

Nuevos escenarios para profesionales, trabajadores y usuarios de Salud Post reforma AUGE-GES

Instituto de Aparato Locomotor, Universidad Austral de Chile, 30 y 31 de mayo 2013

NEW SCENARIOS FOR PROFESSIONALS, WORKERS AND USERS OF THE HEALTHCARE SYSTEM POST-AUGE-GES REFORM.
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, MAY 30-31, 2013

PRESENTACIÓN

Dra. Jimena Carrasco, Universidad Austral de Chile

Desde los años setenta, Chile inició un proceso de transformación del sistema de seguridad social, de la mano de una redefinición del rol del Estado. Luego, en las últimas dos décadas, los gobiernos posdictaduras han impulsado cambios drásticos al sistema de Salud: Desde el retorno a la democracia, sucesivos gobiernos mantuvieron un discurso en torno a los importantes grados de inequidad respecto del acceso a los servicios de salud, y finalmente durante el gobierno de Ricardo Lagos, se propuso una reforma al sistema. Ésta se planteó como una respuesta a la grave crisis en el sector, producto de la política neoliberal heredada de la dictadura militar, y que habría llevado al sistema a un colapso y grandes desigualdades sociales en el acceso.

La reforma contempló cinco proyectos de ley, a través de los cuales se introdujeron cambios organizacionales dirigidos a fortalecer la función rectora y separar las actividades propias de la salud pública de aquellas relacionadas a la gestión de las redes asistenciales de salud, regular y asegurar la solvencia financiera de las ISAPRES, establecer un régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y cautelar el cumplimiento de los deberes y derechos de las personas a través de un proceso de priorización de problemas en salud basados en garantías de acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad.

A casi una década de la promulgación de las primeras de estas leyes, un grupo de académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile nos planteamos el desafío de reflexionar en torno a qué ha significado la reforma para los profesionales, trabajadores y usuarios del sector. A partir de la premisa de que los académicos involucrados en la formación de profesionales de la salud, debemos ser partícipes del proceso, se organizó el seminario “Nuevos escenarios para profesionales, trabajadores y usuarios de Salud Post reforma AUGE-GES”. La idea era compartir experiencias de investigadores de otras casas de estudios en torno a lo que ha sido el proceso de implementación de la reforma, y propiciar

un espacio de reflexión al interior del mundo académico. Los objetivos del encuentro eran analizar los nuevos escenarios para el sector salud, luego de la implementación de las reformas al sistema, con especial énfasis en las transformaciones que tienen lugar a partir de la ley 19.966, que establece un régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y reflexionar acerca de las implicancias para los profesionales, trabajadores y usuarios.

La actividad se realizó los días 30 y 31 de mayo de 2013 en el Campus Isla Teja de Valdivia y estuvo orientada a estudiantes de las carreras de la Facultad de Medicina, profesionales, trabajadores y usuarios del sector salud.

En el encuentro participaron diferentes actores, tales como investigadores, estudiantes, profesionales y líderes gremiales de la salud. Expusieron académicos e investigadores de las Universidades de Chile, de Valparaíso, de Concepción y Austral de Chile. Por otra parte se realizaron mesas redondas en torno a diferentes temáticas y su relación con la implementación de las reformas.

A lo largo de la actividad se abordaron diferentes temas tales como la historia de los sistemas de salud en Chile; las diferentes concepciones del derecho a la salud en cada uno de los modelos de salud que han existido en el país; los procesos de configuración de los protocolos GES y los diferentes actores involucrados en éstos; la percepción de los usuarios en torno a la implementación de la reforma; los problemas y desafíos para la atención primaria a partir de la reforma; las tensiones entre el modelos de salud familiar y territorialidad, propios de la atención primaria con el GES; el rol de las tecnologías y la estadística en el proceso de reforma; y las modificaciones a ley de ISAPRES.

A modo de balance, la actividad logró sus objetivos y fue una instancia de discusión, reflexión y análisis de los procesos que están determinando nuevos escenarios para las acciones en salud. Se pudo transmitir la relevancia del tema y generar interés entre los asistentes para nuevas actividades de este tipo.

Como conclusión se planteó que los profesionales de la salud no pueden estar ajenos a los procesos sociales y políticos que repercuten en la salud de los chilenos y que afectan (o afectarán) directamente a la práctica profesional. En este sentido se hacen necesarios más espacios de este tipo, tanto al interior de los equipos de salud como

en la formación de profesionales del área y se hace un llamado a la academia a sumarse a esta tarea.

A continuación se presentan resúmenes de las presentaciones.

María Angélica Illanes, Universidad Austral de Chile

La conferencia introductoria al seminario estuvo a cargo de la Dra. María Angélica Illanes, quien propuso una visión histórico comprensiva de las garantías en la reforma actual y su relación con el desarrollo durante el siglo XX de la salud como un derecho público. A continuación las palabras introductorias de su conferencia:

“Quisiera comenzar con una advertencia que se refiere a cómo miramos la historia, cuando tratamos de conocer y comprender. Usualmente la historia en todas las disciplinas se pone antes, porque se ve como los antecedentes o el conocimiento. O una palabra que yo no uso mucho que se llama el contexto del tema. Yo quisiera instalar la problemática de la historia de la salud pública desde otra perspectiva, que no es solamente la del antecedente ni la del contexto. Básicamente desde la perspectiva gadameriana, de la forma de comprender que tiene la conciencia, que él llama, la conciencia histórica-hermenéutica.

Para Gadamer –tomando a Heidegger– el ser, nosotros, no solamente necesitamos alimentarnos, sino que también necesitamos comprender. Y la forma de comprender, la verdadera forma de comprender, es a través de una comprensión histórica, en la cual la conciencia no solamente encuentra su propia identidad, sino que además la conciencia misma es una conciencia histórica.

Y por lo tanto no hay ningún proceso de comprensión que se haga fuera de la historia. El proceso de comprensión en sí mismo que realiza esta conciencia histórico-hermenéutica, se da justamente a través del encuentro entre lo que Gadamer llama la distancia temporal, y que es el encuentro entre la inquietud, el problema del presente en relación a lo que llama la tradición, en relación a un pasado, a una temporalidad otra. Y en función de ese encuentro, en ese proceso de encuentro se da el proceso de comprensión como tal.

Por eso yo quisiera presentar como una invitación a la comprensión histórico-hermenéutica de la salud pública, a partir justamente del problema que a Uds. les preocupa.

Y por eso mismo, porque el punto de partida es el presente, me interesó revisar el título del seminario. Y obviamente me encuentro con un tremendo tema. Y ese tema es el del GES, de las garantías de salud. Me interesó comprender cuál es el concepto medular que está en el centro del proyecto y el concepto medular que la conciencia histórica comprensiva quiere comprender es el concepto de garantías. Si uno va a la definición de garantías se encuentra con múltiples, pero prácticamente todas habitan en lenguaje económico, economicista y mercado, propio de la garantía contractual de la economía, garantía supone responsabilidad de otorgamiento y cumplimiento, como aval, hipoteca. También se define como el compromiso del fabricante de un aparato de reparar en forma gratuita las anomalías de dicho aparato durante un tiempo determinado. Es un compromiso escrito. También se habla de una cantidad de dinero.

En general lo que habita en este concepto, es la idea de un compromiso por parte de una empresa de avalar un cuerpo, una materialidad. Avalar su funcionamiento y si no su reparación.

Pero hay también un elemento que vitaliza esta radicalidad del lenguaje. Y hay una parte de esta definición que habla de la garantía constitucional, cuando tiene el apelativo constitucional, sí se define como un derecho reconocido a todos los ciudadanos por la constitución política.

En suma, lo que a mí me interesaría ofrecer como granito de arena, en esta comprensión histórica hermenéutica, es la distinción entre el concepto de garantía y el concepto de derecho.

Podemos comprender que este concepto de garantía tiene una relación, por una parte tuvo el objetivo de fundar un sistema de salud más justo, y en este sentido tiene un imaginario, una tradición, un referente que es el de la mayor justicia. Y esa es la motivación. Pero una motivación oculta, no expresada, no explícita. Mientras se usa un concepto de garantía, que está en la tónica del modelo neoliberal y clientelar, en salud.

Me interesa reflexionar acerca de cuál es el sentido que tiene la reforma de la salud pública de los años 2005. Cuál es el sentido, porque ese es el interés de toda comprensión, de este concepto de garantía, en relación a lo que ha sido nuestra tradición en el seno de la salud pública. Y específicamente, en relación al concepto fundante que

ha sido el deber del estado, el derecho a la salud, el derecho a la protección, que se da como el referente tradicional.

El proceso comprensivo debería consistir según Gadamer, en el proceso a través del cual la conciencia histórica hermenéutica comprende esta diferencia. Y para eso no le queda sino hacer el recorrido histórico.

Me ha instalado en este hermoso óleo de Pedro Lira que se llama “El niño enfermo”, y ahí nos muestra el punto de partida de la reacción en el siglo XX, en vista de la construcción de una salud pública como deber del estado.

Efectivamente en Chile a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, si bien éramos un país que tenía una riqueza enorme, que tenía 10 familias poderosas, tenían una concentración de la riqueza —si bien menos aguda que la actual—, dueños de las finanzas y de las tierras. Y con la riqueza del salitre que se derramaba por el estado, éramos sin embargo, el país que tenía la mayor mortalidad infantil del mundo: 306 por mil, a veces en Santiago llegó a tener más de 500 por mil. Teníamos todos los record del mundo, record de mortalidad infantil, por sífilis, por tuberculosis. Éramos un país —como se decía en esa época— bárbaro, en el seno de la civilización y la riqueza que corría por el estado y las familias más poderosas de Chile.

El pueblo —literalmente— se moría de hambre, de hacinamiento, de insalubridad. Los niños muy pocos sobrevivían, y estábamos en una situación crítica desde el punto de vista de la supervivencia como pueblo.

¿Quién se hacía cargo del cuidado de los cuerpos, de la salud en esa sociedad? Fuera de las madres, de las abuelas ellas son el puntal básico, al interior de los hogares, pero con mucha angustia. Por eso se ha reconocido en Pedro Lira su capacidad de ver la realidad del siglo XX.

Pero también quien se hacía cargo de esto era la caridad, a cargo de las monjas y de algunos médicos, no se basaba en el derecho sino en la dádiva y en la conformidad de que los pobres de algo tenían que morir. Los hospitales siempre eran como lugares de recogida, la idea de recoger al que está dañado, idea muy cristiana y loable, pero no fundada sobre el derecho, sino sobre la capacidad de dádiva de algunos hacia los desafortunados. Y ese era el sistema de salud que teníamos desde la Colonia hasta el siglo XX.

Este era el espectáculo de este sistema de salud, donde estaba dejado, al cuidado de la madre y a lo que pudiera hacer la naturaleza. La muerte de los niños, era como un algo natural (...).

Micro-logía de la reforma y la economización de la salud, Yuri Carvajal, Universidad de Chile

Este primer reporte del Fondecyt 3130585, intenta un abordaje micro-lógico de la reforma de salud. Con esta expresión se busca capturar al menos tres sentidos de análisis:

1. La introducción de técnicas de modelación microeconómica de la salud pública en Chile. Proceso que identificamos en los inicios de los 90, articulado desde FONASA y conectado al Banco Mundial y a iniciativas continentales.
2. Localizar en un proceso clínico específico, en la red de actores y la trayectoria de sus acciones, un prototipo de modelo, secundariamente extendido y desplegado como Reforma de la salud (GES). Proceso inverso al anterior: la acción aquí antecede al modelo. Para el caso, el inicio del programa de drogas anticancerosas en 1986, que dio pie a un programa específico infantil en 1987, a una red de hospitales acreditados y diferenciados por las prestaciones capaces de ofrecer y la explicitación de acciones a ser financiadas. Inentendible sin la creación del Gopech en 1978 y la primera Unidad de Oncología del Hospital Calvo Mackenna en 1968.
3. Finalmente, situar en la articulación de ambos procesos, en su puesta a prueba y despliegue, el núcleo de sistemas de financiamiento, canastas, protocolos, acreditaciones, mecanismos de transferencias y derivaciones, que constituyen el cuerpo organizativo de la reforma.

Cambios generados por la implementación del AUGÉ-GES en la atención de las patologías Insuficiencia Renal Crónica y Diabetes Mellitus II, en la región del Bío-Bío, desde la perspectiva de los usuarios Cecilia Bustos, Universidad de Concepción

En esta ocasión se presentaron resultados preliminares de la investigación “Seguimiento de las transformaciones de los sistemas de salud de Chi-

le, post reforma del AUGÉ-GES y otras a partir de 2002”, liderada por la Dra. Carolina Tetelboin (UAM-X) y que a nivel nacional es desarrollada en forma asociativa por 3 universidades (Valparaíso, Austral y Universidad de Concepción).

El objetivo general del proyecto es “analizar el impacto del plan AUGÉ-GES en la reorganización estructural del sistema de salud, en su implementación en el sistema público a nivel hospitalario y primario, en relación a la articulación pública-privada, las características de sus políticas, el financiamiento, la producción de servicios y los resultados de la atención en salud, en términos de satisfacción de necesidades de salud y de contribución al bienestar social en la región del Bío Bío”.

Los hallazgos presentados corresponden al eje de análisis de resultados de la atención de salud, desde la perspectiva de los usuarios, a partir del análisis de 8 entrevistas a pacientes con Diabetes Mellitus de 2 CESFAM de la comuna de Talcahuano y 4 entrevistas a pacientes en tratamiento por Insuficiencia Renal Crónica en la Unidad de Diálisis del Hospital Las Higueras de Talcahuano.

Entre otros aspectos, los resultados dan cuenta que los usuarios no tienen un nivel de conocimiento adecuado respecto del AUGÉ-GES, lo asocian con gratuidad y no disponen de información clara respecto de la garantía de financiamiento y el co-pago. Así mismo, tienen una opinión positiva de los resultados de la implementación del AUGÉ-GES asociado a que perciben mejoras en cuanto al acceso y calidad de la atención, a la infraestructura, el acceso a los medicamentos y tratamientos. A pesar de esta opinión positiva, no se perciben como sujetos de derechos, sino que aún prima la lógica de sentirse beneficiarios.

Efectos e impactos cualitativos en la implementación del régimen GES en la APS, Ricardo Oyarzún, Universidad Austral de Chile

Como efectos relevantes: acreditación institucional de la APS; incorporación de Guías Clínicas; garantías de oportunidad; valoración del componente comunitario, democratizando la relación con la población; reconocimiento de la APS como puerta de entrada y eje del sistema de salud; derechos de los pacientes; calidad del trato, aumentando la capacidad resolutoria; fortalezas en las cualidades

humanas de los equipos. Esto mejora los niveles de satisfacción usuaria. Las patologías incorporadas implican mayor carga de morbi-mortalidad. El éxito de la reforma depende de la APS y no de los hospitales.

Los impactos, como crítica, destacan: la tensión entre el modelo de Salud Familiar y Comunitaria y el aumento de demandas asistenciales; baja sensibilidad hacia las realidades locales; distorsiones de las políticas de RR.HH.; escasa valoración dentro del sector salud con miradas despectivas desde los sectores hospitalario y académico; incompatibilidad entre cumplimiento de metas y aplicación del modelo de atención, generando un estímulo perverso.

Fortalecer el impacto de la APS en la Ley AUGE implica que: el Estado conciba la salud como una potestad propia y no subsidiaria; el Estado recupere su rol rector aumentando la regulación del mercado de la salud. Así, se podrá recuperar la salud como un bien social incorporado al bien común y a través de la justicia social el Estado distribuya la salud equitativamente.

Claudio González, Servicio de Salud Valdivia

La reforma de salud chilena tuvo sus primeros destellos en la década de los 90', ya que desde entonces se vislumbraba la necesidad de mejorar la salud de la población, reducir la desigualdad en salud y mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad. Basados en estos principios es que en el año 2000 comenzó a gestarse uno de los cambios más radicales que se hayan producido en la Salud de Chile, como es el Plan AUGE, el cual no estuvo exento de detractores, como lo fue el colegio médico en su momento. El 3 de septiembre de 2004 se estableció el Régimen General de Garantías en Salud, el cual generó muchas expectativas en la población, ya que por primera vez se establecían plazos en la atención de salud de las patologías incorporadas, lo que provocó que las acciones adoptadas para cumplir con ese régimen a nivel ministerial y de servicios de salud fueran puestos a prueba, dada la gestión que se tenía que realizar para cumplir con esta ley. Para fines del 2012, en el Servicio de Salud Valdivia, se tiene pleno cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud para la población de la Región de Los Ríos, lo que es un logro en sí mismo, ya que

para entonces son 69 las patologías incorporadas a este sistema de salud.

Mario Parada, Universidad de Valparaíso

Una de las primeras medidas que tomó el nuevo gobierno de derecha en Chile, fue formar comisiones de expertos en salud, la mayoría de ellos vinculados al sector privado, para realizar propuestas de cambio en la materia. En 2011, se emitieron los informes que sentaron las bases de un proyecto de ley actualmente en discusión.

Las razones que justificarían esta reforma al sistema privado de aseguramiento de la salud, se derivan tanto del alza continua e injustificada de los precios base de los planes de las ISAPRES, como también por los cuestionamientos del Tribunal Constitucional a la inconstitucionalidad de las tablas de factores que discriminan arbitrariamente respecto de la edad y sexo. Dicha reforma, consiste en la aplicación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) y la creación de un IPC de la salud.

Se propone que el PGS sea para todos los afiliados al sistema ISAPRE, de carácter obligatorio y con un precio único fijado por cada institución, sin discriminación por edad, sexo o condición de salud preexistente. Este plan incluiría el GES, la cobertura para gastos catastróficos en salud y eventos de emergencia vital, el examen de medicina preventiva y enfermedades no GES por definir. Se contemplan otros beneficios complementarios los cuales no forman parte del PGS y no serán objeto de ninguna regulación antidiscriminatoria.

El IPC de la salud es propuesto como un valor referencial y su forma de cálculo contiene indicadores de aumento de precios reales y de tasas de uso de servicios y de licencias médicas. Dado lo anterior es un índice prospectivo, lo cual lo aleja aún más del concepto de IPC habitual.

Los principales actores opositores a la propuesta son la Asociación de ISAPRE que ve un riesgo de pérdida de clientes al aumentar los costos de las primas, sin embargo está de acuerdo con el IPC por lo que propone separar el proyecto de ley en dos; el colegio médico, que plantea la necesidad de aplicar el PGS también al FONASA, prohibir la integración vertical de aseguradoras y prestadores privados; la oposición política parlamentaria, que plantea que el IPC debe ser obligatorio y no referencial y que las primas deben ser más baratas.