



DIARIO LA TERCERA

TRATAMIENTO PARA UN ENFERMO CRÍTICO

Propuestas para el sistema de salud chileno

Andrea Butelmann, Fabián Duarte, Nicole Nehme, Guillermo Paraje y Marcos Vergara

En Chile, tanto la salud pública como la privada tienen problemas crónicos. Las alzas sostenidas en los planes de Isapres, el trato discriminatorio a personas de distinta edad o género y la deficiente gestión en la red pública son algunos de los elementos críticos. ESPACIO PÚBLICO ha realizado un diagnóstico de los principales problemas del sistema de salud chileno y propone medidas concretas conducentes a otorgar a toda la población un acceso oportuno y a un costo razonable a una salud de calidad.

Espacio Público es un centro de pensamiento independiente que busca aportar de manera significativa al debate y análisis de las políticas públicas que Chile requiere para enfrentar de manera inclusiva su desarrollo social, político, económico y cultural.

ESPACIO PÚBLICO

San Gabriel 3485, Santiago de Chile

(56 2) 2333 4502

contacto@espaciopublico.cl

www.espaciopublico.cl

¿Por qué nuestro sistema de salud está enfermo?

Un sistema altamente cuestionado por su inequidad e ineficiencia.

Durante los últimos años hemos sido testigos de la indignación de los usuarios de las Isapres, muchos de los cuales han acudido a los tribunales para evitar el alza unilateral de sus planes. Subyace a dichos reclamos una demanda por un cambio de paradigma, que abogue por un sistema más justo en el que jóvenes, sanos y ricos ayuden a financiar la salud de ancianos, enfermos y pobres. Esta nueva concepción exige orientar el mercado privado de aseguramiento hacia un esquema más solidario, de modo que los más vulnerables no queden a la deriva.

El malestar contra las Isapres también se origina en la percepción de que las aseguradoras obtienen elevadas utilidades, mientras que la verdadera libertad de elección y la eficiencia prometida por el mercado de seguros privados no se ve materializada.

78% de los recursos de protección que se presentaron durante 2012 estuvieron dirigidos contra las Isapres.

CUENTA PÚBLICA DEL PODER JUDICIAL, 1 DE MARZO DE 2013

Además, las interminables esperas a las que se enfrentan, año a año, miles de chilenas y chilenos para ser atendidos en los centros asistenciales públicos son intolerables. La incapacidad de la provisión pública para proveer un acceso oportuno y de calidad no se debe solo a la falta de recursos, sino también a una gestión deficiente que se puede y debe mejorar.

UN AÑO y más llevan esperando una cirugía el **56%** de los pacientes no AUGE.

UNIDAD DE GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD, 2014

UN ASEGURAMIENTO poco solidario, segmentado e ineficiente

El aseguramiento privado fue concebido desde una perspectiva extremadamente individualista; además, no ha sido capaz de proveer soluciones de salud efectivas a un costo razonable.

UN ASEGURAMIENTO POCO SOLIDARIO

Durante décadas las mujeres en edad fértil y los adultos mayores han cargado solos con los mayores costos de salud inherentes a su condición, a pesar de que por cada mujer embarazada hay un padre igualmente responsable, o de que a todo joven le espera inevitablemente enfrentar la vejez. La ciudadanía ha tomado conciencia de esta injusticia y, en consecuencia, aboga por un sistema que no discrimine.

UN ASEGURAMIENTO SEGMENTADO

Las Isapres pueden rechazar a los grupos más riesgosos (ancianos, mujeres y enfermos) o subir el precio de los planes en los cuales se concentran para inducirlos a migrar a Fonasa, que actúa como asegurador de última instancia. Al deshacerse de estos usuarios, las Isapres aumentan sus rentas, al tiempo que contradicen el principio básico de todo seguro: que los cotizantes compartan el riesgo de sufrir el evento contra el cual se aseguran.

UN ASEGURAMIENTO INEFICIENTE

Para que la competencia entre Isapres sea efectiva y genere un buen servicio a un precio razonable, las personas deben poder cambiarse de aseguradora sin mayores dificultades, lo que se ve dificultado por la proliferación de planes y la cautividad de un número importante de beneficiarios.

También se requiere que nuevas empresas puedan ingresar al mercado sin mayor dificultad, de manera de inducir a las existentes a mejorar sus servicios y/o bajar sus precios. La integración vertical entre Isapres y prestadores podría dificultar el ingreso de nuevas empresas, ya que una nueva Isapre tendría que invertir en una red de prestadores propia (por ejemplo, clínicas) para competir en igualdad de condiciones.

En los últimos años, además, han proliferado los seguros complementarios, que cubren los copagos contemplados en los planes de las Isapres. Ello limita el rol de los copagos, que consiste en desincentivar el sobreuso de prestaciones, lo que aumenta el costo general del sistema.



PROPUESTAS

PARA ALCANZAR UN SEGURO SOCIAL SOLIDARIO Y EFICIENTE

Un pilar solidario ampliable

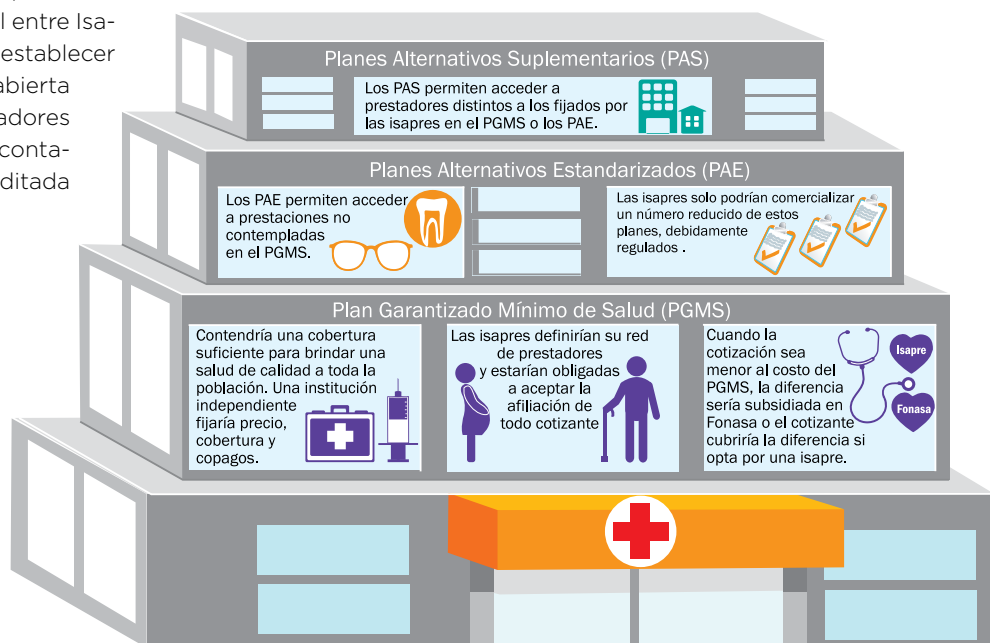
Proponemos que en la base del sistema opere el plan garantizado mínimo de salud (PGMS), que cubriría a toda la población. Para su financiamiento se sugiere crear un Fondo de Compensación de Riesgos que recolecte los ingresos de los afiliados y los distribuya a las distintas Isapres y Fonasa, de acuerdo con el riesgo de la cartera de cada aseguradora.

El PGMS se acompaña de planes alternativos estandarizados y planes alternativos suplementarios que permiten acceder a prestaciones y prestadores, respectivamente, diferentes a los establecidos por las Isapres y Fonasa en el PGMS. Con el objeto de limitar el sobreuso de prestaciones, estos planes no cubren los copagos establecidos en el PGMS.

Esta reforma permite, simultáneamente, hacer al sistema más solidario al eliminar la actual discriminación contra los individuos de mayor riesgo y promover la competencia mediante la estandarización de los planes comercializados y la posibilidad real de todos los afiliados de cambiarse de Isapre.

Desintegración vertical para aumentar la competencia

Para asegurar la competencia proponemos avanzar en la desintegración vertical entre Isapres y prestadores o, a lo menos, establecer una obligación de contratación abierta no discriminatoria para los prestadores relacionados a Isapres, junto a una contabilidad regulatoria debidamente auditada que transparente los precios de transferencia entre los prestadores y sus Isapres relacionadas.

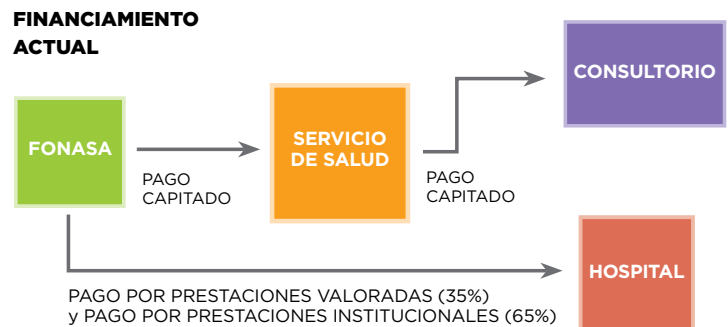


Proveedores públicos al debe

En la mañana sobran médicos. En las tardes sobran quirófanos. Los pacientes siguen esperando. Los problemas en nuestros hospitales no obedecen sólo a la falta de recursos sino además a falencias en la gestión.

SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DIFICULTA LA GESTIÓN EN RED

En teoría, cada servicio de salud debe actuar como coordinador de su red de hospitales y consultorios a cargo. Sin embargo, estos no compran los servicios requeridos, elemento clave para llevar a cabo dicha misión, sino que es Fonasa la que cumple el rol de comprador-administrador, en un marco que no incentiva a los hospitales a hacerse cargo de las consecuencias de su gestión, pues el 65% de su financiamiento corresponde al pago por prestaciones institucionales, que no guarda relación con los servicios prestados. Adicionalmente, el financiamiento que se otorga a los consultorios no les brinda incentivos para moderar sus derivaciones hacia los hospitales, dado que el costo asociado a estas no genera impactos sobre su presupuesto.



RIGIDECES ADMINISTRATIVAS ENTORPECEN LA GESTIÓN DE RECURSOS

Los hospitales enfrentan importantes limitaciones al momento de gestionar sus recursos físicos y humanos. Estos cuentan con pocos fondos para enfrentar el deterioro de la infraestructura y la actualización del equipamiento médico, por lo que tienen que esperar que los servicios de salud tomen dichas decisiones, que no poseen un conocimiento cercano de las necesidades más urgentes.

La gestión de los recursos humanos también depende de los servicios de salud, lo que ha obligado a los hospitales a recurrir a mecanismos informales y poco eficientes para enfrentar la escasez de especialistas, como por ejemplo reducir la contratación de médicos a cambio de un aumento en la compra de servicios médicos.

ORGÁNICA INSTITUCIONAL LIMITA LA TOMA DE DECISIONES ESTRATÉGICAS

Existen roles contrapuestos al interior del Ministerio de Salud. De él dependen la Subsecretaría de Salud Pública, encargada de autorizar, regular y fiscalizar los servicios otorgados por los hospitales, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, encargada de gestionar la red asistencial. Este hecho limita la capacidad para cumplir ambas funciones adecuadamente.

A su vez, el carácter unipersonal de la cadena de mando dentro de la red pública impone una gran responsabilidad a los directores de los hospitales, lo que puede desincentivar en ellos la toma de decisiones clave, sobre todo cuando estas tocan los intereses de los gremios del sector y se presiente que los conflictos pueden escalar muy rápidamente.

¿POR QUÉ ES DESEABLE LA GESTIÓN EN RED?

➔ Porque permite que cada decisión se tome en el nivel que mejor puede gestionarla: las que tienen implicancias en todo el sistema por el coordinador de la red (servicio de salud), mientras que las decisiones relacionadas con la prestación por quienes proveen los servicios (consultorios y hospitales).

➔ Porque racionaliza eficientemente las prestaciones complejas a través de una puerta de entrada al sistema (atención primaria de salud).

PROPUESTAS

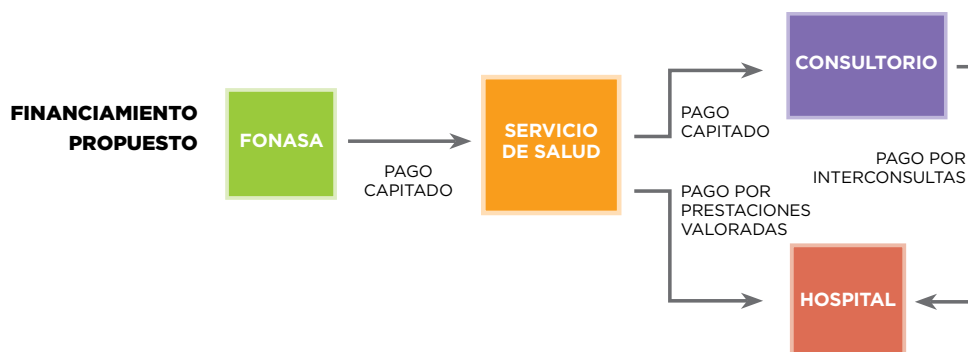
PARA UNA PROVISIÓN PÚBLICA DE EXCELENCIA

Para que la gestión en red sea óptima es fundamental alinear el esquema de financiamiento y la orgánica de la red con dicho fin, junto a la entrega efectiva del manejo de los recursos en el nivel hospitalario, que es donde se entregan las prestaciones. En consonancia con lo anterior, Espacio Público propone:

Modificar el esquema de financiamiento para potenciar la gestión en red

Como gestores de la red, proponemos que los servicios de salud reciban de Fonasa un pago capitado (es decir, por población a cargo) ajustado por factores de riesgo de su población. Para financiar la atención primaria, los servicios de salud transferirían un pago a los municipios, también en base capitada. Según este esquema, parte de los recursos irían a un fondo para que el municipio financie sus interconsultas a los hospitales. Además, el municipio podrá disponer libremente del saldo al cierre del año contable, de modo de incentivar el uso racional de la derivación.

Proponemos que los hospitales se financien principalmente a través de pago por prestaciones valoradas provenientes del servicio de salud respectivo, de modo que en su calidad de gestor de la red compre a los hospitales las prestaciones necesarias para solucionar los problemas de salud de su población a cargo.

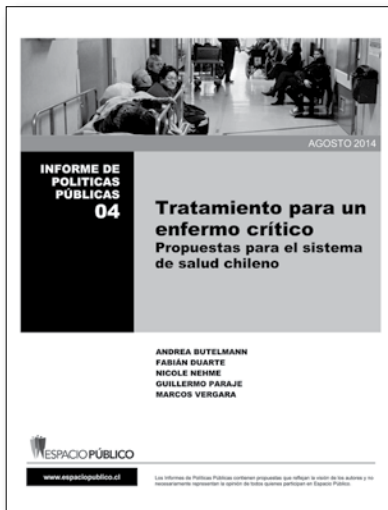


Otorgar más recursos y herramientas de gestión a los hospitales para mejorar sus servicios

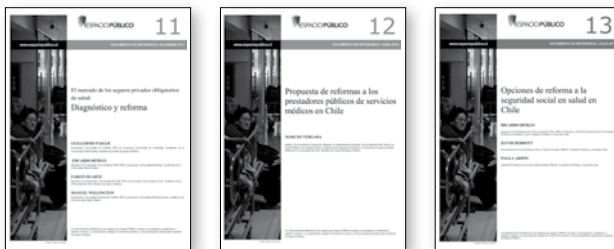
Proponemos que las políticas de inversión relacionadas con el equipamiento médico sean realizadas por los hospitales, que deben disponer de un presupuesto para ello. Asimismo, la gestión de recursos humanos debería transferirse a los hospitales, pues estos son los que mejor conocen sus necesidades. Además, se requieren más recursos para actualizar el personal y superar la falta de especialistas médicos. Finalmente, se debe realizar un esfuerzo por actualizar la infraestructura de la red hospitalaria.

Modificar la orgánica institucional para mejorar la toma de decisiones

Proponemos desconcentrar la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio. Esta debe estar presidida por un directorio multidisciplinario, de modo de aumentar su capacidad de tomar decisiones estratégicas.



Para un análisis en profundidad, que contiene un diagnóstico más amplio y el listado completo de nuestras propuestas de reformas, ver el *Informe de Políticas Públicas N°4 - "Tratamiento para un enfermo crítico: Propuestas para el sistema de salud chileno"*, disponible en www.espaciopublico.cl.



Para los antecedentes generales que sirvieron de insumos para la elaboración de nuestras propuestas, ver los siguientes Documentos de Referencia, también disponibles en nuestra página web:

- Guillermo Paraje, Eduardo Bitrán, Fabián Duarte y Manuel Willington, **"El mercado de los seguros privados obligatorios de salud: diagnóstico y reforma"**, Documento de Referencia N° 11.
- Marcos Vergara, **"Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile"**, Documento de Referencia N° 12.
- Ricardo Bitrán, David Debrott y Paula Arpón, **"Opciones de reforma a la seguridad social en salud en Chile"**, Documento de Referencia N° 13.

Otras publicaciones de ESPACIO PÚBLICO:

- Eduardo Engel, Ernesto Muñoz y Andrea Repetto, **"Hacia una sociedad sin abusos: Propuestas para una protección eficaz de los consumidores"**, Informe de Políticas Públicas N°1, agosto de 2013.
- Alejandro Aravena, José De Gregorio e Iván Poduje, **"Vía rápida para reducir la desigualdad: Propuestas para revertir la segregación urbana en nuestras ciudades"**, Informe de Políticas Públicas N°2, octubre de 2013.
- Alejandro Carrasco, Dante Contreras, Gregory Elacqua, Carolina Flores, Alejandra Mizala, Humberto Santos, Florencia Torche y Juan P. Valenzuela, **"Hacia un sistema escolar más inclusivo: Cómo reducir la segregación escolar en Chile"**, Informe de Políticas Públicas N°3, mayo de 2014.