 926 millones (un año completo del Plan de Inversiones del gobierno) = 2.926 camas hospitalarias (26% de las nuevas camas del Plan)

Resulta incomprensible haberse cerrado a las concesiones hospitalarias, a pesar de demostrada baja capacidad de ejecución de inversión de MINSAL y de menores retrasos, menores costos por m², transparencia en la definición de roles de las partes (eliminando rol del Estado de juez y parte), por mencionar algunos.

Sector público y sector privado se necesitan mutuamente. Regulación debiese incentivar (y no obstaculizar) dicha relación.



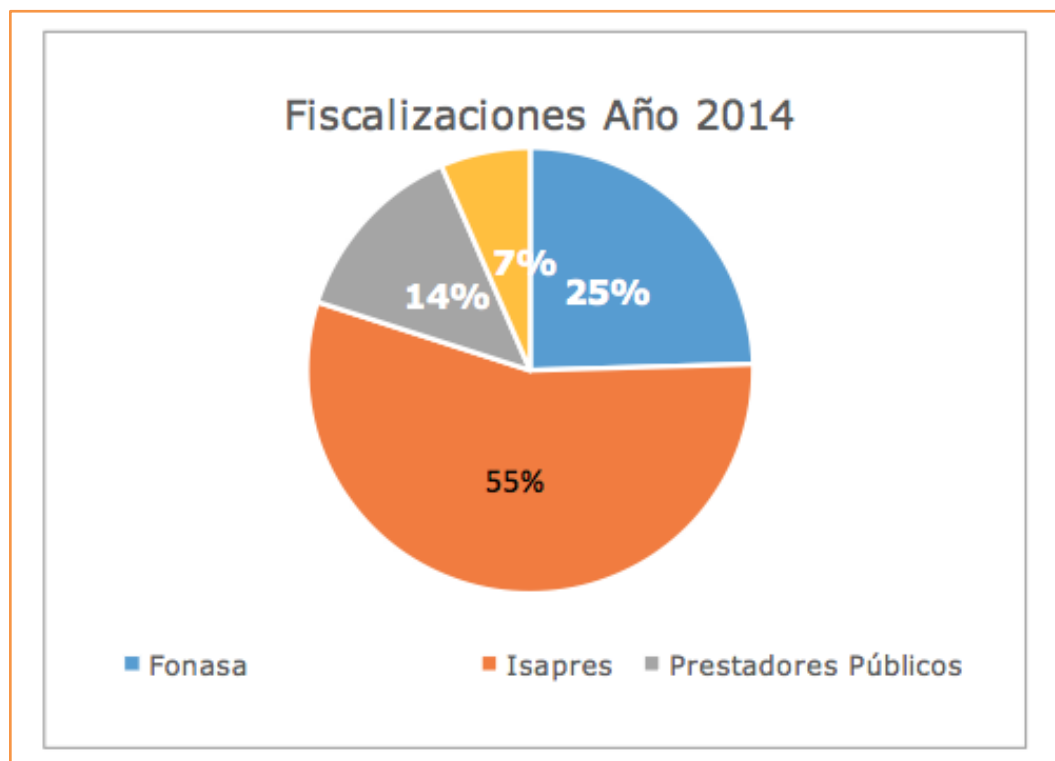
DISPONIBILIDAD DE CAMAS SECTOR PRIVADO Y PÚBLICO
Región Metropolitana vs Regiones

	REGIÓN METROPOLITANA	REGIONES	TOTAL
SISTEMA PÚBLICO	7.823	17.554	25.377
	31%	69%	100%
SISTEMA PRIVADO	5.584	3.198	8.782
	64%	36%	100%
FF.AA	2.388	1.087	3.475
OTROS	50	276	326
TOTAL	15.846	22.116	37.962

Mientras FONASA cuenta con 1.3 camas en regiones/camas en RM por cada 100mil beneficiarios, esta relación es solo de 0.8 para beneficiarios Isapres

Rol de la Superintendencia: avanzar hacia una regulación con mayor simetría

Más de la mitad de las fiscalizaciones que realiza la Superintendencia son a las Isapres, no obstante éstas atienden a menos del 20% de la población



Sistema de Salud Chileno requiere mayor articulación para enfrentar nuevos desafíos



- Baja integración entre niveles de atención. Centro es atención hospitalaria
- Baja integración entre públicos y privados.
- La solución para prevención y manejo eficiente de ENT requiere mirada multidisciplinaria donde la clave está en la **coordinación entre todos los actores** encargados de diferentes servicios de prevención, curativos y de manejo de enfermedad.
- Se reconoce reciente esfuerzo FONASA por avanzar en la racionalización y fortalecimiento de los mecanismos de pago utilizados, incorporando (en hospitalización) los grupos relacionados diagnóstico (GRD), tanto para prestadores públicos como privados.

Integración en Salud: algunas claves para el éxito



- **Visión integral** centrada en la salud de la población (coordinación de diferentes niveles de atención, tipos de prestadores, etc.). Olvidarse de la visión “aguda” de la salud, centrada en enfermedades (hospital no es la solución a todos los problemas)
- Foco en el paciente (indicadores, levantamiento de información). Ellos también son parte de la solución.

Prevención

- RRHH: equipos (y cultura) de trabajo **interdisciplinario** (claridad de roles, confianza).
Ej: incentivos para retención en AP

- Desarrollo de **indicadores de desempeño** /costo efectividad

- **Financiamiento**: Debe ser congruente con mirada salud de la población. Por ende debe mezclar indicadores (resultados) de salud, desempeño y características de la población atendida. Información es clave...

- Sistemas de **Información**: tecnología de punta que permita a los distintos prestadores el manejo de datos necesario para seguimiento del paciente a través de redes y niveles de atención e indicadores de desempeño asociados: ficha clínica electrónica accesible en cualquier nivel, resguardando privacidad de la información. Esto es complejo, demanda tiempo y recursos, pero es central.



¡FLEXIBILIDAD!

Financiamiento pro-integración para mejorar la eficiencia de la inversión en salud frente a nuevos desafíos



- Si bien la **coordinación entre actores** es la respuesta clave para enfrentar los nuevos desafíos en salud, no hay respuesta única a cuál es “el” **mecanismo de financiamiento** que la fomente (o a cómo darle más valor a los recursos desembolsados en salud)
- Tres dimensiones que usualmente se consideran (en distintos niveles):
 - Nivel de “empaquetamiento” del pago
 - Prospectivo (pago fijo, sin riesgo para el que financia) vs Retrospectivo (pago por acto, sin riesgo para el financiado)
 - Cómo incentivar buen desempeño
- Para hospitales, la tendencia es una mezcla entre pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) o DTG (GRD + tratamiento ambulatorio) con *Pay for Performance* (P4P)
- Para doctores, la tendencia es una mezcla entre Pago por Servicio (FFS) y pago capitado
- Nuevos requerimientos de los sistemas de salud (costos y ENT) → *episode – based payment*, que busca incentivar **atención continua** y eventualmente mirada no sólo sanitaria (domiciliaria, social). Muy incipiente y con muchos desafíos de desarrollo de **información** (de actividad, costos y desempeño)
- Ejemplos de integración entre seguro y prestadores a través del financiamiento: salud administrada (*Managed Care Contracts*, MCC) en Suiza, Holanda, EEUU.

Financiamiento pro integración y calidad: incorporar variables de desempeño → *Pay for Performance (P4P)*



- Modelo de financiamiento relativamente nuevo que busca alinear pago con **calidad, coordinación, mejora de salud y eficiencia.**
- A nivel OECD, hoy vigente en 18 países para AP y en 7 para hospitales
- Objetivos en AP:
 - Prevención
 - Manejo de enfermedades crónicas
 - Eficiencia
 - Satisfacción de pacientes
 - Uso de tecnologías de la información
- Objetivos en hospitales:
 - Resultado clínicos
 - Uso apropiado de procesos
 - Satisfacción/experiencia de pacientes
- Clave está en capacidad de medir objetivos: **Información**

En Conclusión



- La integración (en la provisión del servicio de salud) es clave para enfrentar eficientemente los próximos desafíos socio-sanitarios: envejecimiento de la población, mayor prevalencia de ENT, mayores costos, demanda por atención oportuna y de calidad.
- Debemos avanzar hacia un **modelo de atención continua**, centrado en el paciente y en el que él pueda circular fluidamente.
- Para ello la clave está en un **marco regulatorio flexible**, que fomente la coordinación entre todos los actores involucrados (individuos, seguros públicos y privados, profesionales de la salud, prestadores públicos y privados, etc.)
- Esto sin olvidar la importancia de la creación de una **plataforma de información** segura sobre actividad, costos y desempeño.



Muchas Gracias