

Artículos originales:

Garantías y Garantías Explícitas en Salud (GES-AUGE) en patología de Depresión en el sistema de salud chileno. 10 años de experiencia y aprendizaje

Guillermo Vergara¹, Natalia Dembowski², Carlos Cruz³

Resumen

La Reforma de Salud en Chile, implementada durante la última década, incluye como componente singular y característico, el desarrollo de la Ley General de Garantías y las Garantías Explícitas en Salud (GES), como referente central de la estrategia de equidad en el acceso y protección de la salud.

El alto desarrollo del GES de Depresión ha tensionado el sistema de salud, y al medio psiquiátrico nacional, con alta demanda y alto costo, poniendo a prueba su capacidad de organización y de probidad técnica.

El presente trabajo, tiene como objeto describir y analizar el impacto en la aplicación del Régimen GES a la patología de Depresión.

Muy interesante es la resolución de la Depresión vía GES, luego de 10 años de su implementación, tomando en consideración los aspectos positivos y negativos de su ejecución, lo que también se observa en el presente documento.

Palabras clave: GES, Depresión, equidad, acceso.

Guarantees and Explicit Health Guarantees (GES-AUGE) in Depression pathology in the Chilean health system: 10 years of experience and learning Summary

Health Reform in Chile was implemented over the past decade, including as unique and characteristic component, the development of the General Law of Guarantees and the Explicit Health Guarantees (GES), as a central reference point for the strategy of equity in access and protection of health.

The high development of Depression GES has strained the health system and the national psychiatric environment, with

high demand and high cost, testing their organizational skills and technical probity.

This work aims to describe and analyze the impact on the application of the system GES to the pathology of depression.

Very interesting is the resolution of the Depression via GES, after 10 years of implementation, taking into account the positive and negative aspects of its implementation, which is also noted herein.

Key words: GES, Depression, equity, access.

1. Introducción

La Reforma de Salud en Chile, implementada durante la última década, incluye como componente singular y característico, el desarrollo de la Ley General de Garantías y las Garantías Explícitas en Salud (GES), como referente central de la estrategia de equidad en el acceso y protección de la salud (5, 6)

El Estado deberá garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias (Artículo 19). La definición como Estado de mejorar los estándares de salud de la población, de acuerdo a criterios de priorización, focalización, eficiencia y solidaridad, incluye acciones desde el ámbito de la promoción al de rehabilitación, pasando por la prevención, pesquisa y tratamiento.

Significa un fuerte impacto en el sistema de salud chileno, segregado administrativa y socioeconómicamente desde la década de los ochenta en dos sistemas independientes, para incluirlos en una única estrategia sanitaria país y en un mismo sistema regulatorio, protegiendo los derechos de todos los beneficiarios (7).

La Ley GES-AUGE se complementa con otras reformas al sistema de salud chileno, orientadas a dotarlo de mayor estabilidad,

1. Director Médico Redgesam, Jefe de Servicio de Salud Mental Hospital El Pino y Docente Universidad Andrés Bello.
2. Ps. Profesional, Depto. Salud Mental DIPRECE
3. Médico Psiquiatra. Doctor en Ciencias Sociales.

de una estructura administrativa más eficiente, con canales regulatorios y de fiscalización más eficientes, y velando por la protección al ciudadano (6, 7).

En el ámbito de la Salud Mental (SM) y Psiquiatría, se han incorporado tres temáticas relevantes desde el año 2005, con diferente impacto y desarrollo, destacando dos situaciones:

Primero, el pobre impacto del GES Consumo Perjudicial de Sustancias en adolescentes, que no responde al perfil de necesidad de la comunidad y define una compleja población objetivo.

Segundo, el alto desarrollo del GES de Depresión, que ha tensionado el sistema de salud con alta demanda y alto costo, y al medio psiquiátrico nacional, poniendo a prueba su capacidad de organización y de probidad técnica: "Los grandes cambios que se requieren en educación, en innovación, en salud, vivienda, seguridad social, entre otros, sólo los podremos hacer con una Administración Pública cada vez profesionalizada, moderna

y eficiente, donde los valores de la probidad y la transparencia guían su accionar".

Disponible en: www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/141009_Manual_transparencia.pdf

El impacto sobre el nivel de salud e indicadores de resultado, todavía es una tarea pendiente (3, 4, 5).

El presente trabajo tiene como objetivo: Describir y analizar el proceso de implementación y régimen del tratamiento de la depresión en mayores de 15 años en el marco de las Garantías Explícitas en Salud y describir y analizar el impacto en la aplicación del Régimen GES a la patología de Depresión.

Muy interesante es la resolución de la Depresión vía GES, luego de 10 años de su implementación, tomando en consideración los aspectos positivos y negativos de su ejecución, lo que también se observa en el presente documento (7). Figura 1

Figura N°1

Patologías AUGE más utilizadas



2. Salud mental y psiquiatría en Chile

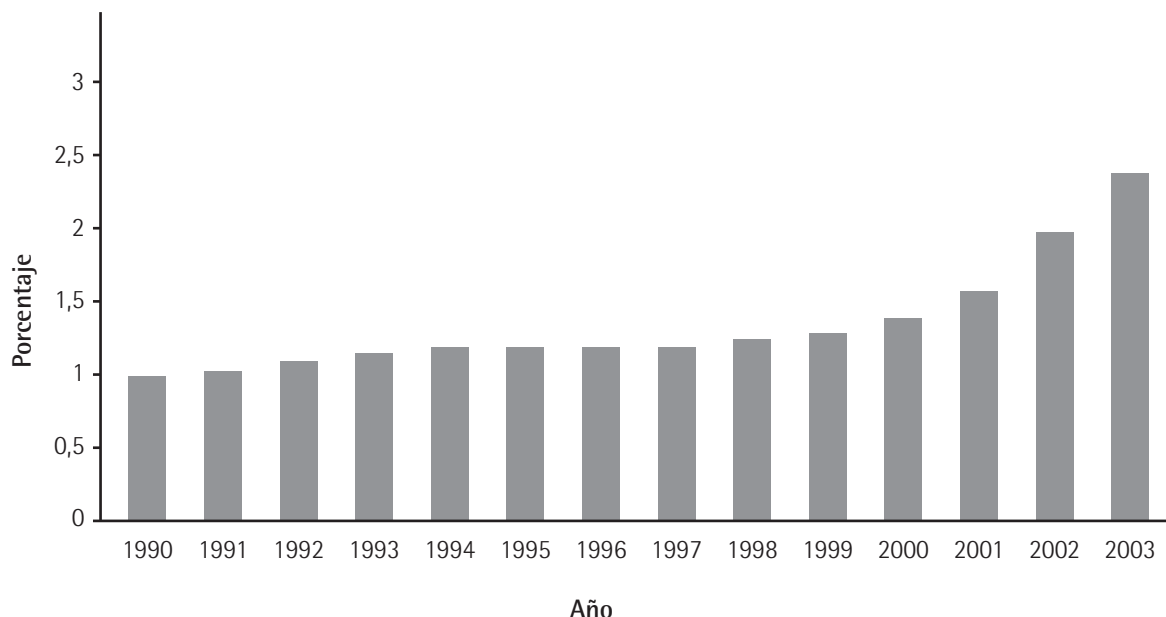
Con la llegada de la democracia, se produce una rápida activación de las ideas y energías en pro de dar relieve el rol de la Salud Mental como componente esencial de la salud de las personas y como referente del respeto a sus derechos. (Figura N°2)

Desde el Ministerio de Salud y desde los equipos locales de salud, surgen precozmente las condiciones para la implementa-

ción de un plan de salud mental de carácter nacional, orientado a promover un enfoque comunitario, promover los derechos de los usuarios, modernizar y aumentar los recursos disponibles en los centros de atención, crear equipos de salud mental comunitaria en todo el país aumentando la cobertura, luchar contra la institucionalización de los pacientes, impulsar la participación ciudadana y el trabajo intersectorial, y promover la inserción de la psiquiatría en los hospitales generales.

Figura N°2

Porcentaje del presupuesto del sector público de salud destinado a la salud mental. Chile, 1990 - 2003.



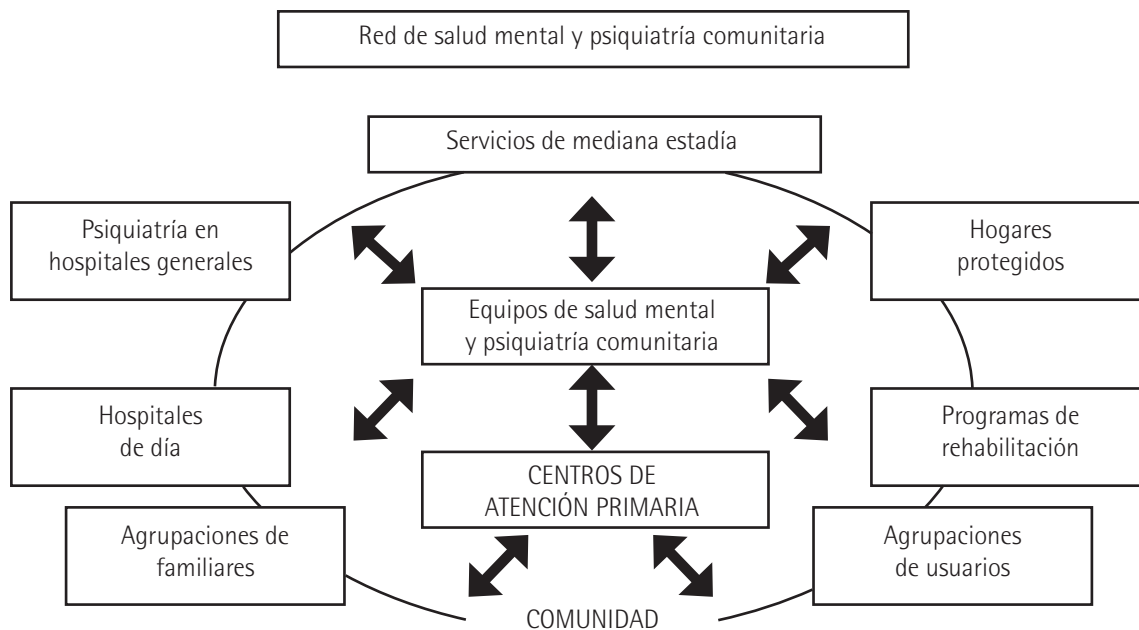
Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

Se impulsa un primer plan nacional el año 1993 que es seguido por un segundo plan (2000) que entre otros logros, sienta las bases para la incorporación al régimen GES de las patologías Esquizofrenia primer episodio y Depresión.

Se desarrolla fuertemente y con importante inyección de recursos, una Red de Salud Mental, orientada a disminuir la brecha existente, sobretodo en regiones, y a dotar de diversos dispositivos para asegurar la continuidad de los cuidados, la que responde al siguiente modelo de Red:

Figura N°3

Esquema de la red de salud mental y psiquiatría. Chile 2004



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

Se establecen prioridades programáticas para el período y se avanza en la definición de objetivos, en el desarrollo de Protocolos y Guías Clínicas, en la definición y norma de Prestaciones de SM y en el Costeo de Tratamientos en la modalidad Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) (3, 4, 5).

Las prioridades sanitarias del Plan Nacional 2000, fueron las siguientes:

- Promoción de la salud mental y de la prevención de los riesgos
- Atención a las personas con depresión
- Atención a las personas con trastornos psiquiátricos graves, especialmente con esquizofrenia

En lo concerniente al tratamiento de la Depresión, desde el año 2001 se implementa el Programa Nacional de Tratamiento de la Depresión, que en 3 años logra generalizarse a todos los centros de atención primaria, mejorando sustantivamente la capacidad resolutoria a este nivel. Se realizan las siguientes tareas: incorporación de psicólogos en el nivel primario y nuevos antidepressivos, fortalecimiento de la red secundaria para la derivación y instaurando la Consultoría de Psiquiatría en la APS. Sin todos estos desarrollos, implementar el GES de depresión, habría sido impensable.

Por la estructura dicotómica del sistema previsional de salud en Chile, estas políticas no tienen espacio en el mundo de la salud privada a cargo de las Isapres. Tradicionalmente los planes de salud privados ofrecidos a los beneficiarios de este sistema no contaban con cobertura para las prestaciones de tipo psiquiátrico o incluían control importante de la demanda por medio de topes y altos copagos.

Una de las razones para esta situación, que diferenciaba las prestaciones psiquiátricas de otras especialidades, se deriva de características históricas propias de la práctica psiquiátrica y del nivel de organización colegiada del sector y del desarrollo de protocolos basados en evidencia disponibles en la década de los 90.

En las autoridades de las Isapres existía un juicio acerca de lo imprevisible y poco objetivable de la demanda de psiquiatría y de los tratamientos ofrecidos. Existía la preocupación por largos períodos de licencia médica, que eran difíciles de auditar. Podemos decir que existía un ambiente de desconfianza que sustentaba la escasa cobertura de los planes de salud.

Actualmente aún persiste la percepción de un sobre-uso o demanda por licencia médica, que sin embargo, se ha aminorado por el fortalecimiento de redes GES y por el mayor consenso de todos los actores en el control del buen uso de estos subsidios. (Figura 4)

Figura N°4

Reposo laboral por año red GESAM región metropolitana



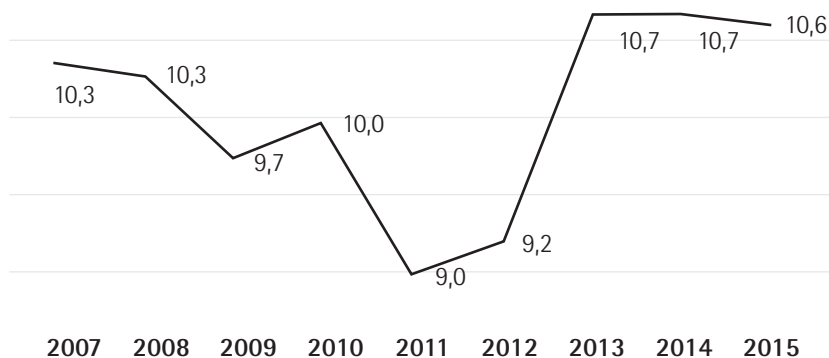
En esta situación, el estamento psiquiátrico principalmente y el psicológico secundariamente, tienen importante responsabilidad. La psiquiatría nacional se desarrollaba en forma atomizada, con la excepción de pequeños grupos de especialistas organizados en centros o universidades, orientados al desarrollo de nuevos tratamientos, con fuerte componente biológico o psicológico. No era de interés en el sector privado el estudio de modelos de atención clínica costo efectivo, o la supervi-

sión de la práctica profesional colectiva a la luz de la evidencia científica.

No existían alianzas entre prestadores y seguros para resolver la ausencia de cobertura para los afiliados, quienes eran los principales perjudicados con esta situación. Mucho menos, existía la disposición a considerar que el recurso licencia médica, pudiera estar expuesto a un porcentaje significativo de mal uso. (Figura N°5)

Figura N°5

Licencias Médicas Curativas Sistema Isapres Años 2007 - 2015. Tasa de uso LM Grupo Diagnóstico Trastornos Mentales y del Comportamiento por 100 Cotizantes



Fuente: Fuente: Archivo Maestro de Licencias Médicas Autorizadas Sistema Isapres Años 2007- 2015 – Superintendencia de Salud

La implementación del GES en Salud Mental, ha influido fuertemente en todo el sistema de salud chileno, sin embargo, a nuestro juicio, en el sector privado el impacto ha sido revolucionario. Al momento de la puesta en marcha del GES de depresión, muchos de los equipos GES de las Isapres no estaban familiarizados con los conceptos propios de las prestaciones de Salud Mental, ni con los criterios clínicos de la patología psiquiátrica.

Esta situación dificultó inicialmente la comunicación entre prestadores y seguros. No se dimensionaba la potencial demanda ni se conocía el comportamiento del gasto asociado, por lo que durante los primeros meses, las redes y los sistemas administrativos de las Isapres no dieron abasto.

Para las Isapres, la relación de confianza con prestadores organizados era una tarea por resolver.

Para los pacientes, significó un cambio fundamental, al incorporar inéditamente atenciones sin tope, sin preexistencia, con copagos bajos, y con acceso a farmacoterapia, psicoterapia y hospitalización, lo que redundó en un inigualable beneficio, cuyo impacto se analizará más adelante

3. Análisis de procedimiento de determinación del GES en depresión

La depresión superó exitosamente las exigencias de priorización para su aprobación como patología GES. Como ya se dijo, la existencia de una red y de un plan nacional consolidado, favoreció este resultado. Criterios relevantes a su favor son los siguientes:

- Estudios nacionales e internacionales que describían a la Depresión como condición epidemiológica relevante dentro de las patologías de salud mental, muestran lo siguiente:
- Prevalencia entre 5,5 y 9% en población general chilena.
- La Depresión ocupa el Décimo lugar como causa de discapacidad (AVISA) en población general, siendo la segunda entre mujeres.
- Depresión unipolar es el 4,5% del total de AVISA-
- Importante vulnerabilidad en sexo femenino, como diagnóstico principal o comorbilidad a otras condiciones de salud.
- Desarrollo de tratamientos con demostrada eficacia de respuesta e impacto en calidad de vida de los afectados y sus familias.
- Evidencia demostrada que los cuadros depresivos no tratados oportunamente tienen más riesgo de evolucionar a cuadros más graves o a cuadros recurrentes.
- Amplio desarrollo de la psicofarmacología como herramienta terapéutica efectiva para tratar la enfermedad.

- Fuerte evidencia de que la asociación con intervenciones psicológicas ofrece mejor respuesta.
- Criterios sanitarios, Población objetivo, Demanda esperada y Capacidad de oferta.
- La red de salud pública para Salud Mental de nivel primario y secundario había mejorado su capacidad de oferta como parte de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL, sin embargo existían brechas significativas, por lo que se destinaron nuevos recursos para reforzar el recurso profesional y de farmacia disponible, previamente a la aplicación del decreto que incluía a la Depresión como parte del GES.
- Existía disponibilidad de medicamentos eficaces y seguros a costos sostenibles por el sistema de salud.
- Se focaliza en pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de Depresión

4. Definición de garantías GES (4)

4.1 Acceso:

"Obligación del Fonasa y de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a sus beneficiarios"

Todo beneficiario de 15 años y más, con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento integral.

4.2 Oportunidad:

"Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas"

Para Tratamiento en:

Depresión Leve y Moderada: Inicio desde confirmación diagnóstica

Depresión Severa: Consulta con especialista dentro de 30 días desde derivación.

4.3 Protección financiera:

"Pago que debe efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, será de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del régimen"

4.4 Calidad:

"Otorgamiento de las prestaciones por un prestador registrado o acreditado"

5. Implementación de la garantía GES en depresión

Se implementó el GES de Depresión a partir del 01 de Julio del 2006, de acuerdo con las definiciones y orientaciones expresadas en el decreto GES del 23 de diciembre 2005, las canastas de tratamientos referenciales y la Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión, MINSAL 2006 (9, 10).

Historia



Evolución de las canastas:

- De 2 canastas entre 2006 a 2009 a 5 desde 2010 a la actualidad.
- Pago por control o año (2006 a 2009) a pago mensual (2010 en adelante).
- Codificaciones: psicoterapia individual (desde 2013)

Fármacos:

- 2010 desaparecen los tricíclicos de las canastas.
- 2013 sólo benzodiacepinas (3) en la canasta de depresión con alto riesgo suicida, refractariedad o psicosis año 1

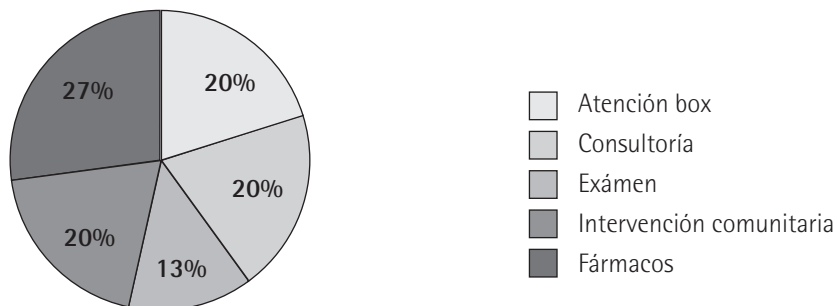
Se definen dos grupos de tratamiento: depresión Leve y Moderada en atención primaria y Depresión Grave en nivel secundario de especialidad.

Figura N°6

Evolución de las canastas: tipo de prestaciones

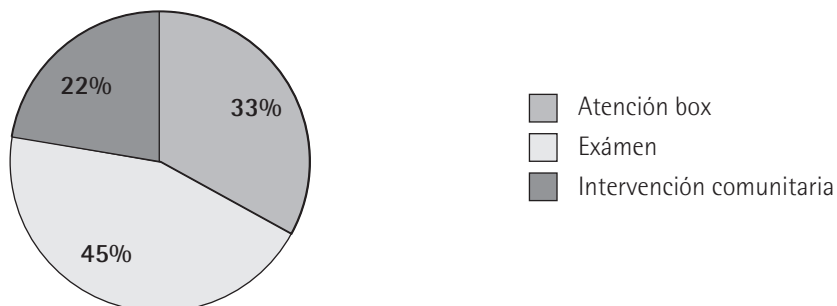
Leve y Moderada 2007

Tipo de prestaciones

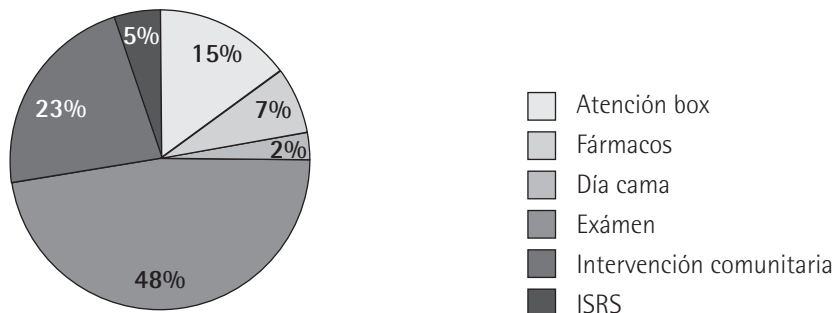


Leve 2013

Tipo de prestaciones



Con psicosis, riesgo suicida o refractaria. Año 1 2013



Se activa en toda la red asistencial, pública y privada, la exigencia de cumplimiento de las garantías establecidas en la nueva regulación. En la red pública se monitorizan las garantías generadas y el cumplimiento de las mismas en el sistema informático Sigges y se establecen Compromisos de Gestión locales con metas de cumplimiento de atención GES para cada equipo de salud. En la red privada, la Superintendencia de Salud cumple un rol fiscalizador del cumplimiento de garantías y de la supervisión de las redes de atención en convenio con las Isapres.

Superintendencia de Salud implementa la Mediación:

Artículo 43

"La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia".

El modelo de diagnóstico y tratamiento propuesto expresaba de manera implícita supuestos que su aplicación posterior no logró confirmar. Los preceptos implícitos del diseño, expresados en forma simple, fueron los siguientes: Depresión como enfermedad aguda, sin comorbilidad, con criterios suficientemente objetivos de diagnóstico y con adecuado control de factores externos que modelan la demanda (aspectos gananciales, laborales, psicosociales, etc.).

6. Evolución del GES en depresión: luego de 10 años

Formación de redes

En este punto es donde se observa la mayor diferencia entre la red pública y la privada.

La red pública, con un sistema organizado y un programa de depresión ya conocido, fue tensionado principalmente por la exigencia de garantía de tratamiento inmediato en la atención primaria o de atención por especialista antes de 30 días, en los casos graves.

La red pública ha funcionado con estándar de espera históricamente insatisfactorio, por lo que para el cumplimiento de las garantías GES los dispositivos de salud podían traspasar la demora a la patología no GES como regulador de la oferta, priorizando la Depresión.

Para las Isapres y las redes de salud privada en convenio el cambio fue más difícil. Desde los primeros días de vigencia del régimen GES se puso en evidencia la necesidad de contar con prestadores organizados en sistemas de atención con capacidad de contener una demanda creciente. La activación de casos superó las expectativas muy por encima de lo esperado, lo que a su vez, evidenció aun más, la debilidad de la oferta institucional en este sector.

Al parecer la demanda insatisfecha previa, con planes con escasa cobertura para esta enfermedad, se hizo sentir. Sumado a un programa de tratamiento garantizado que incluía una oferta de prestaciones de alto estándar.

El incentivo a la activación era muy importante, considerando además, que no existía exclusión por preexistencia al inicio del decreto, a diferencia del GES Esquizofrenia. Los pacientes con historia de cuadros recurrentes o crónicos fueron los primeros en ingresar, motivados por largos tratamientos de alto costo. En un comienzo, la prioridad fue contener la demanda (Garantía de acceso a tratamiento y oportunidad)

Fue una tarea titánica para la Salud mental, estructurarse en redes que pudieran cumplir con los estándares clínicos y de administración exigidos, y que ofrecieran servicios a nivel nacional.

La tendencia ha sido la concentración en redes de carácter nacional que se agrupan en centros propios, alianza con equipos locales o profesionales independientes en regiones. Todavía sigue siendo necesario enviar psiquiatras desde Santiago a algunas ciudades en las que el mercado privado sigue absorbiendo toda la oferta de especialistas en modalidad libre elección. No existe, en algunas ciudades, incentivo para que estos psiquiatras locales atiendan dentro de las redes, en la modalidad GES.

Esta brecha de profesionales para la atención GES se ha ido reduciendo lenta y progresivamente, como Teleasistencia.

Disponible en <http://www.salud-e.cl/prensa/equipo-minsal-presenta-lineamientos-estrategicos-y-avances-de-telemedicina-en-taller-realizado-por-la-u-de-concepcion/>

Comportamiento de la demanda y estadísticas

Como ya se dijo, la demanda inicial del GES de Depresión, fue explosiva y obligo a las Isapres y redes privadas a crecer rápidamente en su capacidad de administrar la demanda.

(Figura N°7, 8 y 9)

Figura N°7

Uso GES Depresión en Isapres 2007- 2015. Casos GES Depresión por años

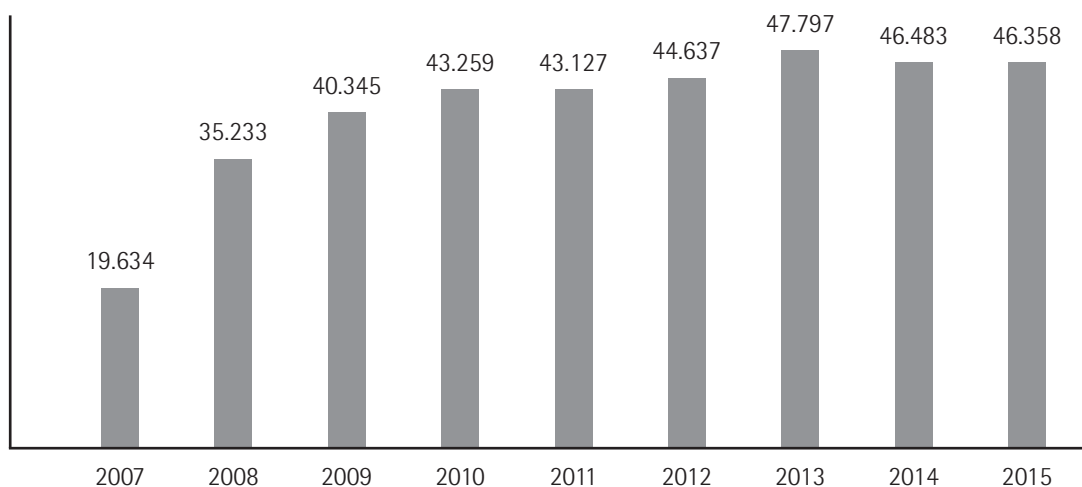


Figura N°8

Distribución de consultas por región, REDGESAM 2016. Porcentaje por región nacional

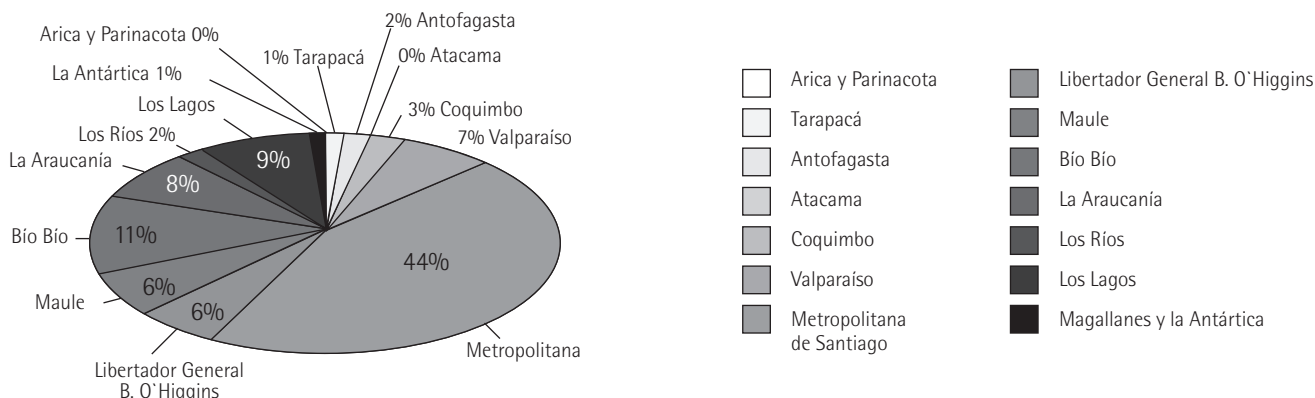
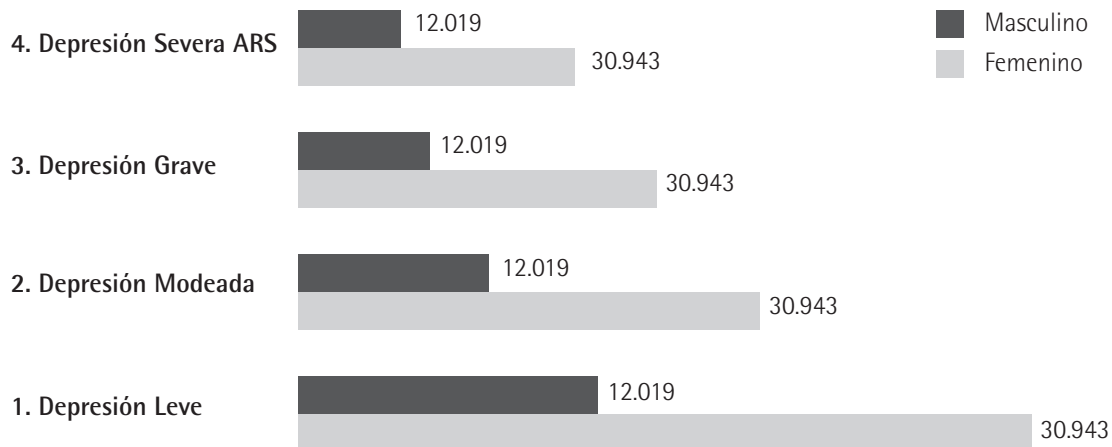


Figura N°9

Uso GES Depresión en Isapres 2007- 2015
Grados de Depresión por Sexo
(Casos = 289.806)



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas Sistema Isapres – Superintendencia de Salud

Considerando que la Depresión es una enfermedad multifactorial, con un componente psicosocial y subjetivo importante, no es posible deducir que el empeoramiento de las estadísticas sea por ineficiencia del programa. No obstante, investigaciones al respecto, son una tarea insoslayable.

El documento Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010, Evaluación final del período, del MINSAL, menciona sobre el objetivo de recurrencia de episodios depresivos: *“No se cuenta con información para evaluar el cumplimiento de este objetivo. La prevalencia utilizada como línea base fue tomada del único estudio poblacional que midió prevalencia de trastornos psiquiátricos, en 3 ciudades del país, entre los años 1992 y 1999....Posteriormente no se ha realizado ningún estudio de las mismas características metodológicas que permitan una comparación”*

Este mismo informe señala, *“la tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, aumentó un 60%, es decir, de 7 por cien mil habitantes en 1999 a 11,2 por cien mil en 2007, contrario con la meta propuesta para 2010 de reducir la mortalidad en 10%. Hay que considerar que la RE N° 2164 del año 2000, actualizó los procedimientos de identificación y codificación de las causas de muerte y se adoptaron me-*

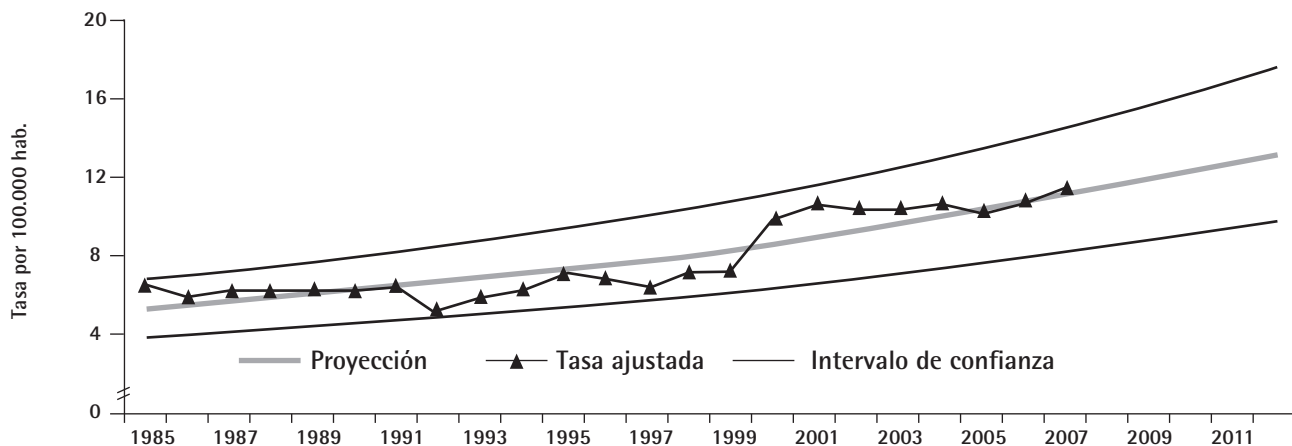
canismos de validación de los registros de causas de defunción” (Figura N° 10)

Otro indicador indirecto del esperable impacto del GES en Depresión es el impacto sobre el ausentismo laboral por enfermedad aguda asociado a trastornos psiquiátricos. Las estadísticas de los días de licencia médica en términos generales han seguido con una tendencia significativa al alza, sin embargo, es posible observar indicadores tempranos de disminución en los diagnósticos de salud mental. Esperamos sea un reflejo del impacto del GES, de la organización de redes de atención orientadas a la eficiencia y de la mejor regulación y el desincentivo al mal uso.

Es tema de consenso la necesidad de fiscalizar de mejor forma el uso de este instrumento terapéutico, estableciendo sanciones para el mal uso y desarrollando estrategias para abordar otros problemas sociales que se resuelven de mala manera con el uso de licencia médica.

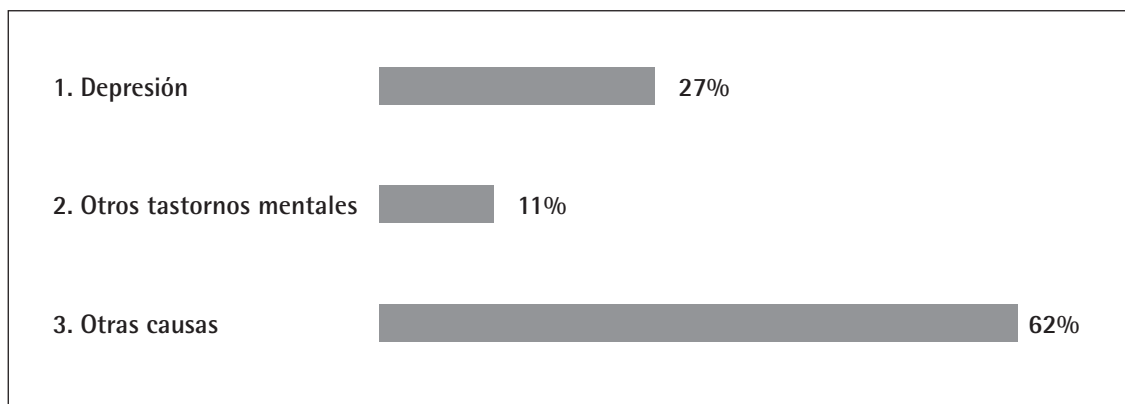
Un estudio realizado por la Superintendencia de Salud, menciona que entre el 2008 y el 2009 las patologías de Salud Mental ocupan un 20,7% del gasto en pago de subsidio de licencia médica, siendo el primer grupo diagnóstico en importancia. De este porcentaje, el 59,3% es por episodio depresivo (Figura N°11).

Figura N°10
Mortalidad por suicidio, ajustada por edad.
Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012



Fuente: Epidemiología

Figura N°11
GES Depresión y uso de Licencias Médicas 2007 - 2014
2.4 LM y Diagnósticos CIE - 10 en 3 Grupos
(LM n=2.382.824)



En lo referente a la implementación de un modelo clínico de gestión eficiente, la no implementación de la cuarta garantía del GES, la de calidad, ha favorecido la demora en la acreditación de las redes actualmente existentes.

El retraso en la acreditación de los prestadores públicos y privados en forma obligatoria, ha generado una situación que no favorece el adecuado cumplimiento de los estándares esperados y expone el sistema a menor disciplina en el otorgamiento de los beneficios del subsidio para la población objetivo.

Por otra parte, para los prestadores, la no acreditación les resta autoridad para defender sus resoluciones y actuar como garantes de una buena práctica clínica.

7. Redefinición de la estrategia: GES 2010-2016

El 27 de febrero de 2010 es publicado en el Diario Oficial el Decreto Supremo N° 1 de 2010 del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, en la cual se concretan las modificaciones a los tratamientos y garantías de las patologías GES vigentes, en las que se incluyen Depresión y Esquizofrenia. Estos cambios toman vigencia a partir del 01 de Julio 2010.

Para la patología Depresión, la nueva normativa implica un cambio profundo en las características del subsidio, con importantes repercusiones en la calidad de las prestaciones, la duración de los beneficios, el costo asociado y las responsabilidades de la red de atención.

Con este decreto, la autoridad sanitaria adopta definiciones que intentan ajustar el diseño del primer decreto y que significaron un comportamiento de la demanda de atención y del uso de recursos muy por encima de lo planificado. En los 4 primeros años de aplicación del GES en Depresión se enfrentaron dificultades, no reguladas por la normativa, que significaron dispersión de criterios para resolverlas, y que afectaron el comportamiento del programa. Los principales aspectos no clarificados son los siguientes.

- Un significativo número de pacientes con comportamiento de patología crónica. Más del 50% de los pacientes con más de tres años de tratamiento. Los paciente bipolares que ingresan en fase depresiva, tienden a permanecer dentro del sistema como patología crónica
- Un porcentaje significativo de los pacientes presentan comorbilidad psiquiátrica compleja, asociado a evolución clínica más tórpida y contribuyendo a la evolución crónica de los síntomas. No quedaba claro, cuál era el alcance del GES,

en estos casos, y clarificárselo al paciente no era nada de fácil. La demanda de tratamiento, incluido hospitalización, psicoterapia y farmacoterapia, por condiciones propias de la comorbilidad, aumenta el gasto y la utilización de recursos. La responsabilidad sobre los prestadores, para discriminar los límites, tensiona el sistema.

- En el sector privado, la presión al diagnóstico de depresión, y de la modalidad más grave, influía fuertemente en las expectativas de los usuarios, por la gran diferencia en los beneficios de un tratamiento GES y uno no GES. Los profesionales en una primera consulta deben dilucidar clínicamente la condición del paciente, y confirmar la presencia o ausencia del cuadro.

El trabajo realizado en las redes de prestadores GES, pública y privada, así como en la atención primaria, no fue suficiente para optimizar el comportamiento técnico, que se veía permanentemente influido por aspectos psicosociales y por las expectativas de los usuarios por una atención más allá de los límites del diseño del GES. Se ha contado con herramientas eficientes para definir los criterios de inclusión y exclusión al sistema: La norma médica administrativa establece claramente los criterios.

A partir de la normativa 2010, se modifican las canastas de costo de tratamiento y se aplica la nueva Guía GES de Depresión, publicada previamente el 2009.

Las características esenciales del nuevo plan de manejo se resumen en el Figura N° 12 y N°13.

En lo esencial, el nuevo modelo divide a los pacientes graves en dos grupos: 1) los Graves simples y 2) los Graves complejos, con síntomas psicóticos, refractareidad, bipolaridad o alto riesgo suicida año 1. Los segundos deben derivarse al nivel de especialidad y tienen garantía de oportunidad para atención psiquiátrica. Los primeros deben tratarse en el nivel primario, junto a los pacientes con cuadros leves y moderados.

En la atención primaria se concentra la atención de psicólogo en la canasta leve, restando su participación en los casos moderados y graves, que recibirán atención por otros profesionales de la atención primaria. Esto implica disminución de atención especializada para estos pacientes. Se agrega un nuevo antidepresivo en la APS, para mejorar su resolutivead.

Se establece un año de tratamiento para el grupo más grave (complejo), con derecho a tratamiento de especialista, psicoterapia, hospitalización y completo arsenal farmacológico, lo que se pierde a partir del segundo año, debiendo derivarse a la atención primaria (Figura N°12).

Figura N°12
Características esenciales del nuevo plan de manejo

SUBDIVISIÓN DE TRATAMIENTOS	DE 2 A 5 CANASTAS
ROL DE LOS ESPECIALISTAS	PRIVILEGIO DE ATENCIÓN MENOS ESPECIALIZADA
DURACIÓN DE COBERTURA	LIMITADAS EN EL TIEMPO
REDUCCIÓN DEL GRUPO MÁS GRAVE	CON ACCESO A TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD POR UN AÑO
ACCESO A FÁRMACOS	AMPLIACIÓN DE ARSENAL EN CASOS MENOS SEVEROS Y LIMITACIÓN EN EL TIEMPO

Finalmente,

1. Ajustes en grados de severidad aumentando las categorías diagnósticas y sus correspondientes garantías financieras, aumentando participación de médicos integrales a cargo de tratamiento.
2. Creación de anualidades ofreciendo diferentes coberturas en relación al tiempo de tratamiento, generando diferencias significativas entre el año 1 y 2 de tratamiento para el grupo más grave, con restricción de prestaciones desde el segundo año.

En el sector privado, las Isapres implementaron la nueva normativa desde el 1° de Julio, y decidieron hacer adecuaciones de diferente tipo para mediar la pérdida de beneficios del nuevo GES y las expectativas de los usuarios, así como velar por la seguridad en la continuidad de los tratamientos en curso.

En general, todas las Isapres aplican el nuevo decreto íntegramente para los pacientes nuevos.

Para los pacientes antiguos, ha habido distintos criterios. Algunas Isapres han respetado la fecha del pago de la anualidad, para hacer el cambio al nuevo modelo. Otras, han definido mantener a los pacientes antiguos en el antiguo decreto hasta que sean dados de alta, y aplicar el nuevo decreto a los ingresos posteriores a Junio 2010.

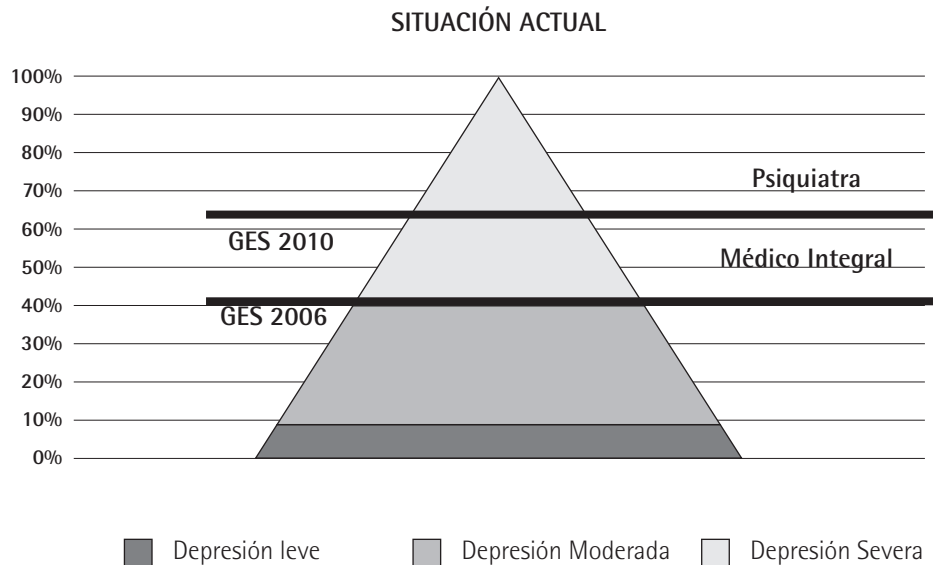
Complementario con lo anterior, todas las Isapres han definido, en acuerdo y por sugerencia de los prestadores, ablandar las limitaciones del decreto vigente, reconvirtiendo las prestaciones para permitir acceso a consultas psicológicas, o permitiendo que el psiquiatra vea los pacientes con cuadros moderados y graves simples, como interconsulta del médico integral. Todas las Isapres están aplicando el criterio definido en la normativa, en lo referente a que desde el segundo año, se pierde el acceso a hospitalización y a la mayoría de los fármacos más complejos. Figura N°12 y N°13

En resumen, el nuevo formato del GES para depresión intenta corregir, desde lo normativo, las dificultades generadas por los límites imprecisos de la enfermedad, la tendencia a la cronicidad y al sobre-diagnóstico, y la incapacidad de la red, principalmente la pública, de responder a la demanda y al cumplimiento de las garantías. Se transforma en un programa más modesto y acotado en el tiempo, lo que puede disminuir el incentivo al ingreso al sistema.

Las repercusiones en la demanda de tratamiento y en el comportamiento de los prestadores se podrán evaluar a partir del 2016, cuando la nueva forma de operar esté implementada completamente.

En este escenario, podremos evaluar el impacto sobre el nivel de salud de los pacientes en tratamiento y del problema de salud que este GES busca resolver. (Figura N°13)

Figura N°13



8. Los desafíos del próximo período

Ver los efectos del nuevo modelo de tratamiento será una de las tareas fundamentales del próximo período, a la luz de la evaluación del cumplimiento de los objetivos sanitarios que lo inspiran. A nuestro entender, los cambios recientes ajustan la oferta a las condiciones de respuesta del sistema de salud actual, e intentan contener los costos, focalizando las intervenciones más intensivas en el grupo de pacientes agudos y más graves.

En este sentido, ha habido una adecuación de lo técnico a lo económico, a lo que parece posible para el actual período. Dará tiempo para que los agentes de salud, y en especial los prestadores, optimicen su capacidad de generar información relevante y mejoren la gestión de sus recursos, que permita que futuras revisiones a la normativa incluyan precisiones que no limiten la calidad técnica de los tratamientos

En el escenario político y sanitario, toma protagonismo la discusión de cómo avanzar desde un diseño centrado en el aseguramiento de prestaciones, garantizadas por el GES, a un modelo en que se aseguren resultados. (Figura N°14)

Ofrecer soluciones costo efectivas a los problemas de salud, de acuerdo a estándares técnicos definidos, y a indicadores de impacto que satisfagan las expectativas de los usuarios y que mejoren la condición de salud de la población.

¿Enfermedad episódica, recurrente o crónica?:

- Cómo dar cuenta de los diferentes perfiles pronósticos y favorecer evolución de largo plazo.

Criterios de inclusión poco específicos:

- Medidas diagnósticas de alta Sensibilidad y baja Especificidad.

Comorbilidad:

- Cuando los síntomas depresivos se relacionan con presencia de otro diagnóstico, psiquiátrico o somático.

Centrado en el diagnóstico médico:

- Riesgo de medicalización del sufrimiento, de las crisis vitales, de los fenómenos de adaptación.

- Ausencia de estrategias de promoción y prevención.

Las redes de prestadores GES debieran mejorar su experticia en el manejo de los problemas cubiertos y mejorar su eficiencia

Figura N°14
Indicadores de calidad GES depresión
Cruz C. (2016) no publicado

PREGUNTAS	FASES
1. Factores protectores y de riesgo para desarrollar depresión.	Prevención temprana
2. Estrategias son efectivas para prevenir la depresión	Prevención secundaria
3. Instrumentos de tamizaje se pueden utilizar	Prevención secundaria
4. Cómo se diagnostica la depresión	Diagnóstica
5. Cuáles son las comorbilidades más frecuentes	Diagnóstica
6. Cómo se valora la discapacidad asociada al cuadro depresivo	Diagnóstica
7. Qué intervenciones psicosociales para el tratamiento de la depresión	Tratamiento
8. Tipo de psicoterapia resulta para el tratamiento de la depresión	Tratamiento
9. Qué fármacos se utilizan para el tratamiento de la depresión	Tratamiento
10. Estrategias para mantener la adherencia al tratamiento de depresión	Efectividad terapéutica
11. Qué estrategias para estimular la recuperación de la funcionalidad	Efectividad terapéutica
12. Cuáles son los criterios de alta del tratamiento de depresión	Prevención terciaria
13. Qué actividades se recomienda durante la fase de seguimiento	Prevención terciaria
14. Enfermedad episódica, recurrente o crónica	Prevención cuaternaria

para gestionar la atención, orientándose a resultados. En esta línea es fundamental, mejorar los siguientes aspectos:

- Sistemas de información y comunicación adecuados a los requerimientos de la gestión de salud moderna.
- Aumentar la calidad técnica: Medicina Basada en Evidencia
- GRADE para la elaboración de Guías de Práctica clínica
- Incorporación de evaluación de tecnologías sanitarias (ETE-SA) en la elaboración de canastas
- Desarrollo de protocolos específicos
- Estrategias para disminuir la brecha en regiones de equipos calificados para cumplir con los estándares GES.
- Alineamiento de profesionales con la Misión de formar parte de una red de prestadores GES

Accreditación según los estándares vigentes:

- Calidad en el servicio
- Compatibilizar trabajo y atenciones de salud
- Procesos administrativos para la atención (ingresos, asignación de horas, compatibilización de programas de salud)
- Atenciones bajo el modelo comunitario
- Prestaciones con mayor efectividad

- Introducir prestaciones dirigidas a reducir la discapacidad asociada.

Fuerte orientación al usuario

- Orientación a flexibilizar su oferta a los requerimientos de los seguros públicos y privados.
- Cuantificar el costo de tratamiento de otras patologías No GES e identificar lista de espera.

Evaluación de GES:

- **Gestión:** Asignación de recursos, capacitación y disponibilidad del recurso humano, listas de espera, articulación con otros programas
- **Satisfacción usuaria:** definir estándares de evaluación. (Figura xx)
- **Impacto:** definir criterios y gestionar evaluación por parte de un centro internacional.

Bibliografía

1. Chile. Ministerio de Salud, Serie de Guías Clínicas MINSAL, Guía Clínica. Tratamiento de Personas con Depresión, 2006
2. Chile. Ministerio de Salud, Serie de Guías Clínicas MINSAL, Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión, 2009.
3. Chile. Ministerio de Salud, Serie de Guías Clínicas MINSAL, Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión, 2013
4. Chile. Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda, Decreto n° 228, aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, Santiago, 23 de Diciembre de 2005
5. Chile. Decreto Supremo n° 1, de 2010, del Ministerio de Salud, Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, Publicado en el Diario Oficial el 27 de febrero de 2010.
6. Chile. Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Departamento de Epidemiología, Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período, Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto, Primera Edición.
7. Canasta de Tratamiento GES en Depresión, 2006
8. Canasta de Tratamiento GES en Depresión, 2010
9. Minoletti A. y Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 18 (4/5), 2005
10. Chile. Biblioteca Digital, Superintendencia de Salud, Casos GES acumulados por Seguro de Salud, 2005-2010
11. Chile. Biblioteca Digital, Superintendencia de Salud, Prestaciones por tipo, consultas psiquiátricas y de psicólogo clínico, 2001-2009
12. Chile, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental. 2000.
13. Chile, Ministerio de Salud. Guía clínica para la atención primaria. La depresión: detección, diagnóstico y tratamiento. Santiago, Chile: Unidad de Salud Mental y Departamento de Modelo de Atención del Ministerio de Salud; (2001)
14. Chile, Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador. Programa Depresión Severa. Protocolo para el tratamiento de personas con Depresión Severa Nivel Secundario de Atención 2004.
15. Mitchell Alex J, Vaze Amol, Rao Sanjay: Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Published Online www.thelancet.com Volumen 374 22, Agosto de 2009
16. Grupo de tarea "Red de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana". Plan de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana. Desarrollo de Servicios de atención cerrada y Urgencias. Santiago de Chile: Publicación MINSAL, 2005
17. MINSAL (2006); Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión Garantías Explícitas en Salud; Ministerio de Salud [on line] 2006, [citado en 2006-10-13] disponible en http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/DEPRESIONFIN.pdf
18. MINSAL (2005); Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia Garantías Explícitas en Salud; Ministerio de Salud [on line] 2005, [citado en 2006-10-13] disponible en http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/EsquizofreniaR_Mayo10.pdf
19. MINSAL (1999); Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000-2010); Ministerio de Salud [on line] 2000, [citado en 2006-09-20] disponible en www.minsal.cl
20. OMS-MINSAL. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, Santiago Chile 2006)
21. Rojas I y Pemjean A Atención de personas con depresión en el auge de la depresión. disponible en www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f010680.pdf
22. Situación Salud Mental en Chile x Minsal. Disponible en psicologia.udd.cl/files/2010/06/Situacion-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf
23. Salvo L. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. Rev Med Chile 2014; 142: 1157-1164
24. Flores M, Cabrera D. Protocolo de Referencia y Contrarreferencia "Depresión en personas de 15 años y más "Disponible en: estadisticas.sso.sornio.cl/.../Depresión%20en%20personas%20de%2015%20años%20
25. Rojas I., Dembowski N., Borghero F., González M.. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento subsecretaría de salud pública División prevención y control de enfermedades depto. Ciclo vital - dpto. Salud mental. 2014. Disponible en: www.serviciodesaludaconcagua.cl/descarga.php?.../Protocolo%20Depresion%20postp
26. Guía Rápida Registro SIGGES 34. Depresión en Personas de 15 años y Más Grupo Gestión del Cambio - Proyecto SIGGES. Departamento Gestión de Procesos División de Gestión de la Red Asistencial. Disponible en: www.saludparral.cl/.../34%20Depresion%20en%20Personas%20de%2015%20años%20
27. Castilla R., Cuevas S., Fernández D., López A. M. Protocolos de derivación en psiquiatría adulto depresión Servicio de Salud Araucanía Sur
28. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf