

Acceso Universal con Garantías Explícitas: La versión chilena del POS, una reforma que funciona

Antonio Infante, M.D. M.P.H.
ainfantebarros@gmail.com

Ex Viceministro de Salud de Chile



Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

En 1952 Chile copia el sistema de salud inglés y lo implementa como Sistema Nacional de Salud, con financiamiento tripartito entre trabajadores, empleadores y el Estado. En el año 1968 surgió un subsidio para empleados de cuello blanco que con una contribución adicional podían asistir al médico privado; éste fue un primer gesto de fragmentación del sistema. Entre 1979 – 1990 fueron adelantadas reformas estructurales que sustituyeron el Sistema Nacional de Salud por Servicios de Salud Locales. El gobierno dividió el servicio de salud en público y privado, creó las ISAPRE que son las contribuciones de protección al seguro privado y municipalizó la Atención Primaria en Salud (APS). Con estos cambios la inequidad empezó a sentirse fuertemente. Entre 1990 y 2000, con la recuperación de la democracia, se adelanta un proceso de reforma centrado en la gestión y la organización de los servicios, en procura de volver al sistema de salud público. A partir del año 2000 los delantales blancos recuperaron su papel protagónico en el sistema y la reforma iniciada en ese entonces presentó un carácter fundamentalmente sanitario.

El proceso de reforma iniciado en el año 2000 se fundamentó en la persistencia de: 1) Marcadas Inequidades, 2) Cambio Epidemiológico, 3) Ineficiencia en el uso de los recursos, 4) Insatisfacción ciudadana. Evidencias, como el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2000, mostraron a Chile con muy buenos niveles de atención de menores de cinco años, pero

con un desempeño muy inequitativo producto de las reformas adelantadas por el gobierno militar a principios de la década de los 80. Una prueba de las inequidades eran las listas de espera, pues quienes morían esperando eran los más pobres; básicamente porque mientras se contara con más recursos era posible encontrar otros caminos para saltar la lista. En ese sentido, la reforma del sistema de salud estuvo fundamentada en orientar recursos hacia actividades con mayor impacto sanitario y en establecer derechos exigibles para las personas. Por tanto, el derecho a la salud debía entenderse como garantías explícitas y exigibles de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con el objetivo de reducir las desigualdades, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y fortalecer la participación social.

El camino de la reforma comenzó con la identificación de las fallas del sistema y la promulgación de los Objetivos Sanitarios (equidad, ajuste a perfil epidemiológico, respuesta a necesidades de usuarios, mejorar indicadores) como prioridad de la reforma. Para llevarla a cabo fue creado el sistema AUGE como instrumento planificador y garante del derecho a la salud. El requisito fundamental para adelantar el proceso de reforma era un modelo de atención con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad privilegiando la Atención Primaria en Salud. En materia administrativa, los componentes del sistema fueron divididos de la siguiente manera: el Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria que define políticas; la Red Asistencial pública y privada se

encargan de la prestación de servicios médicos; por último, FONASA, como seguro público, y ISAPRE como seguro privado, se encargan del financiamiento del sistema. Todo el sistema está regulado y vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud que garantiza que exista acceso, calidad, oportunidad y protección financiera en los servicios médicos.

Para determinar el conjunto de problemas priorizados fueron realizadas encuestas y grupos focales, estudios conocidos como de prioridades sociales. En 1997 la demanda de la población estaba enfocada a la solución de los problemas de atención en temas vitales, demanda que cambió en el estudio del 2008 hacia la exigencia de igualdad en la importancia de la atención de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. La preocupación por parte de los técnicos era la priorización a partir de los años de vida saludables perdidos, buscando que las medidas que se tomaran tuvieran un impacto significativo, es decir, que los problemas susceptibles a atacar estuvieran sujetos a mejoras. Algo muy importante fue el análisis que se llevó a cabo para conocer qué era posible hacer con los recursos con los que contaba la Red Nacional de Salud, y cómo se podían alcanzar determinadas metas a partir de las inversiones necesarias para garantizarle a la población la atención que necesitaba. Con todo este trabajo fue conformado el conjunto de Garantías Explícitas que se buscaban otorgar a la población en una implementación gradual de tres años.

El proceso de reforma no fue nada fácil, los problemas políticos y culturales estuvieron muy presentes en los primeros momentos. El gremio médico de Santiago de Chile ejerció una presión significativa a través de publicidad en los vehículos del transporte público. Los médicos se organizaron para hacerle frente a la reforma y desempeñaron un rol muy importante para que la discusión fuese muy profunda. En el parlamento el proyecto demoró casi dos años y medio en llegar a ser ley porque el debate contempló cada detalle de los cambios propuestos, además de las diferencias entre quienes defendían los modelos más ortodoxos de financiación subsidiando la oferta, frente a la propuesta de contribuir a la reducción de la inequidad a través del fortalecimiento de la demanda. A pesar de que el gremio médico se mostraba a favor de la salud pública, se opuso fuertemente porque la reforma intervenía la práctica clínica; sin embargo, para los promotores de la misma, no era posible ofrecer garantías a toda la población si no se definía, a manera de orientaciones sugeridas, cómo se iban a prestar los servicios y qué pasos se debían seguir en el ejercicio médico. Contrario a esta oposición, la población se mostraba muy de acuerdo con la reforma cuando está fue recién presentada, luego de la campaña de desprestigio, el apoyo se redujo a la mitad.

Para la implementación de la reforma fue construida una guía clínica para cada uno de los temas de priorización incluidos. Cada guía fue construida por las universidades y las sociedades científicas, que a partir de la evidencia, definieron las mejores

prácticas para la solución de cada problema. Las guías clínicas contenían todo lo relacionado con el problema puntual; sin embargo, dada la limitación de recursos, de estos documentos se estableció lo que era posible garantizar efectivamente por el sistema AUGE; el resto quedó a discrecionalidad del seguro médico. Por ejemplo, ante un infarto un chileno tiene garantizada la fibrinólisis, pero no está garantizada la angioplastia, aunque cada vez es más fácil el acceso a esta última. Ahora en cuanto a la financiación del sistema, a través de estudios de carga de la enfermedad, de prevalencia e incidencia internacional, para cada problema se estimó su costo y finalmente se estableció la prima de salud, para ese entonces de U\$100 dólares anuales. Finalmente, las diferencias entre la capacidad y calidad de la oferta del momento con las necesidades de infraestructura que exigía la reforma, obligaron a que se llevaran a cabo inversiones importantes en hospitales y clínicas para garantizar las condiciones óptimas de la prestación de los servicios.

La reforma entró en vigencia en 2005, fue implementada totalmente en 2007. Con tres o cuatro años es muy prematuro medir impactos de la misma, sin embargo, hay evidencia de algunas señales positivas de la reforma. Los problemas que anteriormente no eran tratados por el sistema público y que se incluyeron dentro de la reforma, muestran una tasa de uso por los tratamientos mucho mayor comparada con la tasa de uso en el sistema público. En general, los tratamientos que presentan mayor tasa de uso en el sistema privado, comparados con el sistema público, son los más costosos. Por su parte, el subsidio en salud se encuentra bien focalizado, pues los deciles más bajos de la población por ingreso reciben proporcionalmente más subsidio; los tres deciles más ricos contribuyen al subsidio por lo que no reciben ningún porcentaje de este rubro. La reforma permitió que entre 1996-1997 y 2006-2007, el gasto en salud se redujera en cada uno de los deciles, pero el gasto en medicamentos se incrementó, lo que se traduce en un problema que hay que atender con prioridad.

En cuanto a la evaluación del sistema, lo que las personas mejor califican es la protección financiera, lo que se convierte en algo muy satisfactorio porque lo más importante con estas reformas es brindar tranquilidad a las familias. De acuerdo con un estudio del Ministerio de Salud, de diciembre de 2008, la población, a diferencia de 1996, no expresa el temor de morir sin ser atendido ni miedo a empobrecerse por un gasto médico catastrófico. A pesar de los avances, queda pendiente simplificar y mejorar las garantías para una mejor comprensión por parte de la población; profundizar el modelo de Atención Primaria en Salud municipalizado, que actualmente presenta problemas de clientelismo en su desarrollo; afianzar la credibilidad en el sistema, que se ha visto minada por algunos problemas con las listas de espera y el cumplimiento de las garantías explícitas y finalmente, y tal vez lo más importante, lograr la adhesión del gremio médico al proceso. ■