

EN RED

BOLETÍN DE GESTIÓN MÉDICA
BOLETÍN N° 1 | AÑO I

DRA. VICTORIA FABRÉ,
GERENTE DE SALUD RED SALUD

“UNA ORGANIZACIÓN QUE SE
INVOLUCRA EN EL CONTROL
DE CALIDAD TIENE QUE
HACERLO PERMANENTEMENTE”

Sistema
Privado y Reforma

06

Preocupación
por buen uso de LM

10

Breves
de salud

12

 **redsalud**
TU SALUD EN EL LUGAR QUE SE MERECE
SOMOS CChC

DRA. VICTORIA FABRÉ

GERENTE DE
SALUD RED SALUD



“UNA ORGANIZACIÓN QUE SE INVOLUCRA EN EL CONTROL DE CALIDAD TIENE QUE HACERLO PERMANENTEMENTE”

La doctora encabeza el proyecto de mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, que se viene desarrollando durante los últimos cinco meses. Afirma que la preocupación diaria y dedicada es la forma de demostrar que se hacen bien las cosas.

Aclara que el trabajo que se realiza con miras a la acreditación clínica es una buena “foto” del momento, pero que no implica una constancia en el tiempo.

La generación de comités de calidad, tanto en las clínicas del grupo como en los centros Megasalud y a nivel central, además de procesos de auditoría, forman parte de las herramientas de evaluación del trabajo.

Hace ya cinco meses la doctora Victoria Fabré, gerente de Salud de Red Salud, encabeza el proyecto de mejoramiento continuo de calidad de la atención médica. La iniciativa, cuenta, nace a partir de una necesidad detectada a partir de los procesos de acreditación en los que se empezaron a involucrar las distintas clínicas y centros del grupo.

“La acreditación es una foto respecto a cómo se están haciendo las cosas, pero la idea es que esa preocupación por los resultados, por la gestión y la calidad sea permanente”, enfatiza.

Un concepto tiene distintas acepciones ¿Cómo entiende usted el concepto de calidad?

Efectivamente a nivel mundial hay distintas acepciones. Pero en resumen uno podría decir que calidad es hacer bien las cosas de acuerdo a determinados estándares y al conocimiento existente. Por lo tanto, es un proceso permanente de revisión de cómo estamos trabajando, de cómo lo estamos haciendo.

-¿En qué sentido se refleja esa continuidad?

En que no es de un solo corte, es un proceso permanente, Ad eternum. Una organización que se

EDITORIAL

A través del boletín EnRed que presentamos en su primera edición, Red Salud incorpora un nuevo canal de comunicación que busca posicionarse como un espacio de encuentro y difusión de información e ideas en el ámbito de la gestión médica.

El trabajo de excelencia que desarrollan profesionales y personal de apoyo, comprometidos con el bienestar de las personas, se ve reflejado en distintos aspectos clínicos y administrativos que es importante considerar como base de un quehacer socialmente responsable y ético.

Abordar factores que permiten una mejora continua y consistente en las soluciones de salud ofrecidas a personas que provienen de diversas realidades, contribuyendo con ello a una mejor calidad de vida de ellas, forma parte de este proyecto editorial que hoy se concreta.

En esta primera edición entregamos un panorama general del nuevo contexto en el que opera la entrega y uso de la Licencia Médica, como un derecho de los trabajadores a recuperar su salud y que es financiado con el aporte de cada uno.

Paralelamente entregamos un análisis directo de la discusión preliminar que busca transformar el actual sistema de salud privado.

Las páginas de este naciente boletín también contienen información relativa al proceso de calidad clínica en los servicios de salud, entendida como una preocupación permanente, a través de una entrevista a la doctora Victoria Fabré, gerente de Salud del grupo.

Los invitamos a ser parte de este nuevo espacio de información e ideas que ha dispuesto por Red Salud.

Boletín EnRed / Edición N°1 / Año I. Los contenidos de esta publicación son desarrollados por las áreas de marketing de los distintos prestadores de Red Salud. Para más información comuníquese a: enred@redsalud.cl

ACREDITACIÓN



Al interior de Red Salud nos estamos preparando para la acreditación, como uno de los elementos que conforman el mejoramiento continuo de la calidad.

PASO I
INDICADORES

Se establecen los indicadores de lo que se quiere controlar, como índices.

PASO II
EVALUACIÓN

Se realiza un proceso de autoevaluación y de una evaluación por parte de pares.

IMPACTO
EN USUARIO

involucra en el control de calidad tiene que hacerlo permanentemente. Por eso que hablo de mejoría continua de calidad.

¿Qué rol juega el paciente, entendiendo que calidad se logra con la retroalimentación y la percepción del público?

La calidad tiene distintas perspectivas. Se evalúa desde el punto de vista clínico-médico, desde la institución, desde la autoridad sanitaria y desde el usuario. Ahora, desde el punto de vista del usuario, éste evalúa la calidad conjugando una serie de criterios. ¿Qué pide en general?, un trato adecuado, digno, pide contención, ser escuchado, comprender lo que le dicen y resultados, sanarse, tener las mínimas complicaciones y, también que toda la atención médica sea en condiciones que a él le parecen dignas. Eso es lo que publica la literatura internacional como criterio. Es a lo que tenemos que aspirar.

Las personas demuestran hoy un mayor interés por participar en las decisiones que las afectan. ¿Cómo se traduce eso en la relación médico-paciente?

Estamos pasando de un enfoque paternalista de la medicina a otro que ya no lo es. Antes no existía la costumbre de que el paciente viniera a una consulta con conocimiento, tuviera cuestionamientos frente a lo que pudiera decirle

Tenemos que **preocuparnos de la calidad** todos los días. Eso es lo que estamos haciendo con este proyecto.

Es la única forma de **demostrar y asegurar**, a pacientes, aseguradoras, isapre e inversionistas, que somos buenos.

el médico o no quisiera hacerse un procedimiento determinado.

Hoy los usuarios son más proactivos. La relación médico paciente no es de arriba hacia abajo, es de igual a igual, en especial en enfermedades complejas. Si un paciente se niega a hacerse un tratamiento, eso debe estar contado en la

ficha clínica y firmado por el paciente. Si quiere someterse a un procedimiento debe firmar el consentimiento informado. El médico tiene la obligación legal de informar a ese paciente sobre qué se le va a hacer, cómo y cuáles son los riesgos a los que se expone.

CALIDAD Y ACREDITACIÓN

La doctora Fabré sostiene que la preocupación por el mejoramiento continuo de la calidad en las distintas clínicas y centros que forman parte de Red Salud llegó a través del proceso de acreditación.

¿Qué relación existe entre acreditación y calidad?

Lo que están haciendo las instituciones nuestras, en general, es prepararse para la acreditación, que es un elemento más dentro del mejoramiento continuo de la calidad. Pero es como una foto. Tenemos que preocuparnos de la calidad todos los días. Eso es lo que estamos haciendo con este proyecto. Es la única forma de demostrar y asegurar, a pacientes, aseguradoras, isapre e inversionistas, que somos buenos.

¿Cuáles son los pasos de la acreditación y cómo impacta en el usuario?

La acreditación, que es un proceso voluntario al que la institución se somete, tiene varias etapas. Se establecen primero los indicadores de lo que se quiere controlar, como índices. Pasa luego por un proceso de autoevaluación y de una evaluación por parte de pares. Toca distintos ámbitos de procesos, de resultados obtenidos.

Todo lo que hacemos, desde el punto de vista

institucional, se supone que repercute en el usuario, aunque la acreditación no considera la opinión de éste en forma directa. Tenemos, eso sí, los reclamos, que se registran y forman parte de los indicadores de acreditación.

¿Hay otro aspecto directamente relacionado con la atención de los pacientes?

Uno también monitorea eventuales errores en el proceso clínico que repercuten sobre el paciente. Entonces hay una clasificación de errores en términos de los que son menos graves o los que son trascendentes para él. Pero esto se debe monitorear permanentemente dentro de un proceso de mejora continua de la calidad, porque esos errores deben ser llevados a una instancia donde se analizan con los equipos clínicos y se determina el punto en el cual se produjo éste.

¿Cree que el tiempo se debe considerar como un factor relevante dentro de la atención?

Hay dos ámbitos de atención que uno tiene que diferenciar en este sentido, el de urgencia y el de consulta.

Por ejemplo, en los centros médicos que son de atención masiva hay que agendar a los médicos y, para ello, hay que asignarles un tiempo de atención determinado. Por su parte, los pacientes deben esperar.

En urgencia es distinto, porque se hace una clasificación de los pacientes de acuerdo al grado de necesidad. Si es de urgencia extrema o vital no hay espera. Ahora, si un usuario va a urgencia para una consulta banal, va a tener que esperar.

COMITÉS DE CALIDAD

¿Qué acciones está desarrollando Red Salud en este proceso de mejora continua de la calidad?

Existen protocolos que están funcionando en las clínicas y centros, y hay un monitoreo permanente de los indicadores que están establecidos en los protocolos.

Próximamente, esperamos constituir los comités de calidad en cada una de las clínicas, otro a nivel de los centros Megasalud, y uno central de Red Salud al que reporten los otros. Tenemos un modelo, pero debemos consensuarlo aún.

Por otra parte, implementar auditorías. La calidad no va sin auditoría clínica. La idea es que todos los casos más relevantes sean vistos por el comité central, pero también se les va a pedir a las clínicas y centros que hagan programas de auditorías para el año, de forma tal que aleatoriamente se seleccionen casos y mensualmente se cumpla con un número determinado de auditorías.

¿Cuál es el equipo que llevará a cabo las auditorías clínicas?

Va a ser efectuada por médicos expertos que revisen si se han cumplido los procedimientos correspondientes para resolver una determinada patología o diagnóstico, de acuerdo a lo que corresponde según el conocimiento médico existente.

Lo más crítico, que a nosotros nos preocupa, es que la gente pueda acceder a la atención de salud y, una vez que lo haga, adentro se minimicen los riesgos en términos de su atención de salud y salga en las mejores condiciones posibles, y que nuestros médicos estén cumpliendo con todo lo que corresponde a un adecuado proceder.

Lo que en definitiva nosotros vamos a hacer es elaborar indicadores que puedan ser confiables, medibles y que nos permitan monitorear este adecuado proceder, en un contexto en el que la atención médica debe respetar la autonomía del paciente.

Lo que en definitiva nosotros vamos a hacer es elaborar **indicadores** que puedan ser **confiables, medibles** y que nos permitan monitorear este adecuado proceder, en un contexto en el que la atención médica debe respetar la autonomía del paciente.

SISTEMA PRIVADO Y REFORMA

* por María Eugenia Salazar, gerenta de Estudios de Clínicas de Chile A.C.

El sector privado de la salud en Chile ha tenido un importante desarrollo y es, por lo mismo, un actor cuya visión y experiencia pueden contribuir de manera contundente a mejorar el modelo de salud general del país en un escenario de aumento sostenido de la demanda por más y mejores prestaciones de salud.

En Chile existe un sistema de salud mixto, en el que coexisten actores públicos y privados, tanto en el aseguramiento como en la provisión de prestaciones. Este esquema, bastante extendido en el mundo, tiene una particularidad en Chile: la gran relevancia del sector privado tanto a nivel de aseguramiento como de provisión.

Hoy, más de 3.200.000 personas voluntariamente están aseguradas en el sistema privado de Isapres.

A nivel de prestaciones, el sector prestador privado realiza casi 100 millones de atenciones de salud anuales, lo que equivale al 37% del total de prestaciones brindadas en Chile, incluyendo atención primaria (cifras al año 2012) y un 47% si nos concentramos en prestaciones de mediana y alta complejidad.

Del total de prestaciones que entregan los prestadores privados, más del 40% se entrega a beneficiarios de Fonasa a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE).

Llevando estas cifras a personas, más de 8.000.000 de chilenos asegurados en ISAPRES y FONASA demandaron una prestación de salud a un prestador privado y de acuerdo a las encuestas elaboradas por terceros, siempre su evaluación de la atención recibida es muy positiva.

La amplia oferta disponible ha contribuido a la estabilidad de los precios en el mercado y la existencia de múltiples opciones y mientras se garanticen condiciones de competencia, es probable que esta situación se mantenga y acentúe producto de una demanda por atenciones de salud de calidad cada vez más creciente por parte de las personas.

Por otra parte, es muy importante señalar que del total de los médicos que ejercen en el país, de acuerdo a un estudio realizado por el Colegio Médico, el 52% se desempeña exclusivamente en el sector prestador privado y si lo medimos en términos de horas médicas, esa cifra se eleva a un 62%. También la participación de los prestadores privados como empleador de los otros profesionales, técnicos y administrativos del sector es hoy mayoritaria. Esta preferencia por desempeñar sus actividades profesionales en el sector privado no obedece sólo a un tema económico, sino que a la real posibilidad de acceder a desarrollo profesional, recursos y tecnología de punta que les permita ejercer con las mayores posibilidades para dar a los pacientes una atención de salud eficaz.

¿Cómo se llegó a esta alta participación del sector privado en la solución de los problemas de salud de la población chilena? Claramente, una serie de cambios estructurales orientados a aumentar la posibilidad de elegir de las personas permitieron el desarrollo de esta industria. Esta mayor libertad de elección se traduce en el surgimiento de una oferta diversificada y en constante crecimiento, que adquirió dinamismo básicamente gracias a la presencia de las Isapres y de la MLE de Fonasa.

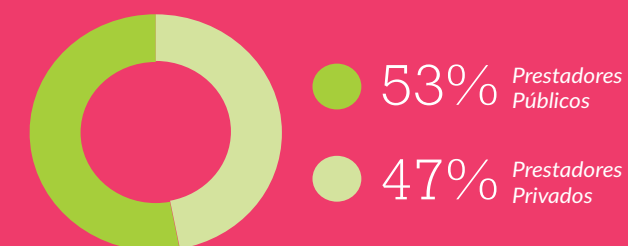
A nuestro entender, la creación de las Isapres, en 1982, es el hito inicial más incidente en el desarrollo inicial del sector prestador privado. Evidentemente, la capacidad de elegir se torna real en la medida que las personas pueden financiar el costo de las prestaciones que necesitan demandar. Es en este sentido, las Isapres dieron un fuerte impulso al permitir a las personas acceder masivamente a una red de prestadores alternativa a la tradicional red pública de salud, existente hasta ese momento.

El aumento de las alternativas de prestadores de salud -con una amplia variedad de precios y localizaciones-, sumado al crecimiento económico del país, dinamizó también la demanda de las personas a través de la Modalidad de Libre Elección de Fonasa (sujetos a las limitaciones de acceso que esta modalidad de atención impone). Ante esta realidad, es innegable que en nuestro país los prestadores de salud privados hoy forman parte de la Red de Utilización Pública, entendiéndola como los prestadores que la gente demanda para sus atenciones de salud, resolviendo necesidades de salud de una parte importante de la población.

Este aspecto se vuelve relevante ante las noticias de que se está estudiando una Reforma al sistema de salud que contempla avanzar a un seguro de

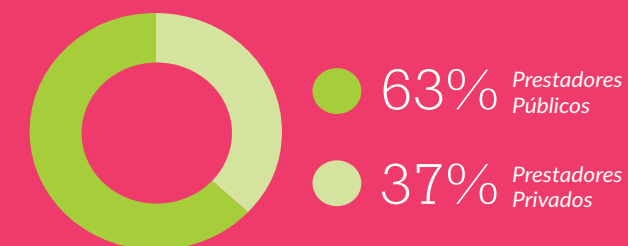
PRESTACIONES POR PRESTADOR AÑO 2012

NO INCLUYE APS MUNICIPAL



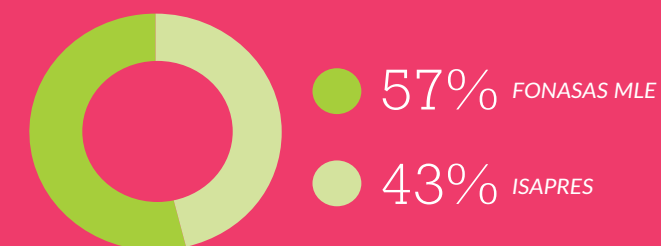
PRESTACIONES POR PRESTADOR AÑO 2012

INCLUYE APS MUNICIPAL



ORIGEN DE PRESTACIONES

POR PRESTADOR PRIVADO AÑO 2012



más de
8.000.000
PERSONAS

demandaron una prestación de salud a un prestador privado en un año.

salud único que ofrecería un solo plan de salud estructurado en red. En la práctica, eso implica que la libre elección se acaba para la mayor parte de la población, limitándose sólo a una élite que puede pagar directamente los costos de la salud privada, lo que era la realidad que vivíamos en Chile hace 40 años atrás.

El acceso masivo a prestadores privados que hoy existe se basa en una estructura de multiseguros que le permite a las personas contar con planes de salud que garantizan cobertura en una amplia gama de prestadores, con múltiples alternativas de aseguramiento. Para los prestadores de salud privados, especialmente los que concentran su quehacer en el área hospitalaria, el cambio de un afiliado desde el sistema de Isapres a un sistema asegurador único que opere como Fonasa tiene efectos muy impactantes, pues –en términos reales– anula casi totalmente su capacidad de elegir un prestador privado de salud, al menos en el ámbito de hospitalización. Limitando sus opciones a las prestaciones que el Arancel FONASA establezca bajo la modalidad PAD.

Hoy los prestadores privados pueden entregar una oferta atractiva a los beneficiarios de FONASA porque paralelamente cuentan con demanda de beneficiarios de Isapres que contribuyen mayoritariamente al sostenimiento de los costos. Si ese equilibrio cambia, muchos prestadores verán comprometida su continuidad y esta limitación de la oferta privada generará un recargo no deseado a la ya colapsada red pública, empeorando la situación de las personas que deben atenderse en ella, sin opciones.

Ante esta situación, los beneficiarios de FONASA, para quienes la reforma aparentemente no incorpora ningún cambio, se verán fuertemente impactados ya que sus alternativas de libre elección se restringirán fuertemente.

La tendencia mundial en salud muestra una separación de funciones entre aseguramiento y provisión de servicios de salud, lo que necesariamente lleva a operar con una lógica de complementariedad público-privada. Un ambiente de sana competencia sólo se genera si las personas tienen la posibilidad de elegir su sistema de aseguramiento, sus planes de cobertura y sus prestadores de salud y es el estándar de atención al que hoy día puede acceder una parte importante de chilenos y a la que aspiran la mayor parte de la población.

En la medida que las personas cuenten con opciones, en un ambiente de transparencia de información sobre calidad y eficiencia en la solución de los problemas de aseguramiento y atención de salud, podrán impulsar una real

convenientes para las personas y que deberían ser la base de la Reforma de salud en estudio.

Otro tema relevante que debería considerar cualquier reforma es el de incorporar en forma real y transparente el concepto de calidad y seguridad de las atenciones de salud. Un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras tanto públicas como privadas no es un lujo de países desarrollados. Es un deber de todo sistema de salud que busque efectivamente satisfacer a sus usuarios y brindarles información de manera transparente.

Promover y hacer exigible la incorporación de estándares de calidad para los

*La tendencia mundial en salud muestra una separación de funciones entre **aseguramiento** y **provisión de servicios de salud**, lo que necesariamente lleva a operar con una lógica de **complementariedad público-privada**.*

competencia donde existan opciones de que se adapten a las diferentes preferencias y posibilidades de los demandantes, independiente de su sistema de aseguramiento. Una reforma que no considera mejores alternativas para el 75% de la población adscrita hoy a FONASA y que indirectamente la perjudica al cerrar sus opciones de acceder a la libre elección muestra una orientación errada de las prioridades.

Es evidente que el sistema Isapres requiere de cambios orientados a buscar una solución al problema que genera la tarificación por riesgo, las enfermedades preexistentes y el envejecimiento que genera el envejecimiento de la población. Hay consenso y reconocimiento que son materias que deben ser abordadas y sobre las que ya se han presentado alternativas para poder definir las opciones más

prestadores no encarece el sistema de salud; por el contrario, los costos de la implementación de medidas de calidad se ven ampliamente compensados con los ahorros que reportan prestaciones más eficientes y seguras, que se reflejan en la reducción del promedio de días de estada y de re hospitalizaciones, disminución de las tasas de infecciones intrahospitalarias, y –lo más importante– en un aumento de las tasas de supervivencia. Tanto el paciente, como el prestador y el asegurador se ven beneficiados.



LICENCIA MÉDICA CUIDARLA ES TAREA DE TODOS

Por nuestros pacientes y nuestros profesionales, el tratamiento adecuado de este beneficio social nos importa.

Salud en Red

tecnología

CENTROS MEGASALUD INCORPORAN ALTA TECNOLOGÍA

Los Centros Médicos Megasalud de Alameda, Puente Alto y Quilicura, incorporaron recientemente equipos de Scanner y de Resonancia Nuclear Magnética.

La renovación se enmarca en la modernización de equipos e instalaciones cuyo objetivo es ofrecer a los pacientes un mejor servicio y dotar a su equipo médico de herramientas que apoyen su trabajo.

En Alameda y Puente Alto, la tecnología corresponde en cada caso a equipos Scanner (TAC) Siemens Somatom Emotion de 16 canales y Resonador Nuclear Magnético Siemens Magnetom Symphony de 1,5 tesla; mientras que en Quilicura se sumó un Scanner (TAC) Siemens Somatom Emotion Multicorte de 6 canales.



oncología

UNIDADES DE ONCOLOGÍA AMBULATORIA EN CLÍNICA BICENTENARIO

Bicentenario inauguró la Unidad de Oncología Ambulatoria Pediátrica, que cuenta con capacidad para seis pacientes hemato-oncológicos. El objetivo de esta unidad es brindar atención integral al niño en tratamiento con quimioterapia, lo que favorece su desarrollo general en un ambiente cálido y acogedor.

Así, por ejemplo, en la unidad se realizan controles médicos, toma de muestra de exámenes, transfusiones de hemoderivados, curaciones y atención paliativa. Junto con ello, se involucra a través de un proceso educativo a padres y familiares del paciente para enfrentar este proceso.

COMPROMISO SOCIAL RED SALUD HACE SUYA PREOCUPACIÓN POR BUEN USO DE DERECHO DE TRABAJADORES

La detección de uso injustificado de licencias médicas por parte de personas que no las necesitaban o que, incluso, no tenían actividad laboral, llamó la atención de las autoridades y los distintos actores del sistema de salud y dio pie al nacimiento de un nuevo cuerpo legal que las regula.

El director médico de Clínica Bicentenario, Waldo Osorio, plantea que es necesario tomarse un tiempo para explicar al paciente las indicaciones que le permitan manejar su patología y el cómo hacer reposo si es que corresponde.

En congruencia con su visión institucional, que es “ser referente en la salud médica y dental privada del país, reconocida por su amplia accesibilidad, prestigio, ser un muy buen lugar para trabajar y resolver las necesidades de salud de gran parte de la población”, Red Salud hizo suya la preocupación que existe a nivel de distintos actores del sistema, por el adecuado uso de la licencia médica (LM), derecho que tienen los trabajadores para recuperar su salud.

“Creemos que la preocupación por nuestros pacientes y por brindar un acceso de calidad a la mayor parte de la población del país que nos sea posible, también pasa por cuidar íntegramente los distintos componentes de un sistema de salud sólido y al servicio de las personas”, sostiene Ricardo Silva, gerente general de Red Salud.

En ese sentido, agrega que Red Salud, al formar parte de ILC, “aborda los desafíos que impone el contexto normativo conforme al rol que le cabe como actor relevante del sistema de salud y a su misión de promover el acceso a ella bajo parámetros de calidad, transparencia y confiabilidad”.

Para el director médico de Clínica Bicentenario, Waldo Osorio, la licencia médica debe entenderse, tanto desde el punto de vista del médico como del paciente, como un derecho de asegurar la recuperación de la salud. Por ello, plantea, su administración siempre debe ser “acorde a mantener siempre las mejores prácticas clínicas de parte de la actividad médica”.

Lo anterior, agrega, tiene que ver con brindar una buena atención al paciente, ser preciso en los diagnósticos y darle el reposo por los días

que efectivamente necesita. “El rol del médico es claramente educativo. Hay que darse el tiempo para explicar al paciente su situación, lo que tiene y lo que necesita”, dice el profesional.

Dentro de las indicaciones médicas se encuentra el reposo, la extensión del mismo y la forma cómo llevarlo a cabo. “Pero a veces hay pacientes que no requieren reposo”, afirma. Teniendo esto en cuenta, cree que hay que ser claro para manejar situaciones en las que el paciente a veces cree, de manera equivocada, que necesita una licencia médica.

“El rol del médico es claramente educativo. Hay que darse el tiempo para explicar al paciente su situación, lo que tiene y lo que necesita”, indica Osorio.

EN CIFRAS



109%
AUMENTO

Así creció entre el 2001 y 2009, el monto para pagar el Subsidio de Incapacidad Laboral.



20.585
LEY

Luego casi de 3 años de discusión, el 11 de mayo de 2012 se promulgó el nuevo cuerpo legal que regula el otorgamiento y uso de licencias.

NUEVA LEY DE LICENCIAS MÉDICAS

La preocupación por el financiamiento y adecuado uso de la licencia médica es un tema país que se viene abordando desde la década del 2000 y que involucra a instituciones de los distintos poderes del Estado y a representantes del mundo privado.

Un informe de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso), indicó que entre el año 2001 y 2009 el monto para pagar el Subsidio de Incapacidad Laboral, que se otorga junto a la licencia médica, aumentó en 109% en general.

A ello se sumó la detección de acciones fraudulentas tendientes a entregar beneficios a personas que no lo necesitaban y que incluso no eran trabajadores de empresa alguna. Todo ello afectando la fe pública y la credibilidad del sistema financiado por las cotizaciones de toda la población económicamente

activa, según consignaría posteriormente el mensaje presidencial con el que ingresó al Parlamento, el 28 de diciembre de 2009, el proyecto de ley para regular el otorgamiento y uso de licencias médicas.

Alrededor de dos años y medio más tarde, el 11 de mayo de 2012, se promulgó la Ley 20.585, que presentaba el objetivo de su existencia en su Artículo 1°: “establecer regulaciones que permitan asegurar el otorgamiento, uso correcto de la licencia médica y una adecuada protección al cotizante y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, mediante la aplicación de medidas de control y fiscalización, y de sanciones respecto de las conductas fraudulentas, ilegales o abusivas relacionadas con dicho instrumento”.

Nuevas facultades regulatorias otorgó

la ley a organismos como los COMPIN y las Isapres. Concretamente, podrán éstos requerir información sobre una licencia médica, la que deberá ser respondida obligatoriamente por parte del profesional que la extendió.

En el caso de la Superintendencia de Seguridad Social, ésta tiene la facultad de iniciar, a requerimiento de terceros, una investigación en el caso que existan razones evidentes y fundadas respecto a que una determinada LM no se base en un fundamento médico.

La mayor regulación institucional está acompañada de sanciones especialmente destinadas a castigar otorgamientos infundados y/o mal uso de una LM. De esta forma, quien o quienes participen de irregularidades, ya sea médico, paciente o un tercero relacionado, recibirá desde multas, sanciones administrativas, hasta penas de cárcel.

breves de salud

licencias

LICENCIAS MÉDICAS 2013-2014: AUMENTAN AUTORIZACIONES, NÚMERO DE DÍAS Y GASTOS

De acuerdo a cifras de la Superintendencia de Salud, entre enero y septiembre del presente año las isapres han pagado por concepto de licencias médicas \$196 mil millones, un 9,3% más que en 2013.

Si el cálculo se lleva al número de días pagados, el alza llega a un 33,8%, pasando de 2.591.000 días en todo 2013 a 3.456.000 días durante los nueve meses considerados en 2014.

El número de licencias autorizadas también refleja un aumento, aunque porcentualmente menor que los anteriores, anotando un crecimiento de 9%.

Para distintos expertos, este aumento no guarda relación con factores médicos, por lo que apuntan a un uso injustificado de licencias médicas.

preexistencia

EMBARAZO NO SERÁ PREEXISTENCIA

“Ninguna mujer de nuestro país puede ser tratada de manera discriminatoria por su fertilidad”. De esta forma la Presidenta Michelle Bachelet anunció la eliminación del embarazo como preexistencia para el contrato de salud previsual.

Desde ahora, al momento de incorporar a una mujer como afiliada, las isapres no podrán consultarle respecto a si está embarazada. Tampoco privar de cobertura o poner fin al contrato en el caso de que posteriormente se de cuenta.

Los cambios al sistema mantienen la proporcionalidad de cobertura, obtenida de acuerdo al cálculo de las semanas de gestación.

A través de un comunicado, la Asociación de Isapres criticó que la medida no se inserte dentro de una reforma que considere aspectos técnicos para avanzar en mejores coberturas. Junto con ello, el comunicado apela a la comprensión de que la medida implicará mayores costos.

afiliados

UN MILLÓN DE AFILIADOS EMIGRARÍA DE ISAPRES A FONASA

Producto de las reformas contenidas en el informe emitido hace algunas semanas por la Comisión Presidencial para un cambio en el sistema de salud, existiría un encarecimiento en los planes que provocaría que un millón de afiliados emigrara del sistema privado al público, señalan en la Asociación de Isapres.

Teniendo en cuenta este panorama, la asociación encomendó un estudio a economistas de la Universidad Católica, el que arrojó que de concretarse la reforma con las propuestas actuales, los afiliados a las isapres tendrían que gastar seis veces más para financiar sus planes de salud.

Las prestaciones ambulatorias aumentarían en un 812%, mientras que el gasto hospitalario en un 74%, señaló uno de los autores del estudio. Para llegar a dichos cálculos, los investigadores utilizaron una muestra de 50 afiliados a isapres que pagan hasta 1UF como precio base de sus planes.

presupuestos

POR UNANIMIDAD SE APRUEBA PRESUPUESTO DE SALUD 2015

En comisión mixta se aprobó por unanimidad el presupuesto 2015 del Ministerio de Salud, el cual entrega prioridad a la salud pública a través de una mejora en la infraestructura, potenciamiento de acceso a especialistas y mayores beneficios para la gente.

Tras la aprobación, la ministra del ramo, Helia Molina, sostuvo que el presupuesto 2015 representa un aumento en un 85% de los recursos destinados a Salud, alcanzando los mil millones de dólares. Con ello, agregó, se está en la línea de alcanzar los 4 mil millones de dólares durante el período de la Presidenta Bachelet.

