

Experiencia comparada con Chile

Dra. Andrea Martones

Asesora en Salud Pública Chile

A continuación, procederemos con la ponencia de la doctora Andrea Martones. Ella es abogada y asesora jurídica de diversas instituciones gubernamentales de salud en Chile. Además, es socia directora de Martones SPA. El tema que nos presentará esta mañana es la "Experiencia de la Descentralización Oncológica en Chile". Les pido que reciban con un fuerte aplauso a la doctora Andrea Martones.

Muchas gracias. Buenos días a todos. Primero, quiero expresar mi profundo agradecimiento a la universidad y a los organizadores por esta invitación. Como algunos saben, soy chilena, pero viví muchos años en Perú. Me formé en colegios peruanos, así que una gran parte de mi corazón es peruano. Estoy profundamente agradecida con este hermoso país que acogió a mi familia y a mí hace muchos años. Es un honor y un privilegio estar aquí.

Además, quiero felicitarlos por esta iniciativa. Creo que cuando nos unimos por un objetivo común, a pesar de nuestras diferencias, lo que nos une es el bienestar de las personas.

¿Cómo abordamos el desafío del cáncer en nuestros países?

Las personas con cáncer son mucho más que su enfermedad; tienen otras comorbilidades que deben ser atendidas. A menudo decimos que nuestros modelos están centrados en las personas, pero ¿realmente es así? ¿O son las personas las que se adaptan a los modelos que proponemos?

Lo que quiero compartir hoy, en relación con la descentralización, es cómo hemos avanzado en la construcción de macro redes para enfrentar el cáncer en Chile. No se trata de destacar lo que hacemos bien o mal, sino de compartir en qué nos hemos equivocado, qué nos ha costado y qué nos ha funcionado.

Nuestra historia en materia de cáncer se remonta a mucho antes de la Ley Nacional del Cáncer. En 2005, realizamos una importante reforma de salud. Transformamos centros de salud. Ahora están territorialmente desconcentrados bajo un servicio de salud. Los hospitales, que dependen de estos servicios territoriales, tienen facultades para desconcentrar funciones. Están dispersos dentro de una región y, al cumplir ciertos requisitos, se les otorga autonomía.

Además, nuestra atención primaria, que es esencial en salud, depende de los municipios, que son completamente autónomos respecto al gobierno central o regional. En este contexto de descentralización y desconcentración, enfrentamos un escenario complejo."

Sin embargo, la pregunta que debemos hacernos es: con lo que tenemos, ¿cómo lo hacemos?

Porque es realmente difícil cambiar todo. Entonces, en esta reforma, lo que se propuso fue priorizar sanitariamente la asignación de recursos. Se decidió abordar aquellas patologías que representan la mayor carga de enfermedad y cuyo tratamiento, diagnóstico y seguimiento sean costo-efectivos. De esta manera, se crearon las garantías explícitas en salud. La principal ventaja de estas garantías es que las patologías cubiertas aseguran calidad, cobertura financiera con límites máximos de gasto, garantizando que nadie se arruine debido a una enfermedad.

Se establecen estándares de calidad, se garantiza el acceso a centros de salud acreditados y, lo más importante para la población, se garantiza la oportunidad de atención. Por ejemplo, para el cáncer de mama, se define cuánto tiempo máximo puede esperar una persona desde la sospecha hasta el diagnóstico.

El sistema de salud se moviliza con la firma de un médico, ya sea para una indicación de examen o una receta. Por lo tanto, nos dirigimos a la codificación de los protocolos de atención. En estas garantías explícitas, se incluyeron todos los cánceres infantiles y se incorporaron varios tipos de cáncer a lo largo del tiempo. Lo que ayudó fue empoderar a la gente, haciéndoles saber que tienen derecho a estas garantías.

A pesar de la resistencia inicial en 2005, debido a preocupaciones sobre la tensión en las redes y la posible falta de recursos, la judicialización masiva prevista nunca ocurrió. De hecho, se creó un sistema de mediación en salud para abordar posibles litigios, pero la gente comprende las capacidades y limitaciones del sistema.

Creamos protocolos de atención, como el protocolo de atención para el cáncer de mama, y a partir de ahí, identificamos las redes disponibles para cumplir con estos protocolos. Se reorganizaron las macro redes, ya que es insostenible tener especialistas en todas partes del país.

Aunque tuviéramos todos los recursos financieros, hay otras consideraciones que pueden impedir que los médicos o enfermeras permanezcan en ciertas áreas. Por lo tanto, el objetivo era descentralizar y acercar la atención lo más posible a las personas.

Al igual que en Perú, en Chile también enfrentamos desafíos de traslado, especialmente en zonas aisladas. Mas si todos tuvieran que viajar a Santiago, por ejemplo, el viaje podría demorar una semana."

A partir del estándar y de la garantía, uno va tensionando el sistema, y este se va ordenando. Si comienzo al revés y espero tener todos los recursos ideales para poder ofrecer atención de salud, nunca comenzaremos. Y en esto, que fue un aprendizaje desde 2005.

Llegamos hasta la Ley Ricarte Soto, o ley de cobertura para diagnóstico y tratamientos de alto costo. En esta, nuevamente se incluyen cánceres, pero ahora con tecnologías de alto costo. Se crea esta segunda ley porque las garantías explícitas del 2005 priorizaban el uso de recursos según alta prevalencia, carga de enfermedad y costo-efectividad. Por lo tanto, quedaban fuera cánceres raros o enfermedades huérfanas. Se crea un nuevo mecanismo de priorización para que enfermedades como la de Morquio no compitieran con, por ejemplo, la artritis reumatoide. Estas leyes ofrecen una cobertura real a más del 98% de la población.

Para implementar esto, se crearon sistemas de información que comenzaron de forma modesta. Si esperamos que la gestión de redes dependa solo de una ficha clínica electrónica unificada, esperaremos eternamente, porque no existe un sistema unificado a nivel nacional. Lo que hicimos fue definir un mínimo común de datos requeridos en todas las redes. Cada hospital gestiona su propio sistema de ficha clínica electrónica, y el Ministerio define el "idioma" en el que ese sistema de información se comunicará para integrar toda la información a nivel central. Con este sistema, las personas pueden saber cuándo se están incumpliendo sus garantías y hay mecanismos de reclamo que no sobrecargan la red.

A partir de ahí, se comienza a articular las macro redes. Luego, la Ley Nacional del Cáncer surge por dos razones: una, la debilidad de la macro red, que es el desafío más grande en la implementación de cualquier política pública en salud. Lo más difícil es construir macro redes.

Esto significa que las personas, lo más cerca posible de donde viven, tengan una ruta definida que minimice los desplazamientos, que se considere integralmente la salud de la persona y que se puedan resolver sus problemas de salud en macro regiones.

Es complicado tener especialistas en todos lados. Cuando se ofrece a las personas la posibilidad de reclamar, el sistema se tensiona. Las macro redes, que se habían formado en la reforma del 2005, en realidad nunca se habían construido como tales. Funcionaban porque teníamos que cumplir con las garantías explícitas, pero eran macro redes formadas más por la práctica que por normativa.

Entonces, lo que la Ley Nacional del Cáncer establece es que, dado que en 2005 se crearon los centros de alta especialidad con un modelo distinto (que, por razones de tiempo, no puedo detallar), que consiste en otorgar facultades adicionales para que funcione la macro red con institutos nacionales, como el INEN, y quien coordina esa macro red y la distribución de los recursos, se crea esta ley con el propósito de incentivar y promover la creación de esta macro red.

Esta está ligada a tres factores esenciales: la formación de especialistas, la docencia y la investigación. Porque, de alguna manera, debemos definir, al establecer que el hospital de cierto lugar resolverá hasta cierto punto, cuál es nuestra brecha con respecto al protocolo de atención.

A partir de esa brecha, si, por ejemplo, faltan radiólogos y la especialidad de radiología dura tres años, podré, como red asistencial, resolver el tema radiológico en tres años. Eso implica formación y planificación. Por lo tanto, me uniré a esa macro red a partir del tercer año. Pero eso requiere planificación.

Quiero enfatizar que el mayor desafío es precisamente ese. Hoy en día, la tecnología, que es beneficiosa para las personas, nos permite estar mucho más cerca de ellas. Las quimioterapias son ambulatorias, es decir, solo requieren un sillón, y si hay quimioterapias orales disponibles para diferentes tipos de cáncer, nuestro desafío en Chile es cómo avanzar hacia esas tecnologías que ofrecen una mejor calidad de vida y el menor desplazamiento posible.

La pandemia y la telemedicina han sido herramientas valiosas para avanzar en este sentido. Actualmente, contamos con telemedicina, y es inaceptable hacer que los pacientes se desplacen desde lugares remotos hasta una ciudad o la capital del país cuando existen recursos, que no son costosos, para implementar la telemedicina. Y podemos empezar poco a poco."

La pandemia nos enseñó a organizar nuestras farmacias de manera diferente. Antes, nos decían: "No puedo despachar una receta a un paciente por 6 meses. Tengo que dársela cada mes porque si no, me quedo sin medicamentos". Sin embargo, con la pandemia, como las personas no podían acudir a los hospitales, tuvimos que despachar recetas por 6 meses. Y resultó que sí era posible. ¿Por qué vamos a hacer que los pacientes acudan mes a mes, especialmente en enfermedades crónicas, si pueden ir una vez al año si ya están en control?

Por ejemplo, en el caso oncológico, no tiene sentido hacer que la persona acuda todos los meses. Para eso está el protocolo de atención, que define cada cuánto es el seguimiento y dónde debe realizarse, permitiendo así reordenar y articular las redes.

Pero, créanme, para Chile, la articulación de la red sigue siendo una tarea pendiente. No está tan articulada como quisiéramos, desde la atención primaria hasta el nivel terciario. Hemos avanzado más en cáncer infantil porque lleva más años de implementación desde el GES y porque, por naturaleza, los pediatras suelen ser más ordenados que otras especialidades médicas. Además, los centros pediátricos a nivel nacional están más claramente definidos, lo que facilita las cosas.

Lo que quiero transmitirles es que si no empezamos por lo más simple y avanzamos hacia lo más complejo, así no progresamos. Son desafíos, y cuesta avanzar, pero los aprendizajes están ahí para ayudarnos a mejorar.

Quiero felicitarlos nuevamente por esta iniciativa.

La salud es un gran ecosistema, y no podemos regular solo un aspecto sin afectar al resto. La regulación es mucho más amplia de lo que les he contado. Solo quería compartir cómo hemos avanzado en este largo camino.

La Ley Nacional del Cáncer lleva dos años, pero en realidad, llevamos más de 15 años trabajando en la implementación de macro redes, y todavía enfrentamos desafíos. Hemos aprendido mucho, y también reconocemos lo que aún nos falta aprender.

Eso es lo que quería compartir con ustedes.

Muchas gracias por la invitación y espero que tengamos otra oportunidad de encontrarnos.