

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La Reforma Sanitaria de Chile y los cuidados terminales

Dr. Jorge Jiménez de la Jara
Magíster en Salud Pública (U. Johns Hopkins),
Pontificia Universidad Católica de Chile

1. Introducción

Las políticas de salud tienen un proceso de generación semejante al de otras políticas públicas. Nacen cuando la opinión pública y los dirigentes coinciden en que un problema de salud merece entrar en la agenda del sector, ya sea por su gravedad, medida en el número de muertes que provoca; o en el daño que provoca a las personas generando discapacidades que interfieren en la vida normal; o simplemente en la relevancia cultural o valórica que se le atribuya a la enfermedad y sus consecuencias.

En los tiempos modernos se busca establecer políticas de salud basadas en evidencias, es decir, con pruebas científicas que avalen la eficacia de las soluciones propuestas. Para ello se utilizan diversos mecanismos de evaluación, ya sean cuantitativos como cualitativos. Se incluyen las valorizaciones económicas de las intervenciones, pero también la valorización social que la comunidad otorga a la atención de un problema de salud específico.

Cuando un problema de salud alcanza un punto de visibilidad social por alguna de estas razones, y se demuestra la efectividad de algunas soluciones técnicas, este problema será incorporado a la lista de problemas prevalentes. Este ejercicio, llamado de priorización, se ha hecho mucho más explícitamente en los últimos años.

En este artículo nos preocupa el tema del tratamiento del dolor y los llamados cuidados paliativos en los pacientes con cáncer como prioridad de la salud pública de Chile y su inserción en el proceso de reforma sanitaria que vive nuestro país.

2. Reforma Sanitaria en Chile

Chile vive un período de reforma en su sistema de salud que se intensifica a partir del año 2000 cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República se compromete públicamente a presentar un paquete legislativo al Congreso

Nacional.

Después de una serie de etapas preparatorias, los proyectos de leyes ingresan a discusión parlamentaria en mayo de 2002. Estos fueron los siguientes:

Proyectos de Ley Reforma de Salud, Chile, 2005

Área temática-proyecto	Objetivo principal
------------------------	--------------------

Sistema de Garantías en Salud	Acceso Universal garantizado con Garantías Explícitas:
Autoridad Sanitaria y Gestión Hospitalaria	Separación de Funciones y Eficiencia
Financiamiento	Solidaridad vía Impuestos
ISAPRES	Protección Derechos de Usuario
Derechos y Deberes del Paciente	Protección paciente (aún en trámite)

Los cuatro proyectos ya han sido aprobados, salvo el de Derechos y Deberes del Paciente, y se encuentran en distintos grados de aplicación práctica. Sin embargo, el proyecto que mayor controversia e interés ha provocado en la opinión pública y en los medios ilustrados ha sido el del Sistema de Garantías en Salud, más conocido por su sigla AUGE. Esta quiere decir Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Para poder entender el propósito central de la reforma, es preciso conocer algunos antecedentes previos. Estos antecedentes son algunos de carácter técnico y otros de política sectorial. El antecedente técnico más relevante es el documento llamado Objetivos Sanitarios.

Objetivos sanitarios

En el proceso de desarrollos del sistema sanitario de Chile, desde siempre se ha utilizado el conocimiento epidemiológico para proponer tareas y metas de salud. Desde la perspectiva del daño medido en mortalidad primero, para seguir en las orientaciones que nacen desde la medición de riesgos específicos de grupos vulnerables, después. Todo ello ha sido una parte esencial del desarrollo de nuestra capacidad de país para enfrentar los desafíos de la salud.

En 1990, en Chile, se tenía conciencia de que ya vivíamos un cambio demográfico y epidemiológico evidente y que se hacía necesario mejorar la calidad de la información para generar políticas y estrategias que se hicieran cargo de esa nueva realidad.

Un primer estudio sistemático fue el de “El Desafío de las Políticas de salud del Adulto”, realizado por expertos nacionales con apoyo de las misiones técnicas y financiamiento del Banco Mundial, en su proyecto de apoyo a la reforma de salud en Chile publicado en 1994.

Con posterioridad se efectuaron estudios de carga de enfermedad al interior del Ministerio de Salud, con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de Harvard y otras estimaciones de los expertos del departamento de Epidemiología en base a la información de las estadísticas habituales, más las encuestas de CASEN, Calidad de Vida y otras posteriores.

Las principales tareas que este documento propone al país son:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad

Por ello las metas para los próximos 10 años se centran en tres áreas:

a) Controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida. Estos son:

- Frenar el consumo de tabaco.
- Frenar el aumento de la obesidad, implicada en enfermedades (diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, arteriosclerosis).
- Promover conductas sexuales seguras.
- Contribuir a crear un ambiente saludable, particularmente en lo que dice relación con la contaminación atmosférica, del agua, del suelo, de los alimentos y de las enfermedades asociadas a reservorios animales y los vectores.
- Contribuir a mejorar las condiciones laborales.

b) Enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las que se cuentan con medidas de intervención de efectividad probada. Así en los próximos 10 años se debe disminuir la mortalidad por:

- Enfermedades cardiovasculares, centrando esfuerzos en la reducción de enfermedad isquémica y cerebrovascular.
- Cánceres, centrando los esfuerzos en cáncer de cuello uterino, de mama y de vesícula.
- Traumatismos y envenenamientos, concentrando los esfuerzos en los accidentes del tránsito que muestran una tendencia ascendente en los últimos años.
- Enfermedades respiratorias, especialmente por neumonía en los adultos mayores.
- Diabetes; se debe disminuir la magnitud de la discapacidad asociada a esta enfermedad.
- VIH/SIDA, que ha mantenido un aumento sostenido desde que empezó la epidemia, y que de no implementarse medidas de control (conducta sexual segura y aumento de la sobrevivencia de las personas infectadas), seguirá aumentando en los próximos años.

c) El tercer ámbito de acción para enfrentar el envejecimiento y los cambios de la sociedad, son aquellos problemas de salud que no matan, pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia.

- Problemas de salud mental: las metas fundamentales son disminuir la recurrencia de episodios depresivos, aumentando la cobertura en el tratamiento y disminuir las adicciones, a través de estrategias intersectoriales.

3. El sistema de garantías en salud o Plan AUGE

Es un instrumento de regulación sanitaria que considera Acceso Universal para 56 prestaciones integrales y Garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades (AUGE). Las garantías constituirán derechos exigibles por las personas. De estas 56 prestaciones –que según el cronograma estipulado en el proyecto de ley deberían estar implementándose el 2007– ya se ha iniciado su aplicación con carácter de piloto de tres enfermedades primero (2004), doce después (2005), hasta alcanzar las cincuenta y seis.

Este Acceso Universal con Garantías Explícitas es la herramienta con la que las autoridades del sector salud pretenden cumplir los cuatro objetivos sanitarios que el Ministerio de Salud se planteó para el 2010. Estos objetivos son:

- Responder a los problemas de salud actuales, que son muy diferentes a los de hace cincuenta años.
- Hacer que la atención en salud sea más igualitaria.
- Responder a las necesidades planteadas por la población y que pueden no estar dentro de las prioridades sectoriales.
- Mejorar respecto de los indicadores de salud actuales.

Más específicamente, según los textos legales, el Plan AUGE busca: I. Establecer un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, referidas al:

A. Acceso: la obligación del Fonasa e Isapres de asegurar las prestaciones de salud garantizadas a sus beneficiarios en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

B. Oportunidad: es el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. No se entenderán por incumplimiento los casos de fuerza mayor, fortuitos o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

C. Calidad: es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.

D. Protección financiera: es la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen. No obstante, el Fonasa deberá cubrir el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B (con menos recursos) y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a las personas pertenecientes a los grupos C y D (capacidad de pago media);

II. Disponer que el otorgamiento de las prestaciones y garantías sea obligatorio para el sector público y para el sector privado;

III. Establecer que el conjunto de enfermedades y condiciones de salud garantizados por el Estado se determinará mediante un decreto supremo que será revisado trienalmente;

IV. Crear un Consejo Consultivo, asesor del Ministro de Salud, que sirva de vehículo para la participación de la sociedad en la evaluación y revisión del Régimen de Garantías.

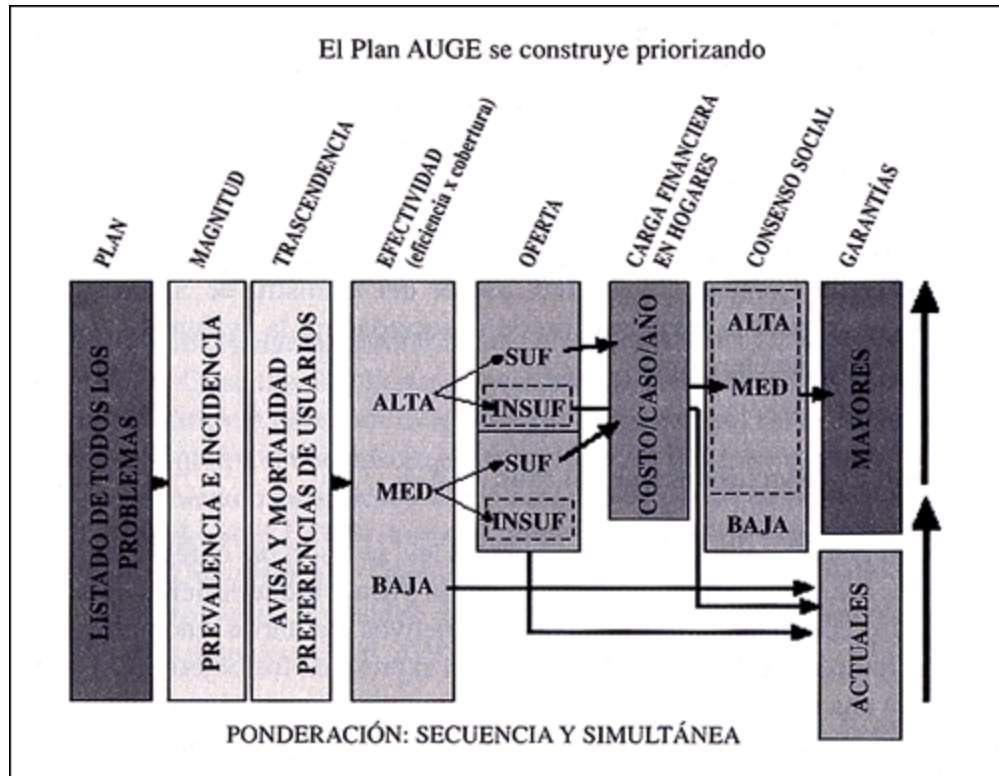
Determinación de prioridades para el Plan AUGE

De acuerdo con la metodología establecida por la ley, se priorizan enfermedades de acuerdo con criterios sanitarios e impacto financiero. Un primer requerimiento es la relación de la enfermedad o condición de salud con los objetivos sanitarios nacionales. Todos los problemas incluidos en el AUGE tienen mención expresa en los objetivos -y en la mayoría de los casos una meta sanitaria específica- con excepción de algunas condiciones que fueron incluidas porque ya forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de FONASA. Con el fin de entregar un parámetro técnico para ajustar el AUGE dentro del marco de los recursos disponibles, se intentó establecer una priorización de las enfermedades y condiciones de salud para apoyar las decisiones de inclusión o exclusión y también ayudar en las decisiones sobre implementación. Para este fin, se elaboró un algoritmo de priorización, usando los criterios comúnmente aplicados para establecer prioridades en salud (Figura 1).

Siguiendo este algoritmo, se construyó una escala de puntaje de prioridad sanitaria, considerando criterios de magnitud (número de casos, ajustados por la calidad del dato), trascendencia (AVISA, mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios), vulnerabilidad (existencia de intervención efectiva), se analizó la capacidad de oferta de las redes asistenciales con la participación de los Servicios de Salud -mediante encuesta-.

Considerando esta información, se definieron las prioridades y a continuación se convocó a especialistas de los establecimientos públicos y de las sociedades científicas para elaborar los protocolos AUGE que orientarían el proceso de atención. Tomando en cuenta la información recopilada se plantearon las garantías. Esta priorización sanitaria y financiera permite de acuerdo con el Ministerio de Salud:

Figura 1
Algoritmo de priorización Plan AUGE



- Identificar prioridades sanitarias factibles de implementar en el corto plazo.
- Orientar ajustes de acuerdo con criterios sanitarios (focalización en grupos de mayor riesgo, en prestaciones más efectivas y más caras).
- Identificar prioridades de incremento presupuestario para financiar el AUGE.
- Identificar prioridades de inversión del sector para mejorar la cobertura del AUGE en el mediano y corto plazo.

Mediante este procedimiento, se establecieron 56 condiciones de salud protegidas mediante el plan, ellas son:

- Parto con analgesia
- Nacimientos prematuros
- Enfermedades perinatales
- Anomalías congénitas (cardiopatías, labio leporino y defectos del tubo neural)
- Cáncer infantil
- Cáncer cervicouterino
- Cáncer de mama
- Cáncer de próstata
- Cáncer de testículo
- Cáncer de estómago
- Leucemia
- Linfoma
- Cuidados paliativos para cánceres

- Isquemia infarto agudo del miocardio
- Trastornos de conducción cardiaca
- Accidente vascular encefálico
- Neurocirugía tumores y quistes del sistema nervioso central
- Neurocirugía para aneurismas
- Neurocirugía para núcleo pulposo
- Depresión (prioridad en mujeres y jóvenes)
- Trastornos psiquiátricos severos
- Dependencia de alcohol y drogas
- Insuficiencia renal crónica
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Artrosis
- Artritis reumatoidea
- Enfermedades respiratorias del adulto
- Cataratas
- Desprendimiento de retina
- Retinopatía diabética
- Cirugía de prótesis y ortesis en adulto mayor
- Hipoacusia
- Rehabilitación protésica
- Estrabismo en menores de 9 años
- Hiperplasia prostática benigna
- Neumonías en adultos mayores
- VIH/SIDA
- Trauma ocular
- Fibrosis quística
- Hemofilia
- Escoliosis
- Atención prehospitalaria de urgencia
- I.RA. niños y adultos
- Salud bucal integral
- Urgencia odontológica
- Actividades preventivas en niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores

Las condiciones enumeradas dan cuenta del 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones. La carga de enfermedad había sido estimada por las cifras de mortalidad ajustada y por años de vida saludables perdidos. Sin embargo, como se puede ver de la lista, existen condiciones que no son necesariamente mortales y forman parte de la calidad de vida o de las intervenciones de carácter preventivo o de salud pública.

4. Garantía sobre alivio del dolor en pacientes terminales

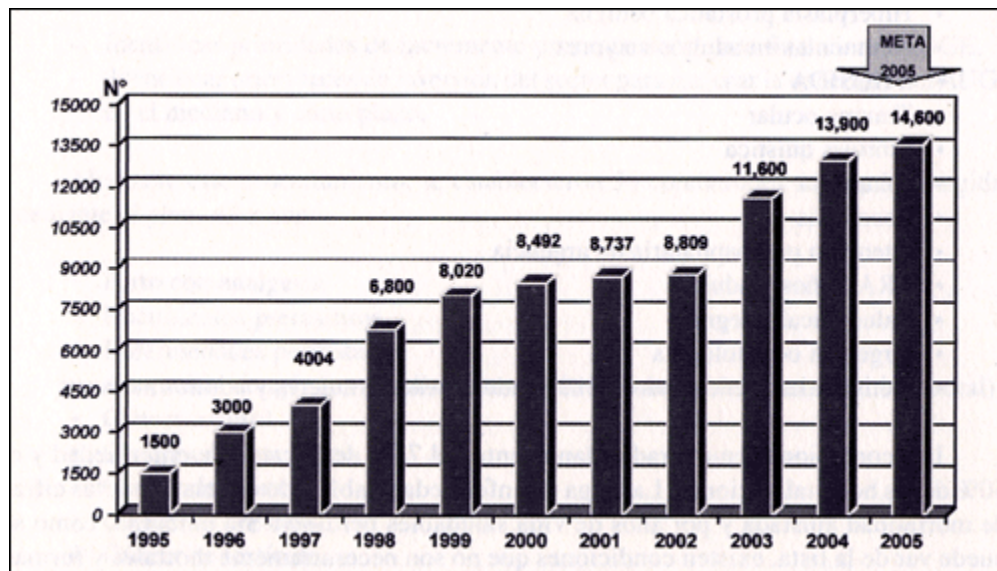
En el capítulo de las intervenciones garantizadas que tienen que ver con la calidad de vida, están los cuidados paliativos para los enfermos terminales. Mejor dicho de la calidad de la vida que

está en proceso de extinguirse. La inclusión de este problema de salud en el listado AUGE es la continuación del Programa de Alivio del Dolor establecido por el Ministerio de Salud en 1995 a instancias de los especialistas de la Unidad de Cáncer de la División de Programas de Salud y el Departamento de Salud de las Personas.

Los gráficos que siguen fueron tomados del Manual de Atención “Cómo cuidar al enfermo de cáncer avanzado en el nivel primario de atención” (MINSAL, 2004) y reflejan la intensidad del trabajo desplegado por la autoridad sanitaria en los últimos diez años, en colaboración con los médicos, químicos farmacéuticos y enfermeras que han promovido este notable esfuerzo.

La evolución del Programa nacional de Alivio del Dolor por cáncer y cuidados paliativos refleja un esfuerzo importante por parte de la comunidad médica y la autoridad que, teniendo ya una experiencia suficiente, permite incorporarla al sistema de garantías que significa AUGE. Este sistema, sancionado por ley, será obligatorio tanto para los beneficiarios del seguro público (FONASA, FF.AA.), como para los de los seguros privados (ISAPRE) (Figura 2).

Figura 2
Personas atendidas PAD y CP 1995-2004 Chile
Proyección 2005

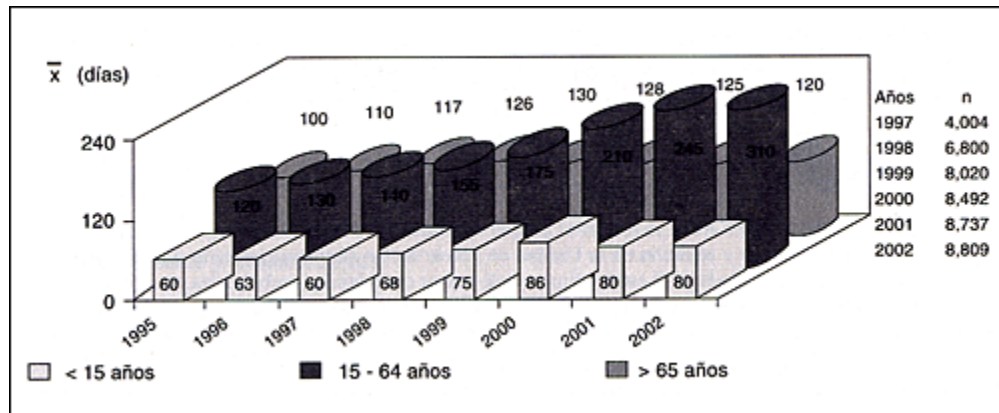


El número de pacientes que se ha ido atendiendo en este programa refleja su necesidad evidente, tanto desde el punto de vista de la equidad en el acceso a un beneficio indispensable, como desde la perspectiva de la capacidad de los especialistas de responder a una necesidad sentida por la población afectada y sus familiares.

Las estrategias y contenidos de ese programa han sido elaborados por un grupo de trabajo coordinado por el Ministerio de Salud, compuesto por médicos, enfermeras y químicos farmacéuticos. Ellos son parte de los equipos del programa en el sistema público y privado y de las sociedades científicas interesadas en el tema.

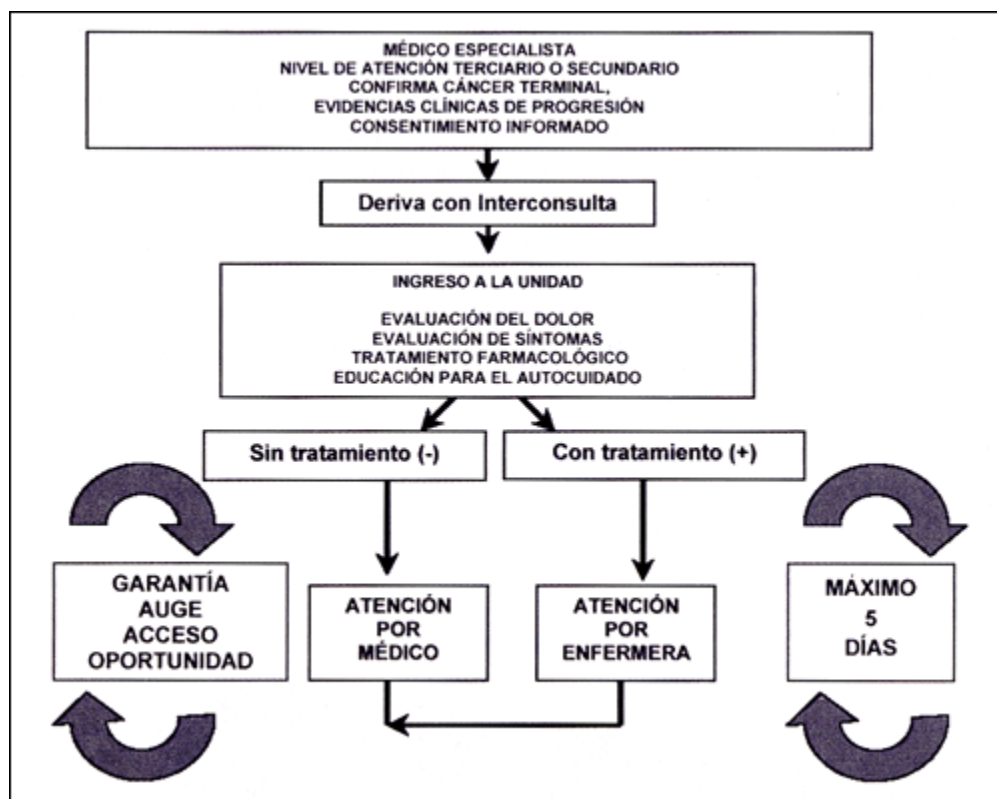
Poder calcular las necesidades de atención y sus costos eventuales era indispensable para poder planificar los recursos necesarios. Por ello, una de las primeras informaciones calculadas fue el de tiempo de sobrevida de los pacientes en el programa. Este se ha calculado en 127 días, es decir, 4 meses en promedio. Con este dato, obsérvese el gráfico respectivo, los responsables operativos y financieros saben a qué atenerse (Figura 3).

Figura 3
Indicador de Centinela
Tiempo promedio de sobrevida
PAD y CP Chile 1995-2002



Otro aspecto importante de la operación del sistema de garantías es poder tener los parámetros y procedimientos para poder ingresar un paciente al programa y tratarlo adecuadamente. Para ello se ha elaborado el algoritmo contenido en el gráfico que se entrega a continuación, también tomado del Manual del Ministerio de Salud (Figura 4).

Figura 4
Garantía Auge



La garantía del Sistema Auge se refiere al acceso oportuno del enfermo: niño, adulto de ambos sexos para su ingreso y atención en la Unidad de Alivio de los síntomas, incluido el dolor por cáncer y cuidados, ubicada en el establecimiento de mayor complejidad ambulatoria, en 5 (cinco) días máximo desde su derivación por el especialista del nivel secundario o terciario de atención.

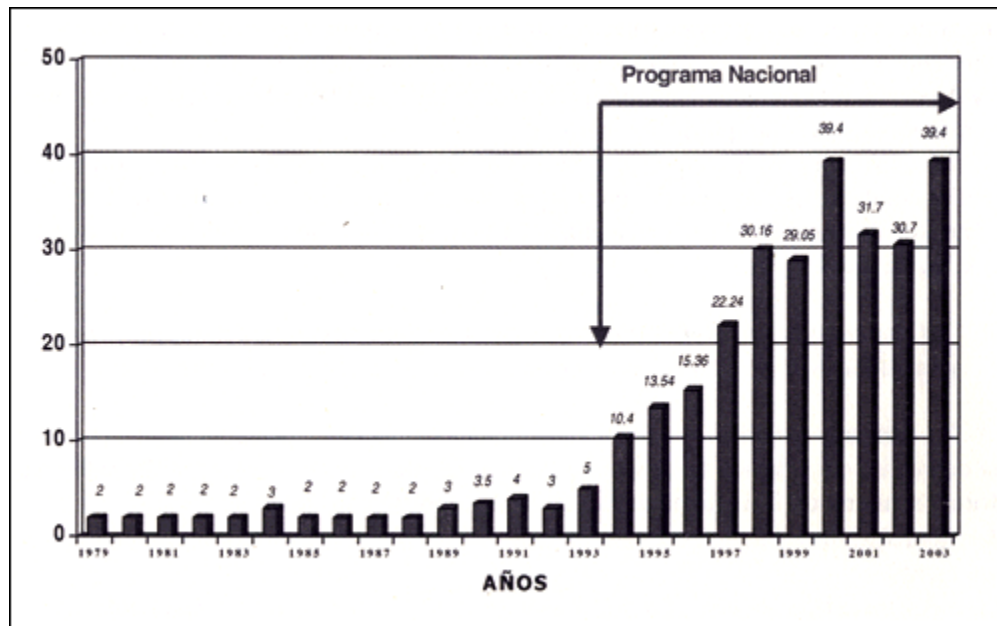
El algoritmo, autoexplicativo, recoge los elementos fundamentales del AUGE, las garantías de tiempo y calidad. Obsérvese que se dan los elementos para discriminar cuándo ingresar un paciente, a qué tipo de intervención y con qué tiempos máximos de espera para ello.

Para cumplir con este programa se han efectuado capacitaciones que han beneficiado a 850 personas, solo entre 2002 y 2003. Se han elaborado pautas y medido el consumo de morfina y otros analgésicos. El indicador de consumo de morfina ha sido creciente y ha llevado a Chile al nivel más alto en el uso controlado de este fármaco (2,64 mg per cápita por año en Chile).

Obsérvese el gráfico que sigue, tomado del documento ministerial de evaluación de 2003 (Figura 5).

Las estimaciones de costos para este programa contenidos en el Decreto 170 del Ministerio de Salud del 21 de noviembre de 2004 nos dicen que el costo mensual por paciente de este programa de cuidados paliativos para pacientes del sector público se estima en \$ 36.000 mensuales. Esto significa que el desembolso promedio por paciente para el sistema público, asumiendo una sobrevida de cuatro meses, será de \$144.000. Recordemos que la protección financiera para los pacientes que se benefician del AUGE es un componente esencial. Los cálculos para otorgar esta garantía en el sector privado deberían ser algo más elevados, pero no más allá de un 100 o 150%.

Figura 5
Indicador Centinela
Resultados - Impacto
Consumo Terapéutico de morfina en Chile
1979-2003



5. Conclusiones y comentarios

El sistema de salud de Chile está dando un paso adelante muy significativo con la presente reforma del año 2005. Ella representa un avance cualitativo y cuantitativo de gran nivel pues recoge muchas de las aspiraciones de las personas, expande los derechos y los hace reales mediante instrumentos específicos que obligan a todos los aseguradores y prestadores.

Los elementos principales de esta reforma sanitaria han sido el uso de la priorización y el establecimiento de garantías sobre las condiciones de salud ordenadas.

Las garantías explícitas son las de Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera. Cada una de estas dimensiones tiene respaldo en leyes y reglamentos para su aplicación y ello, junto con el desenvolvimiento práctico de este cuerpo de procedimientos, indicará el resultado intermedio o final de esta iniciativa.

Toda priorización tiene conflictos éticos y políticos evidentes. No es un ejercicio fácil, requiere de coraje y de las debidas consideraciones a los principios de respeto a las personas y sus derechos esenciales. Por ello el ordenamiento de prioridades se ha hecho en este caso con instrumentos científicos provenientes de la epidemiología, pero también considerando las opiniones de los afectados, comunidad y líderes de opinión. Los debates parlamentarios fueron intensos y acalorados, la oposición de los gremios profesionales llegó a niveles muy intensos, pero finalmente se logró consenso y se generó una gran expectativa sobre esta reforma.

En los países del primer mundo se intentan o están en desarrollo iniciativas semejantes. En Estados Unidos, la conocida experiencia del Estado de Oregon provocó polémicas y debates intensos que finalmente la hicieron fracasar. Sin embargo al ser pionera, generó

una preocupación por la necesidad de buscar instrumentos de ordenamiento de prioridades y examinó sus implicancias éticas en gran profundidad. En estos años, Canadá y Australia están implementando iniciativas parecidas a la chilena, pero sus alcances son más modestos en amplitud y cobertura.

Muchos teóricos de las políticas de salud imaginan que poner entre las prioridades aquellas condiciones más sentidas por las personas, es una obligación, así lo hace el jesuita. The Rev. Michael D. Place, presidente y CEO de la Asociación Católica de salud de los EUA, quien dice:

“sí, debemos prohibir el suicidio asistido, pero debemos dar los pasos para mejorar el cuidado paliativo como parte de una reforma del sistema de salud”¹ ...

La inclusión del alivio del dolor en pacientes terminales representa nada menos que una consecuencia práctica del respeto a la dignidad de la persona humana. Por ello esta reforma sanitaria de Chile tiene un contenido humanista considerable.

citas

1 www.americamagazine.org/ Place Michael: Health care Reform Equation, March 26, 2001, vol. 184, N° 10.