

DIEZ COSAS QUE LAS PROVINCIAS PUEDEN HACER PARA MEJORAR SU RESPUESTA SANITARIA



Por Federico Tobar

Modelo de Atención

1 Consolidar garantías explícitas para protecciones priorizadas. Por ejemplo, los cuidados gestacionales y de la infancia (COE-Cuidados Obstétricos Esenciales y AIEPI-Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) que deberían ser derechos humanos garantizados a toda la población. Así como la correcta asistencia de enfermedades de altísima prevalencia como las cardiovasculares (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus) que constituyen la primera causa de muerte en el país. Garantías explícitas significa que se define una guía o protocolo de cuidados que garantiza iguales niveles de calidad de los cuidados a toda la población.

Para consolidar garantías explícitas los ministerios de Salud provinciales deben: a) definir protocolos de atención, b) garantizar los insumos, el equipamiento y los recursos humanos indispensables para dar la respuesta adecuada, c) incorporar un sistema de información con historias clínicas que permitan la verificación del cumplimiento y adhesión a los protocolos, d) capacitar al personal de salud en la implantación del modelo de garantías explícitas, e) difundir las protecciones garantizadas y convocar a la población para que se inscriba y comprometa su adhesión y f) auditar y supervisar el funcionamiento de los cuidados verificando la efectividad de las protecciones asumidas.

2 Desplegar un modelo de responsabilidad nominada. Definir servicios de APS con población a cargo es una forma adecuada de conquistar resultados de salud en términos epidemiológicos, así como de lograr un funcionamiento más eficiente del sistema de salud. Combinado con la implantación de garantías explícitas generaría alto

impacto sobre la salud de la población. Para incorporar la responsabilidad nominada es necesario que los Ministerios de Salud provinciales: a) designen centros de salud y/o médicos de cabecera con población a cargo, b) implemente instrumentos de registro de beneficiarios y de historias clínicas familiares, c) incorpore promotores sanitarios que asuman de forma periódica una ronda sanitaria relevando a la población e identificando problemas que requieren solución desde la red de atención, d) incorpore un convenio de adhesión en el cual tanto el equipo de salud que asumirá la población a su cargo, como los pacientes, reconozcan y asuman obligaciones y derechos, e) programe cuidados a ser desplegados desde los servicios sobre la base poblacional identificada y conocida, f) capacite al personal de salud para implantar el nuevo modelo y para que adquieran competencia en gestionar directamente las derivaciones en caso de ser necesaria y g) diseñe e implemente un esquema para monitoreo y evaluación del modelo de responsabilidad nominada.

3 Desplegar una prevención activa con modelos de gestión de la enfermedad. Generalmente la mayoría de las personas acuden al médico ante la aparición de algún síntoma con el objeto que les sea diagnosticada una dolencia y recibir el tratamiento apropiado. Cuando ello ocurre la enfermedad se encuentra en la llamada “etapa sintomática”. Si esto sucede es que se ha perdido la oportunidad de prevenir su aparición o eventualmente de tratarla en etapa presintomática, cuando el daño es menor. Esta forma de practicar la medicina podría ser llamada “medicina del radar”, en la cual el contacto médico-paciente sólo se produce ante la aparición del síntoma y luego de su resolución el paciente deja de ser captado por el “radar”. Obviamente es una modalidad de atención de probados resultados en pacientes con patología

aguda, pero está muy lejos de ser el ideal tanto en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas como en la atención proactiva de personas sanas.

La medicina preventiva tiene como misión el cuidado de la salud de las personas en forma prospectiva, el sistema debe salir en busca del paciente y no ser el paciente quien acuda al sistema cuando lo considere necesario. Está demostrado que la “medicina del radar” no sólo es de menor calidad en cuanto a la prestación sino de un costo más elevado

Para desplegar una prevención activa los ministerios de salud provinciales deben: a) incorporar guías de práctica clínica que incluya las medidas preventivas recomendadas para cada grupo etario, b) diseñar un formulario que sirva como registro del cumplimiento de dichas medidas (lo ideal sería hacerlo electrónico, pero también se puede hacer en papel), c) implantar circuitos de información que permitan identificar la realización de las prácticas mencionadas dentro del sistema de salud, d) desarrollar alertas que actúen como disparadores de conductas proactivas por parte del sistema (es complejo de pensarlo sin la herramienta informática pero la idea sería que “alguien” pudiera hacer una especie de vigilancia ante cada contacto del paciente con el sistema de salud y verificar el cumplimiento. Lo ideal sería que el sistema pudiera detectar la No realización de determinada práctica y contactar a ese paciente para su realización.

Modelo de Gestión

4 Crear una mesa local de diálogo del sector salud. La consolidación de una mesa de articulación constituye una respuesta institucional que ha dado buenos resultados en el momento de la mayor crisis de política que tuvo el país, aumentando la gobernanza sectorial. Sería el vector para que se canalicen las inquietudes de los actores sectoriales asumiendo una actitud asertiva que derive en propuestas y supere la denuncia.

5 Proponer un contrato sanitario con la población. Una instancia formal donde se asuma el compromiso de concretar protecciones sanitarias esenciales. El fin último del sistema de salud no es combatir a la enfermedad sino construir ciudadanía. Consolidar a la salud como un derecho. Pero esto requiere que la población no solo consuma sino que también produzca salud. Involucra deberes y obligaciones. Mientras



La medicina preventiva tiene como misión el cuidado de la salud de las personas en forma prospectiva, el sistema debe salir en busca del paciente y no ser el paciente quien acuda al sistema cuando lo considere necesario. Está demostrado que la “medicina del radar” no sólo es de menor calidad en cuanto a la prestación sino de un costo más elevado.

continemos reemplazando al “ciudadano” por el “paciente” persistirán los problemas de equidad. Solo hay efectivas protecciones sanitarias cuando tanto el Estado como el ciudadano y la comunidad saben lo que tienen que hacer y todos exigen y controlan que cada uno cumpla con su parte. Quienes más aportaron a la teoría social desde sus orígenes, pensaron al Estado como un “contrato social”. Si no recreamos ese contrato en un “contrato sanitario” estamos haciendo un fetiche del Estado. Por lo tanto, el Estado se tiene que comprometer con garantizar respuestas adecuadas a la población, pero la población tiene que asumir un rol activo que no se agota en la participación comunitaria. Si no hay adhesión a los tratamientos, sino hay cambios de hábitos y estilos de vida, de nada sirve tener una sólida oferta de servicios de salud.

El contrato no solo se firma en una oficina o repartición pública. No es un modelo de mostrador sino una acción extramuros. Es preciso que promotores de salud y/o asistentes sociales recorran las casas de familia buscando promover el contrato sanitario. Avanzado desde los sectores periféricos hacia el centro. Porque el desafío que plantean los sistemas donde el ciudadano se tiene que inscribir en un registro es que tiende a haber cierto descreme. Es decir, se inscriben más quienes menos lo precisan y los más vulnerables solo llegan con mucha dificultad a concretar su demanda.

6 Crear una central de turnos telefónicos. Que facilite las consultas programadas y minimize las filas en los servicios. A su vez, permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y físicos y avanzaría a hacia un modelo de cuidados pro-

gramados superando la respuesta episódica. Aquí también hay que evitar los reduccionismos. Poner un número telefónico no resuelve los problemas por sí solo. Hace falta generar un sistema de programación de turnos inteligente que no colapse ante la ausencia de algunos pacientes y que pueda ser flexible ante la contingencia de falta de profesionales. Por otro lado, un sistema informatizado puede cruzar datos de forma automática con un padrón de beneficiarios de modo que se discrimine de forma positiva aquellos con mayores necesidades sociales y/o sanitarias. El Programa Chile Solidario, por ejemplo, ha logrado identificar a las familias en mayor riesgo social y cuando alguno de ellos solicita una consulta, automáticamente el sistema de programación de turnos le otorga el horario más próximo. De forma simétrica se puede penalizar a quienes en ocasiones previas no se presentaron a la consulta programada sin dar el aviso correspondiente.

7 Desarrollar una Central de Abastecimiento Hospitalario. Nos hemos movido bajo impulsos sistólicos y diastólicos. O se descentralizaban las compras (generando múltiples “negocios” y sin llegar a garantizar la disponibilidad de los suministros en los servicios) o se las centralizaba. Pero tampoco las compras centralizadas han permitido alcanzar los resultados adecuados en términos de disponibilidad de los insumos hospitalarios en tiempo y forma. En general luego de sucesivos fracasos en ambos extremos, se optó por disponer de una parte de compras centralizadas y un fondo descentralizado que complementaba (como en aquel chiste del criador de cerdos que decide en lugar de darles de comer el repartirles el dinero para que cada uno se compre lo que quiere). Sin embargo, hay soluciones más efectivas que se pueden implementar. Por ejemplo, la Central nacional de Abastecimiento-CENABAST chilena y la Unidad de Compras y Adquisiciones- UCA uruguaya. La primera compra directamente y vende a precio único a los servicios públicos. La segunda negocia con proveedores acreditados un precio único, pero habilita la compra descentralizada. La ciudad necesita revisar y reformular su modelo de provisión de suministros de forma urgente. Antes de que la inadecuada disponibilidad agrave la situación sanitaria traduciéndose en el abandono de personas que incrementan la morbilidad y mortalidad de la población.

Modelo de financiación

8 Superar la presupuestación incremental. Los hospitales continúan realizando una programación presupuestaria retrospectiva. Cada año

se plantean gastar lo mismo del año anterior más o menos el ajuste que permite o dictamina el ministerio de hacienda. En muchos casos el presupuesto lo desarrolla el mismo ministerio de hacienda, desprovisto de cualquier posibilidad de realizar una priorización sanitaria de los créditos. Es imprescindible vincular la financiación al perfil de la producción hospitalaria. Definir créditos y resultados, ya sea por programas o por productos (casuística). Los compromisos de gestión, constituyen una herramienta adecuada para ello.

9 Incorporar compromisos de gestión. Los servicios tienen que dejar de hacer lo que pueden, para pasar a hacer lo que deben. No alcanza con lograr hospitales eficientes e incluso autosostenidos si estos no cumplen con la misión que deben asumir dentro de la red asistencial. Por lo tanto, los ministerios de salud provinciales deben: a) diseñar las redes asistenciales identificando las funciones que competen a cada establecimiento y servicio, b) validar el diseño de la red como modelo de división del trabajo para producir salud en talleres con directivos de todos los establecimientos y regiones sanitarias y/o áreas programáticas, c) identificar metas prestacionales relevantes de mediano y largo plazo para la provincia en su conjunto, d) desagregar esas metas por servicio, e) convocar a los servicios para asumir un compromiso de gestión en el cual se definen sus metas, los recursos que les serán transferidos vinculados a esas metas y la autonomía que tendrán para el manejo de los recursos y, f) evaluar el cumplimiento de los compromisos y ajustarlos cuando sea necesario.

10 Reformular los aranceles del nomenclador de autogestión hospitalaria. Los servicios públicos de salud deben continuar siendo universales, pero los subsidios cruzados en la financiación constituyen una estrategia de solidaridad invertida. Porque cuando quien tiene cobertura de prepagas y de obras sociales recibe atención en los servicios de salud públicos a un costo irrisorio para los aseguradores, se incorpora un incentivo perverso. Por un lado, porque se permite a los seguros de salud el continuar operando sin una cartilla propia (como es el caso de la atención hospitalaria en el PAMI). Por otro lado, porque con recursos siempre limitados los servicios públicos de salud se enfrentan ante el dilema ético de atender en forma simultánea tanto a quien tiene posibilidad de conseguir otras respuestas como a quien no tiene más opción que el sector público. 

Los servicios públicos de salud deben continuar siendo universales, pero los subsidios cruzados en la financiación constituyen una estrategia de solidaridad invertida. Porque cuando quien tiene cobertura de prepagas y de obras sociales recibe atención en los servicios de salud públicos a un costo irrisorio para los aseguradores, se incorpora un incentivo perverso.