

Una mejor Salud Pública es posible

El Gobierno, teniendo claros los diagnósticos, así como las posibles intervenciones para mejorar la productividad de los hospitales públicos, ha decidido tomar otro rumbo en materia de políticas públicas. En el ámbito legislativo, se impulsa una reforma a Fonasa que tendrá como consecuencia la inclusión de prestadores privados en la red de salud, los que competirán con los actores públicos por los pacientes y fondos públicos. Una vez más, se elude el problema de fondo y se busca corregir el síntoma y no la enfermedad.

Recientemente se ha conocido el informe de la Comisión Nacional de Productividad sobre el desempeño de la Red Pública de Salud respecto de las cirugías electivas y los tiempos de espera de la población. En este informe se aborda la productividad de la red centrándose en lo quirúrgico, identificando un déficit de productividad y un problema de capacidad ociosa, lo cual provoca un aumento del gasto e impacta negativamente en los tiempos de espera de la población.

El Gobierno, teniendo claros los diagnósticos, así como las posibles intervenciones para mejorar la productividad de los hospitales públicos, ha decidido tomar otro rumbo en materia de políticas públicas. En el ámbito legislativo, se impulsa una reforma a Fonasa que tendrá como consecuencia la inclusión de prestadores privados en la red de salud, los que competirán con los actores públicos por los pacientes y fondos públicos. Una vez más, se elude el problema de fondo y se busca corregir el síntoma y no la enfermedad.

Un diagnóstico crítico

Dentro de los aspectos más relevantes que se señalan en el

informe de la Comisión Nacional de Productividad, figura el déficit en la utilización de los pabellones quirúrgicos, los cuales se emplearían durante un 53% del horario institucional con 4,8 horas diarias, en comparación el National Health Service (NHS) inglés, que utiliza 6,4 horas (en ambos casos el horario institucional es de 9 horas). En el informe se señala que esto tendría varias explicaciones, tanto relativas a los problemas de gestión, así como a brechas de personal, con especial énfasis en lo relativo a la anestesia: solamente un 19% de los hospitales tiene la oferta institucional de anestesia necesaria para cubrir el horario institucional, repercutiendo en crear cuellos de botella para resolver la lista de espera.

Junto a lo anterior, el informe señala que el personal tiene niveles importantes de ausentismo por licencias médicas (no se profundiza en las causales). Se establece enfáticamente que una gran parte de las cirugías electivas que se desarrollan en los hospitales no son ambulatorias pudiendo serlo, por lo que requieren internar a los pacientes haciendo uso innecesario de las camas disponibles. Lo anterior, implica que se requiera mayor tiempo y a un costo más alto. La estadía en el hospital también es considerada alta, por lo que se estima que hay una importante fuente de ineficiencia relativa a una mayor utilización de las camas, aunque es preciso señalar que la población beneficiaria tiene una carga de enfermedad superior al sector privado producto de la selección de riesgo efectuado por las Isapres. No obstante, otra posible explicación es que el fenómeno esté relacionado a déficits en lo preventivo y en tener a los enfermos crónicos compensados, por lo que no es algo de responsabilidad directa de los hospitales. Una estadía más larga implica mayores costos, así como mayor riesgo para los pacientes.

El informe señala adicionalmente que debemos mejorar la forma en que gestionamos la lista de espera. El tiempo medio de espera para una cirugía electiva en hospitales de alta

complejidad durante el 2017 fue de 379 días. Adicionalmente, hay una gran brecha de tiempos entre hospitales respecto de cuánto demoran en la resolución de casos. También, se corroboran problemas de registro en el sistema de información para gestionar la lista de espera.

Un elemento crucial que es visibilizado en el informe es el problema relativo a los costos de producción. El documento constata que no hay un estudio de costos actualizado, ya que el último fue realizado el 2011. Allí se evidenció que un 62% de las prestaciones costeadas tenían un precio superior que su arancel de Modalidad de Atención Institucional (MAI) correspondiente. En promedio, las diferencias fueron de un 111%. La consecuencia de este problema es el endeudamiento crónico de los hospitales, cuanto más hacen, más se endeudan. Este punto es algo que desde el mundo sindical y social se viene levantando desde hace mucho tiempo y que es relevante que sea visibilizado.

Política de salud del Gobierno

La actual administración de salud ha tenido una política errática, ingresando muchos proyectos de Ley que han estado orientados en una dirección contraria tanto a las recomendaciones de la Comisión Nacional de Productividad, como a lo levantado desde el mundo social y, por cierto, desde los profesionales de la salud agrupados en la Confederación Fenpruss.

Respecto del financiamiento de la red hospitalaria, el gobierno está en proceso de implementar un nuevo mecanismo de pago mediante los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Esta modalidad es ampliamente utilizada en el mundo y tiene la particularidad de que permite pagar por complejidad según egresos efectivos. Sin embargo, hay letra chica. En Chile, la experiencia sobre GRD ha estado limitada a ser un instrumento de gestión clínica y no un mecanismo de pago a los hospitales. Adicionalmente, al comparar el presupuesto 2020 por hospital

con el gasto real 2018 se puede evidenciar un promedio de -16,9% (con mínimos de -35,9% y máximos de 16,93%). Esto quiere decir que los hospitales en promedio contemplan 16,9% menos recursos para el 2020 que los gastos efectuados al 31 de diciembre de 2018. Nuevamente, al comparar presupuesto GRD de hospitales esta vez con la proyección del gasto al 31 de diciembre de 2019, la variación promedio es de -14,48%, con una mediana de -14,47% (mín. -34,82% y máx. 22,53%). Considerando esto, se estima un déficit presupuestario para la implementación del GRD entre los \$458.429 a \$535.045 millones de pesos. Lo anterior resulta grave dado que la evidencia muestra que cuando no se paga a los proveedores de atenciones de salud de acuerdo con los costos reales, estos deben ajustar variables como la calidad de la prestación, haciendo reducciones o cambio de personal, o conteniendo la demanda y, por ende, aumentando los tiempos de espera de la población.

Respecto de los proyectos de Ley ingresados por el Gobierno, podemos señalar que “Mejor Fonasa” no destina recursos al fortalecimiento de la red pública. Junto con eso, el Plan de Salud Universal propuesto aún no está diseñado. No hay claridad de cuáles son los servicios que ingresarán, sin embargo, como hablamos de servicios priorizados, es posible que se produzca una reducción de servicios respecto del plan vigente en la actualidad. El cambio en las atribuciones presentes en la red asistencial tendrá impacto, generando una reducción de la producción pública de atenciones de salud, debido a que en la producción se efectúan compras de procesos acotados, las cuales quedarían prohibidas por la nueva Ley. La disminución de la actividad permitirá dar un mayor espacio para que el sector privado resuelva esta demanda, captando pacientes y recursos financieros.

Otra salud es posible

Lo que evidencia el informe de la Comisión Nacional de Productividad apunta a que es posible aumentar la capacidad de

la red pública de salud mejorando procesos, y esto sin gastar una gran cantidad de recursos adicionales, dado que hay muchas recomendaciones que implican optimizar el gasto fiscal para hacerlo más eficiente. Las recomendaciones también están alineadas con generar mayores niveles de productividad que impactarán reduciendo los tiempos de espera de la población.

Un segundo elemento a destacar es que una forma de mejorar la gestión de la lista de espera es seguir la recomendación de la evidencia internacional, en la cual se introducen variables de priorización adicionales al tiempo, como criterios clínicos, factores físicos, psicológicos o sociales (vulnerabilidad, personas a su cargo, etc.). Si bien esta intervención en sí misma no reduce el tiempo total de espera visto en términos agregados, reduce los impactos negativos de éste.

Tanto desde la Confederación Fenpruss como desde otros actores del mundo social, se han venido levantando, al calor de las movilizaciones sociales, propuestas que van en la línea de un cambio estructural de la salud en Chile. Principalmente, hay que destacar la necesidad de una nueva Constitución que consagre el derecho a la salud, además de avanzar hacia un financiamiento solidario mediante un administrador público único de los recursos de la seguridad social y el aporte fiscal, también llamado Seguro Nacional de Salud. Por último, se debe avanzar hacia un gasto público de 6% del Producto Interno Bruto y un gasto de bolsillo no mayor a un 20% del total del gasto de salud, siguiendo la recomendación internacional. Promoviendo estos cambios podemos asegurar que en Chile otra salud es posible.