

La revolución que el SIS necesita

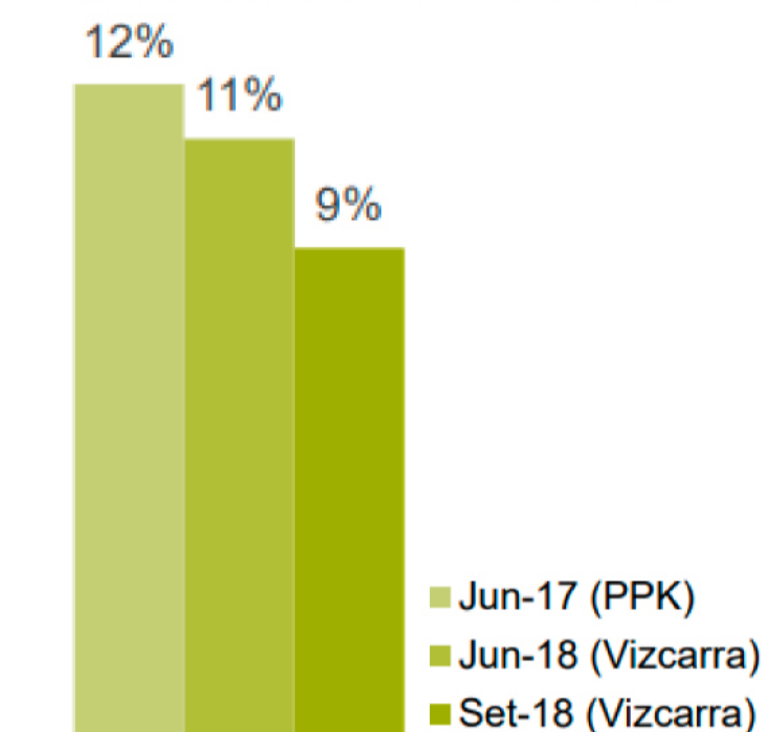
9 de octubre de 2018

Jaime de Althaus
Para Lampadia

Acabada la guerra con el Congreso por conseguir la aprobación de las reformas institucionales, que le permitió elevar su popularidad, el presidente Vizcarra deberá conducir ahora otras cruzadas, pero esta vez para resolver los problemas de la población, si quiere mantener indefinidamente los altos niveles de aprobación que ha conseguido. Y uno de esos problemas es la atención de la salud. En el siguiente gráfico, por ejemplo, vemos que el porcentaje de la población que considera que el gobierno viene manejando bien o muy bien los servicios de salud en postas y hospitales, ha bajado de 12% en junio del 2017 a 9% en setiembre del 2018. Es decir, la gente percibe que los servicios de salud, lejos de mejorar, se vienen deteriorando.

Independientemente de su posición política
¿Cómo evalúa usted la forma como **MARTÍN VIZCARRA y su EQUIPO DE GOBIERNO** vienen manejando...?

Pregunta asistida, % de quienes evalúan bien/muy bien



Los servicios de salud en postas y hospitales

Encuesta GFK, 23 de setiembre 2018

Los extraordinarios resultados de Lima Este

Lo increíble es que el gobierno tuvo a la mano y empezó a aplicar el instrumento para mejorar radicalmente los servicios de salud, pero **incomprensiblemente se deshizo de él**. Y el piloto de ese instrumento ya se había probado el 2006. Es lo que descubrimos asistiendo al Congreso Peruano de Administración de Salud, llevado a cabo en el colegio médico, donde el 20 de julio el Dr. Moisés Rosas Febres hizo una presentación titulada: **"Reforma de Financiamiento vs Reforma de Pago"**. Allí el doctor Rosas explicó el piloto que el SIS ejecutó el año 2006 en la Dirección de Salud (DISA) Lima Este, con resultados extraordinarios. Esta región estaba conformada por un hospital nacional (Hipólito Unanue), 4 hospitales de menor jerarquía y 99 centros y puestos de salud. Y atendía a alrededor a de 400 mil beneficiarios directos (afiliados al SIS), y 1.6 millones de personas viviendo en Lima Este como beneficiarios indirectos.



Como sabemos, los problemas de nuestro sistema de salud se expresan en que:

- No hay los medicamentos que debería haber
- Muchos pacientes del SIS deben pagar por medicinas y exámenes
- No hay cupos para atención en los hospitales porque el primer nivel de atención no funciona

Pues bien, la intervención que se hizo en la región Lima Este mejoró todos estos problemas el año 2006. Como se pudo apreciar en los gráficos mostrados, el porcentaje de pacientes a los que se les cobró por la atención, medicamentos, exámenes de laboratorio y/o imágenes, o no se les entregó todos esos servicios de manera completa, disminuyó dramáticamente en sólo 60 días. También disminuyó abruptamente el no cumplimiento de guías o protocolos de atención, así como el número de historias clínicas que no tuvieran todos los actos médicos registrados de acuerdo a las normas del MINSA.

La realidad hasta ese momento en la DISA Lima Este era que casi el 40% de los pacientes que se atendían por el SIS tenían que pagar por los exámenes, imágenes y medicamentos recetados, o estos sencillamente no existían en los establecimientos, y por lo tanto tenían que comprarse fuera. Gracias a la reforma implementada ese déficit se redujo casi a cero. La atención plena y gratuita mejoró sustancialmente. Esto está documentado en el sistema de auditoría de SIS de entonces.

Este resultado, realmente espectacular, quedó confirmado por la encuesta ENAHO del INEI: comparando con el año previo, el porcentaje de atendidos por el SIS que declararon que les dieron sus medicamentos completamente gratis durante la experiencia subió 44% (de 29% a 73%) en Lima Este, mientras que en el resto de Lima y Callao solo subió 4% (de 54% a 58%).

No solo eso. También mejoró el problema estructural de falta de cupos para atención en los hospitales. El primer nivel de atención empezó a funcionar. De hecho, la ENAHO confirmó que el porcentaje de pacientes que declaró que los servicios de salud en Lima Este le habían resuelto el problema por el que acudió a dichos servicios aumentó 23% (de 53% a 76%), mientras que en el resto de Lima y Callao disminuyó 10% (de 78% a 68%).

Y además, resulta que esa mejora absoluta en la calidad del servicio de salud se hizo con menos recursos presupuestarios que los que se hubiesen usado si se seguía con la metodología tradicional, liberando 30% del presupuesto anual del SIS destinado a la DISA Lima Este para que pueda ser reinvertido en la propia DISA. De modo que, con este nuevo modelo de gestión del SIS, se lograba mucho mejores resultados a menor costo. Más no se puede pedir.

Lamentablemente esta experiencia no se pudo continuar en los años siguientes porque la denuncia de corrupción en la adquisición de raciones por el SIS luego del terremoto de Pisco, generó un quiebre en la gestión, de modo que se regresó a las prácticas anteriores.

El secreto: cambio en la forma de pago y administración de riesgos

¿Cuál fue el secreto de este nuevo modelo de gestión del SIS? Hubo varios cambios, pero acaso el principal fue el que se produjo en la manera en que el SIS pagaba a los establecimientos de la DISA Lima Este, que modificó radicalmente el sistema de incentivos.

El SIS pagaba –y sigue pagando– por atenciones médicas, no por resultados. Lo que eso fomenta, por supuesto, es que se multiplique el número de atenciones, encareciendo el presupuesto y muchas veces sin que se le resuelva al paciente su problema de salud, y que además estas atenciones se concentren en los hospitales.

Lo que hace el SIS es devolver la plata por todo lo que se gasta en medicamentos, insumos, análisis, imágenes, etc. Esto, naturalmente, fomenta el gasto. Y, además, de una manera perversa, porque no es solo que pague, digamos, por una operación quirúrgica, sino por todo lo que los médicos digan que gastaron en esa operación. Por supuesto, aumentará la cantidad de insumos usados a placer, y por eso es que el presupuesto del SIS nunca alcanza hasta final de año. Como me decía un experto: “Si uno compra una mesa, no hay forma que te engañen, pero si uno le dice al carpintero que le pagará lo que gaste, él dirá que le puso mil clavos a la mesa y habrá que pagarlos”. Entonces, cuanto más desagregado es el gasto que hay que devolver y más fragmentada la atención, más dispendio y fraude habrá y más difícil controlar insumos y calidad.

La experiencia del 2006 cambió radicalmente el modo de pago. Ya no se pagaba por atenciones ni por insumos, etc., sino por resultados. La consecuencia inmediata de no pagar por atenciones, es que desaparece el incentivo a inflar el número de atenciones, análisis, exámenes e insumos de todo tipo. El nuevo modelo de pago contemplaba el pago de una cantidad determinada para reposición de insumos (cuyo costo bajaba) y un pago adicional por gestión si es que se cumplía con los siguientes objetivos:

- Que no se le cobrara al paciente
- Que se entregaran todos los medicamentos e insumos
- Que se resuelva la enfermedad por la que consultó
- Que no se tercericen los servicios si se puede evitar hacerlo
- Dar mantenimiento a los equipos
- Trabajo coordinado y complementario entre los niveles de atención

La idea era que si el porcentaje de pacientes al que no se le cobra nada, al que se le entrega todos los medicamentos, al que se le resuelve la enfermedad por la que acudió, etc., desciende por debajo de un cierto nivel, previamente acordado, pues se le entrega una cantidad a la red o a la región por el cumplimiento de esa meta. Lo que se produce entonces es un alineamiento de los actores en la dirección de adquirir más medicamentos a mejor precio y no venderlos por lo bajo, así como resolver el problema del paciente en lugar de ordenarle múltiples atenciones. También a no tercerizar sino solo lo indispensable y a dar mantenimiento a los equipos.

Con el nuevo modelo de pago, al hospital ya no le conviene concentrar todas las atenciones –porque no percibirá más por eso– sino desconcentrarlas a los centros y postas, fortaleciéndolos, porque al final, al gastar menos como hospital, le quedará más dinero para adquisiciones de equipos, por ejemplo. Se produce así una redistribución de la carga hacia los niveles básicos de atención, de modo que desaparece la congestión para los turnos en las operaciones quirúrgicas y en la atención ambulatoria en el hospital, ya que mejora la prevención.

Verificación

¿Cómo se verifica el cumplimiento de esos indicadores? Pues con auditorías muestrales directas a la historia clínica, a diferencia de las auditorías actuales que no son muestrales y que demandan mucho gasto de las entidades prestadoras para subsanar miles de observaciones relativas a supuestas fallas en los llamados “formatos de atención”, donde se suele copiar defectuosamente lo que el médico ha prescrito y lo que ha recibido el paciente.

Normas anti corruptelas

Además, se implementan normas y mecanismos para reducir el costo de reposición de medicamentos, insumos y equipos. Para comenzar, se diseñaron mecanismos para atar el inventario de medicamentos e insumos al número de ítems reportados en los formatos de atención de cada paciente. Es decir, se establece un control informático del uso del inventario en función de las recetas de los médicos.

Porque lo que ocurre en los hospitales es que de pronto medicamentos caros empiezan a desaparecer y aparecen en farmacias cercanas. Una de las razones por las que ocurre esto es que muchos hospitales compran esos medicamentos caros al menudeo, pagando, de paso, mucho más por ellos. Allí ya puede haber arreglos. Pero desaparecen. Terminan en farmacias cercanas. La solución que el modelo ha planteado para esto es obligar al hospital a comprar para todo el año cualquier medicamento que el año anterior se haya comprado. Así, el SIS paga por adelantado para compra medicamentos todo el año. Esto abarata considerablemente las compras. Hay que tener en cuenta que el sector como tal realiza compras corporativas de 400 ítems, pero el SIS paga 26,000 ítems, comprados por los hospitales.

Pero la razón principal por la que los medicamentos pagados por el SIS terminan en las farmacias vecinas, es que cualquier vecino, asegurado o no, puede ir a comprar medicamentos en un establecimiento público, con receta. Entonces lo que ocurre es que se genera gran cantidad de recetas falsas, y mediante compras hormiga, pacientes o supuestos pacientes sacan los medicamentos, sobre todo los caros. Y después los venden a las farmacias.

Una solución propuesta es dar una ley que establezca que los medicamentos que se venden en los establecimientos de Salud son solo para pacientes del SIS, y que, si se quiere mantener una venta subsidiada al público en general, esta se haga, por ejemplo, en farmacias municipales.

Otra corruptela es la que se da en el pago a los proveedores. Cuando el 2017 el SIS pagó la deuda a los hospitales, esto no se expresó en un pago inmediato por parte de los hospitales a los proveedores privados. Había una cola de facturas por pagar, situación que podía prestarse para que algunos quizá cobraran algún porcentaje de la factura al proveedor para pagarle antes que a otros. Lo que intentó hacer el SIS el 2017 fue dar una norma según la cual con dinero del SIS solo se podía pagar en orden de ingreso. Pues esa norma no llegó a salir. Los intereses corruptos lo impidieron.

En cuanto al mantenimiento de equipos, los contratos adquisición deben venir con un paquete de mantenimiento. Además, en el convenio que firma el SIS con la unidad prestadora (una región) debe colocarse una cláusula que establezca que, si el equipo sufre un desperfecto o queda inutilizado, y el establecimiento no cumplió el protocolo de mantenimiento, entonces sufre una penalidad económica. Y ante una penalidad económica, la intervención de control interno es inevitable para identificar y sancionar a los responsables de hacerle causado una pérdida de ingresos a la entidad.

Por supuesto, todas estas normas generan resistencias en las redes que viven de estas corruptelas. Por eso es que, hasta ahora, no se aplican.

Conclusión

La verdadera reforma de la Salud, entonces, comienza por poner en marcha una reingeniería del SIS como la que se aplicó el 2006 y como la que empezó a ejecutarse el 2017, que lamentablemente abortó. Si se hiciera, habríamos hecho una revolución. Los pacientes serían atendidos, se les resolvería el problema por el cual acudieron al establecimiento de salud, y recibirían sus atenciones y medicamentos de manera gratuita. Habríamos dado un salto histórico. **Lampadia**