

SALUD

El Paradigma en la Salud Chilena: Avances desde la Clínica y Retrocesos en la Gestión Pública

El Ciudadano · 19 de diciembre de 2011





Chile sin duda es un país modelo en términos de salud, especialmente para los países vecinos en cuanto a su desarrollo epidemiológico y tasas de desarrollo de distintas especialidades. Para esto algunos datos, la mortalidad infantil desde 1990 a 2007 se redujo 16 por mil nacidos vivos a 7,9. Las tasas de cobertura de vacunaciones son altas también llegando al 99,5% a la tercera dosis de la pentavalente.

Ahora los temas de salud no se concentran pensando solo en la erradicación de la pobreza sino que son un aporte, dicho esto, las inequidades en salud en varias materias a diferencia de las económicas no existen o si aparecen no son tan notorias, por ejemplo, la atención del examen del Papanicolau presenta casi iguales coberturas en todos los quintiles, no habiendo diferencias importantes entre el primer y quinto quintil y en caso de las transferencias, el 20% de la población mas pobre concentra el 50% de estos dineros estatales [1].

Ahora este avance en salud ha traído consigo la proliferación de acciones nuevas de parte de los profesionales, lo que sin duda, ha experimentado una alta especialización también de los centros de salud públicos y en mayor medida de los privados. Y para lograr reducir las listas de espera no solo se necesita una entidad de salud primaria, secundaria o terciaria sino que se necesita el equipamiento adecuado, situación que va encareciendo los costos. Entonces dado esto se necesita

una metodología de gestión administrativa y financiera acorde con lo que se pretende entregar.

Este último punto en su desarrollo es la base de lo que llamaré el “*Paradigma de la Salud en Chile*”.

El Paradigma de Salud:

Como dice el Dr. Federico Tobar:” *al mismo modo que se mejora la salud de la población, se menosprecia la salud de los sistemas de salud [2]*”, rescatando este comentario, es necesario mirar lo ocurrido en los últimos 50 años en esta materia.

Al parecer, durante este tiempo y en especial desde la vuelta de la democracia, sí se ha experimentado una serie de cambios en las políticas públicas y de aseguramiento en sistemas de salud y mejoramiento que busca una modernización importante, pero esto no ha sido realmente implementado en la práctica.

Esto ha permitido la concepción de un paradigma, tratando de entregarle mayor solución en términos de resolver situaciones de salud, las políticas no han tenido los mismos avances en los sistemas institucionales que finalmente son los que los cobijan y le entregan los medios para su desarrollo.

Al principio, las políticas en salud apuntaban más a las formas de coordinar y recuperar la salud de la población, pero con el avance de los años se han implementado más configuraciones y como decía antes, modernizaciones estructurales en los sistemas de salud.

La OIT (Organización Internacional del trabajo) reconoce dos sistemas principales de remuneración: Sistema de Remuneración por Resultado y Sistema de Remuneración por Tiempo. Las diversas modalidades de remuneración médicas estarían dentro de uno o de otro sistema, sucediendo entre ellos diversos arreglos de tipos mixtos.

La Remuneración por Resultado es un sistema en el cual las ganancias varían según el tipo, cantidad y calidad de los servicios producidos, con énfasis en los productos como resultados individuales o colectivos, que se pueden expresar en términos de hecho, caso tratado o persona atendida.

En el Sistema de Remuneración por Tiempo es en función del tiempo que el trabajador está a disposición de su empleador. No hay una relación explícita, formal y previamente establecida entre remuneración y volumen de productos producidos. El médico es contratado por las horas que trabaja en la clínica, un cierto número de noches o por tiempo integral, recibiendo un salario anual, corrientemente en una base mensual, para un determinado número de horas por semana.

Una forma de pago más suplementaria es representada por el pago de tasas globales por servicios relacionados. Por ejemplo: una tasa global para el embarazo que incluye todas las consultas de prenatal, parto y atención pos-natal como en algunos servicios de obstetricia, acá se identifica como el método PAD.

Por honorario o unidad de servicio/procedimiento (Fee-for-Services) es el sistema de pago más tradicional para remunerar el trabajo médico. En esta forma se cancela cada acto médico, cada examen solicitado, cada cirugía, o sea cada procedimiento realizado (el pago generalmente depende del tipo de demanda) y sucede después de haber sido prestado el servicio.

La siguiente modalidad es por capitación donde se remunera al médico un valor fijo por paciente inscrito por un periodo determinado, independiente del tipo y cantidad de servicio prestado (número de visitas o consultas). Este pago puede cubrir una parte o todo el cuidado recibido por un paciente. Tal valor es siempre inferior que el costo medio de un tratamiento previsto para una especialidad médica.

Ahora como adelantaba anteriormente, todas estas y otras modalidades tiene aspectos positivos como negativos y una forma de aumentarlos como disminuirlos respectivamente es la búsqueda de equilibrar sus calidades en una forma de pago mixta.

Para ejemplo de lo anterior tenemos lo comentado por los investigadores Randall P. Ellis y Michelle Miller [3]: *“Los pagos se pueden basar en proveedor de características, que tienden a minimizar los incentivos para la calidad y cantidad. O puede basarse en las cantidades de los servicios prestados y las características del paciente, que proporcionan mayores incentivos para la calidad y cantidad. Los pagos utilizando métodos tanto más amplios como paquetes de servicios y un mayor número de categorías de pago están creciendo en prevalencia. La innovación reciente de los intentos de pago basados en los resultados para orientarlos sobre los principales atributos han tratado de mejorar los incentivos, una mejor gestión de los pacientes, y controlar los costos”*.

En el caso de los médicos de hospitales con especialización sí se puede hacer esta mixtura, pero normalmente para los que carecen de especialización y que trabaja en atención primaria en Chile como en los países de la OECD permanece la forma de pago relacionada con la capitación, suplementado con pago por unidad de servicio/procedimiento, retrospectivamente, algunos servicios específicos (incentivo por edad, sexo y por pacientes de costo elevado) normalmente como pago extra por programa especial en salud, cosa rara en Chile.

Ahora la forma de realizar esta mixtura, hace no solo relación de importancia de la calidad de atención y aspectos médicos relevantes, sino la de ir controlando de buena forma los gastos en salud, esa es una de las máximas inspiraciones que se debe presentar al establecer una forma de pago en los sistemas de salud.

Este aspecto importante no se entrega como evidencia para la atención primaria de nuestro país, naciendo un siguiente paradigma. En donde las necesidades de entrega de salud nos da cuenta de una modalidad de atención que requiere de un especialista donde no lo hay, entregando una salud muy lejos de una calidad estándar basada en la evidencia, producto de que estos incentivos al parecer solo merecen la pena en la alta especialización.

La Autogestión en Salud, caso chileno:

Después de analizar lo que la literatura genera como pasos de pago en la atención de salud, como sus incentivos positivos y negativos, es necesario el mirar las políticas públicas y reformas en salud, especialmente la ultima que habla de una nueva Ley Sanitaria y en base a la implementación de hospitales «autogestionados».

La reforma consta de varios cuerpos legales aprobados entre los años 2003 y 2005, los que guardan relación con una mayor capacidad regulatoria del Estado a los actores privados; un plan de salud obligatorio y de acceso universal (garantías en salud, GES) que cubre el 70% de la carga de enfermedad de la población. Lo interesante es la separación de funciones en las acciones de rectoría; financiamiento y prestación de servicios, con la implementación de la «autogestión en red» para los hospitales.

La creación de los hospitales autogestionados tiene a lo menos tres importantes consecuencias:

-Primero, el hospital autogestionado siguiendo las metas asistenciales trazadas por su red. Sus equipos clínicos deben construir un plan de actividades, crear un plan de inversiones que éstas requieren, las cuales fundamentarán la propuesta de presupuesto que el establecimiento negociará.

-Segundo, tienen la posibilidad, respetando su marco presupuestario, de contratar personas naturales y/o jurídicas aún en funciones propias hasta un tope de un 20% de su presupuesto, de forma de asegurar el recurso humano que requiere su plan para sus actividades;

– Tercero, tienen la facultad de darse su propia organización interna, así como proponer modificaciones a las glosas presupuestarias, celebrar contratos y convenios -en particular con FONASA, seguros privados y centros formadores-, dentro de otras nuevas facultades de administración.

Ahora bien, la organización en el mercado de la economía de salud presenta entidades que costean las acciones en salud, los insumos de salud como la hotelería y a su vez son los encargados de administrar financieramente el sector, de esta forma la institución del FONASA presenta una doble función, siendo arte y parte de las atenciones en salud sin permitir la actualización hace por lo menos 3 años de los costos relacionados y por ende los pagos que debe entregar a las instituciones que finalmente entregan la salud a la población. Estos costos son capturados por la institucionalidad para generar “paquetes” de atención según CIE 10 protocolizados y con escala de pagos determinados para los Hospitales. Éstas se van traduciendo según actividad de salud y es lo que funcionalmente por distintas vías (programas) se recibe como financiamiento según cumplimiento de la meta de gestión que en gran medida recibe solo una notificación de cuantía y no necesariamente de calidad.

En un trabajo [4] encomendado a finales del año 2006 y entregado a finales del 2008 a la Universidad Pompeu Fabrá de Barcelona, España, donde se les pidió analizar y perfeccionar la financiación en salud, entregándole las observaciones a la Secretaría Ejecutiva de una Comisión de recepción del MINSAL; ha establecido que Chile debe aprovechar esta reforma para poder desarrollar una nueva metodología para la asignación relativa de recursos presupuestarios a los Servicios de Salud como

“- discusión sobre esquemas de financiamiento y asignación de recursos en Salud Pública – establecimiento de criterios generales para la revisión del sistema per cápita en Atención Primaria municipalizada – perfeccionamiento de los instrumentos para la recopilación de información sobre equipamiento e infraestructura en hospitales – capacitación de personal en la Metodología de Gestión Productiva de Servicios, WinSIG y costeo de servicios sanitarios – levantamiento de información y diagnóstico de la implementación de WinSIG en el SNSS – revisión del modelo de atención y gestión, y del esquema de financiamiento de la Red de Urgencia – apoyo en tareas específicas al Grupo de Trabajo “Análisis y Diseño de Sistemas de Gestión de Actividad en la Autoridad Sanitaria Regional y Mecanismos de Asignación de Recursos” Así también, en el ámbito de gestión del proyecto de la Comisión se generaron condiciones mínimas de trabajo en términos de constitución de un equipo técnico central, apoyo secretarial y administrativo, dotación de equipamiento e infraestructura, y recursos presupuestarios específicos para llevar adelante las actividades comprometidas”.

Desde este anuncio aun no se han efectuado avances importantes, actualmente para la evolución de la Ley se han estipulado Hospitales autogestionados por derecho y no por hecho. Actualmente estos centros solo reciben una forma de pago ya estipulado y esto siempre y cuando estas instituciones hayan podido generar los costos que representa cada diagnóstico, en donde FONASA es el encargado de valorarlo, y luego de repartir los pagos. ¿Que ha producido esto? El ya conocido desfinanciamiento del área que se remonta a largos años.

Por ende, en Salud los buenos indicadores sanitarios se han logrado con mucho trabajo desde el ámbito clínico, ya que la gestión se encuentra dramáticamente al debe.

Por **Christian Hernández Valenzuela**

Licenciado en Obstetricia y Matrón – U de Santiago de Chile

Diplomado en Administración en Salud – U de Chile

Diplomado en Gobierno y Gestión Pública – U Alberto Hurtado

Magíster en Economía Aplicada a Políticas Públicas – Georgetown University

[1] Fábrega, Ricardo; Sepúlveda, Hernán; “La difícil Situación de la Salud Chilena”; Centro de Asuntos Públicos, Informe 834; 08/09/2010, Santiago de Chile.

[2] Tobar, Federico; “Políticas de Salud: Modalidades y Tendencias”; Revista Políticas de Salud, Setiembre 2010; Buenos Aires, Argentina

[3] Ellis R, M Miller. Provider payment methods and incentives. Encyclopedia of Public Health; Universidad de Boston, USA; 2008.

[4] Comisión Sectorial de Presupuestación y Transferencias; “Nuevos Mecanismos de Transferencias Mixtos en Servicios de Salud y establecimientos del SNSS”; Ministerio de Salud; Año 2008

Fuente: [El Ciudadano](#)