

## A propósito de la salud administrada

Italo Braghetto

### Introducción

En los últimos 15 años se han producido importantes cambios en los Sistemas de Salud en USA, Centro-América y América del Sur, lo que ha llevado a implementar nuevas alternativas de salud y nuevas relaciones entre aseguradores de salud, empleadores, proveedores de insumos y fármacos y prestadores de salud, situación que ha derivado que en nuestro país este tema haya también concitado el interés y la discusión de implantar tales cambios.

Varias son las razones para estos cambios, una de ellas es el alto costo

del actual modelo de atención de salud en el cual la relación paciente-prestador es directa con "pago por prestaciones". (Fee for service)

Así, los gastos en salud son muy altos, en USA por ejemplo, entre 1979 y 1998 <sup>(1)</sup> el gasto en salud subió del 8.4% al 13.5% de P.I.B. En nuestro país ha ocurrido exactamente lo mismo, creciendo de un 3.4% a casi un 8% en la actualidad. A pesar de ello persisten las inequidades, fracasos, la insatisfacción de los usuarios y no hay solución para la enfermedad "salud" en forma global, lo que hace necesaria la búsqueda de nuevas alternativas de solución.

Dentro del creciente alto costo de la salud, aparte del impacto que significa el modelo pago por servicio propiamente tal, se deben cubrir gastos en farmacia, en hospitalizaciones por complicaciones de patologías no tratadas previamente, por lo que el tratamiento no sólo involucra mayores costos sino también un mayor gasto de tiempo y, por supuesto, el aumento de los riesgos para la salud.

Además estamos frente a un envejecimiento de la población, con cambios epidemiológicos, aumento de patologías más complejas, por lo tanto más caras, y

*Director Hospital Clínico  
Universidad de Chile*

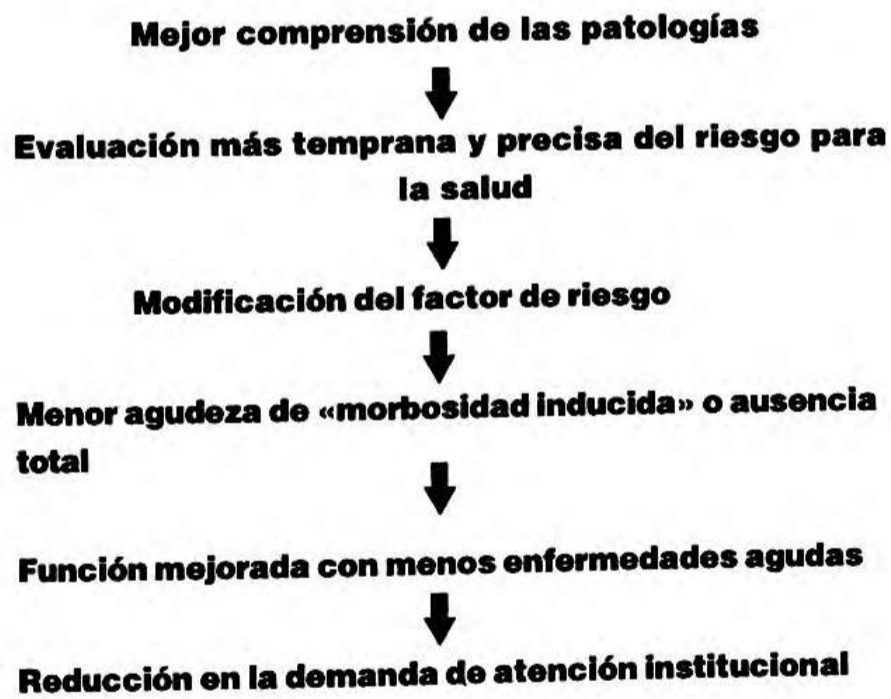
asociadas a la necesidad de incorporar tecnología que si bien mejora el diagnóstico/tratamiento trae consigo un encarecimiento de la salud.

Otra razón fundamental para ahorrar costos, es que los fondos se pueden derivar a otras líneas, como la prevención, la investigación en salud, con el objeto de producir mejor salud a mayor número de personas en forma oportuna para cada paciente, salvaguardando todos sus derechos, sin caer en problemas éticos que pueden derivar de un nuevo modelo de seguro de salud preocupado por el ahorro de gastos.

Al estar enfrentados a una verdadera amenaza de aumento de los costos y disminución de los beneficios, asistimos a un fracaso global del manejo de la salud, otra razón por la que debemos buscar un nuevo modelo de atención donde la prevención de enfermedades juegue un fuerte rol (Fig. 1,2,3,4).

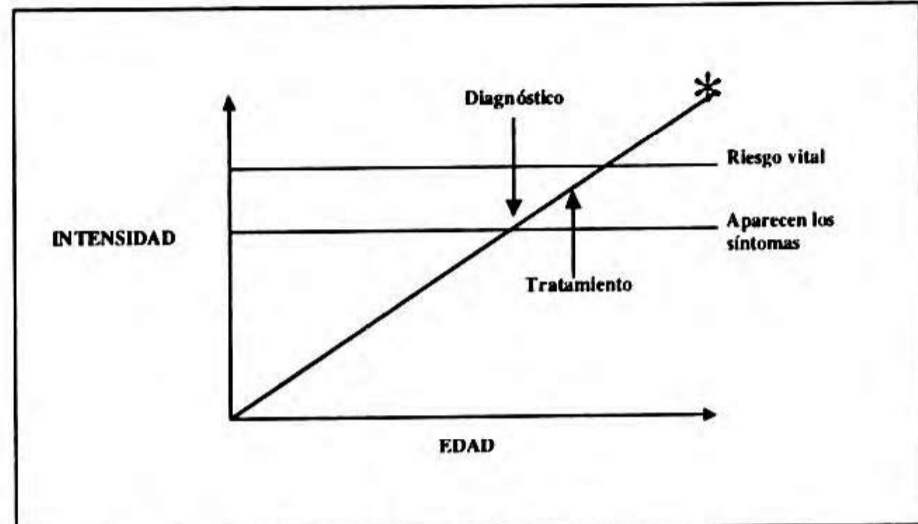
**Figura 1**

*Cómo controlar las enfermedades crónicas:*



**Figura 2**

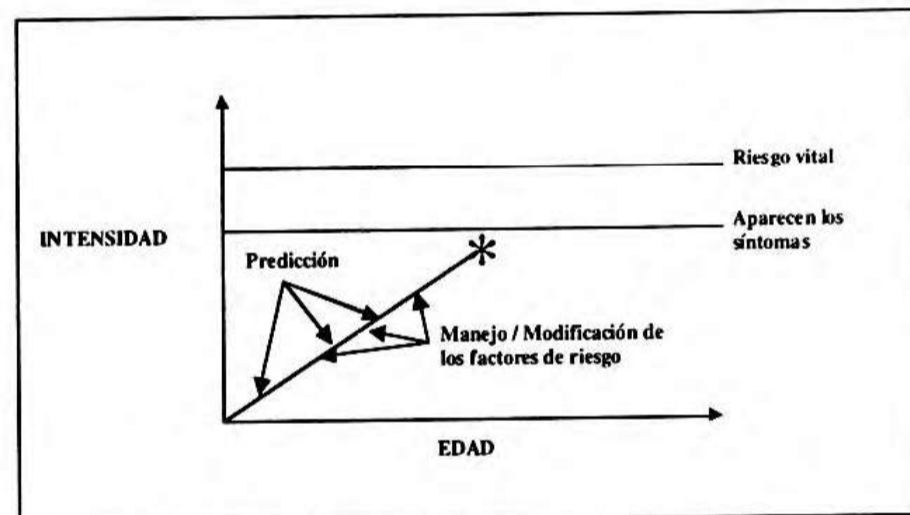
*Antiguo paradigma de atención de enfermedades crónicas*



Fuente: Healt Futures, Inc.

**Figura 3**

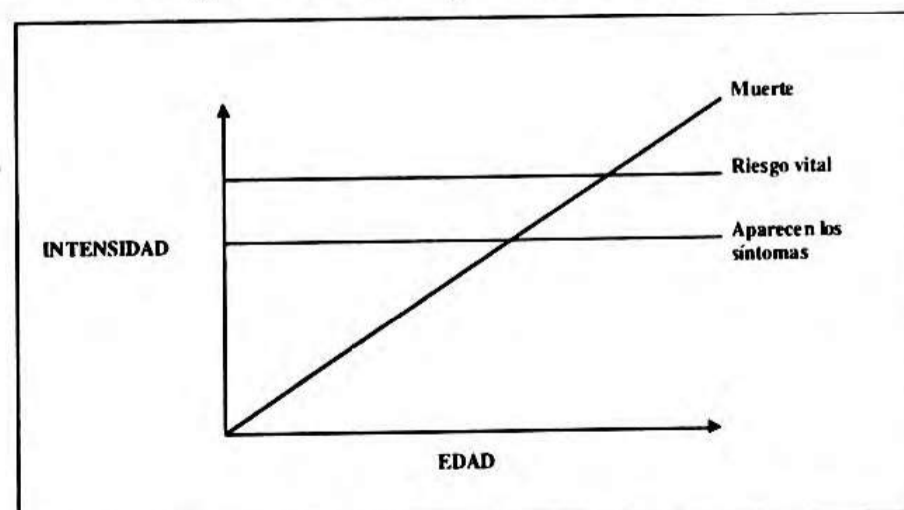
*Nuevo paradigma de atención de enfermedades crónicas*



Fuente: Healt Futures, Inc.

**Figura 4**

*Progresión de las enfermedades crónicas*



Fuente: Healt Futures, Inc.

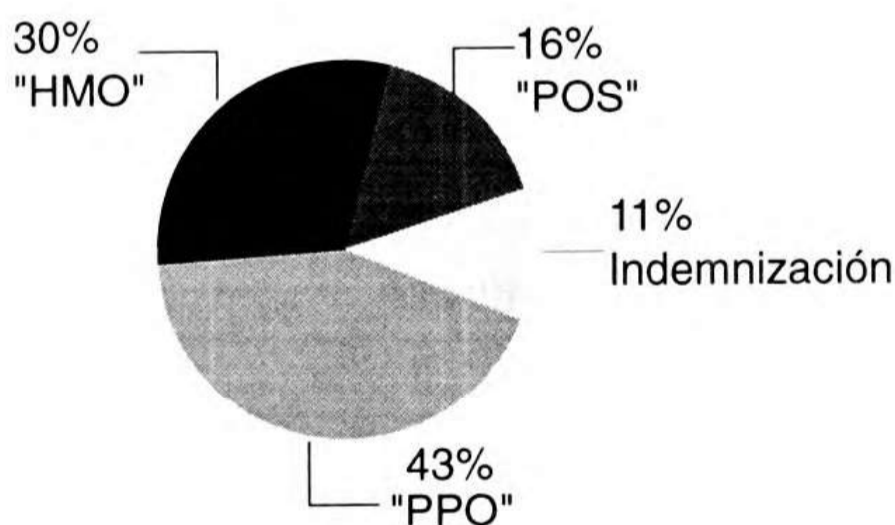
El análisis de un modelo diferente al pago por servicio debe considerar que cada actor del sistema obtenga los beneficios que correspondan: aseguradores, prestadores, médicos y lo más importante, el paciente y la salud de un país.

**Seguimiento de la Salud Administrada:**

Dados estos argumentos, surgen alternativas de seguros de salud tales como organización preferenciales de prestaciones de salud (PPO, «Preferred provider organization» o los «Provider organization Service», POS) y las organizaciones de salud administrada («Health Management Organization» HMO), con el objetivo de buscar una alternativa ideal, a menor costo, que asegure una buena calidad de atención y una amplia cobertura de atención. Estos nuevos modelos actualmente cubren casi el 90% de la oferta de salud en USA (ver Fig. 5)

**Figura 5**

*Participación de Mercado de los Distintos Tipos de Cobertura que ofrece el Empleador, 1998*



Fuente: Bussiness and Healt, «The state of Health Care in America 2000»

El sistema de pago por servicio bajó del 95% al 10% y las HMO subieron en USA entre 1990 y 1999 del 6 al 30% su participación en el sistema, con un aumento de 34 millones de afiliados en 1990 a 81 millones en 1999.

**Cómo se define Salud Administrada**

Varias son las definiciones dadas tanto por el American Medical Association, Health Insume vance Asociacion of Medicine, etc. pero la más completa es aquella que la define como un “proceso que maximiza los beneficios de salud de una comunidad con recursos limitados, al asegurar que los servicios proporcionados posean un rango y nivel adecuados y al supervisar caso a caso para asegurar que los servicios sean mejorados continuamente para alcanzar los objetivos nacionales y las necesidades individuales de Salud (European Health care trends: Towars manage carte in Europe, Cooper Lybranth Mayo, 1995).

Estas nuevas alternativas de manejo de la salud a través de la salud administrada debiera traer beneficios para los pacientes, los empleadores, las instituciones prestadores y los médicos. Consiste en un plan de atención médica que entrega servicio médico coordinado y completo a miembros que se han afiliado voluntariamente previo pago.

Hay algunas ventajas a señalar para el paciente como son el menor pago de primas, una cobertura más amplia y en general una acción médica más preventiva. Sin embargo existen algunos riesgos de que esto no se cumpla y por lo tanto debemos promover que tanto los pacientes como los médicos y las instituciones vigilen el buen funcionamiento del sistema.

**Algunos de los riesgos que se señalan:**

Al existir modelo de atención primaria, con un médico general de familia que es responsable de la asistencia y coordinación de posteriores atenciones del paciente, que juega un rol de filtro o llave que coordina las acciones médicas, se puede caer en un riesgo ético al pensar y actuar “economísticamente” en desmedro de la calidad de la medicina, especialmente si los mé-

dicos son empleados de la HMO, pero si se adopta un modelo de grupo médico no empleado de la HMO esto se evita (Fig. 6).

## Figura 6

### *Organizaciones de Mantención de la Salud («HMO»)*

#### **A. Definición:**

**Una «HMO» es un plan de atención médica que entrega servicio médico coordinado y completo a miembros que se han afiliado voluntariamente, previo pago.**

#### **B. Tipos de «HMO»:**

**Un punto importante de recordar es que el tipo de «HMO» está definido por la estructura organizacional de los médicos contratados y su relación con el plan.**

**1. Modelo de Grupo / Personal: Entrega servicios en una ó más ubicaciones a través de un grupo de médicos. Si el grupo no depende de la «HMO» es un modelo de grupo. Si los médicos son empleados de la «HMO», es un modelo de personal. También son llamados planes de «panel cerrado».**

**2. Individual Practice Association, IPA (Asociación de Consultas Particulares): Comunidades de médicos particulares, que tradicionalmente cobran una tarifa por servicios, efectúan un contrato con una «HMO» para atender pacientes en sus consultas. También llamada «panel abierto».**

**Otros modelos son una mezcla de estos dos tipos básicos, por ejemplo un modelo de red es una «IPA de grupos».**

Fuente: J Shalowitz, 1994

En este aspecto, las organizaciones médicas (Colegio Médico) y hospitales universitarios sin fines de lucro tienen un rol preponderante en evitar estas desventajas y supervigilar el funcionamiento del sistema.

Lo que diferencia la "salud administrada" del "pago por servicio" es la responsabilidad financiera y clínica ayudada por la coordinación mejorada de la atención. Lo que se busca en definitiva es ofrecer mejores servicios y productos de buena calidad, con un ahorro de recursos, es decir, hacer más eficiente el uso de

los recursos, pero sin que ello derive en faltas a la ética.

¿Qué es lo que buscan los pacientes al pertenecer a un plan de salud?

- Acceso a buenos médicos, hospitales, tecnología, etc. (acreditación)

- Atención de calidad = personalizada, oportuna, en todo nivel simples ó complicadas.

- Beneficios globales (cobertura): el plan debe cubrir todo tipo de prestaciones).

- Sin trabas administrativas

- Menores primas (costos de los planes de salud)

- Cobertura desde el inicio del pago de su plan de salud

- Libertad para elegir proveedores

Además, los pacientes buscan mejores servicios desde cobertura o copagos más bajos, gastos de farmacia, en mejores hospitales, servicios más preventivos, médicos calificados y ubicables.

A su vez:

¿Qué es lo que quieren los médicos ó grupos de atención primaria de los planes?

- Les den una cantidad de pacientes suficientes para dispersar el riesgo de patologías crónicas o catastróficas.

- Datos de administración oportunos y precisos.

- Aranceles basados en riesgos reales, compensando la selección adversa (patologías catastróficas).

- Un seguro apropiado contra el exceso de siniestralidad y reaseguro desde el primer pago (este último para casos de alto riesgo).

- Contratos favorables con los proveedores usando el poder de participación de acuerdo con el plan (comprar paquetes y obtener contratos con especialistas).

- Compartir las ganancias como corresponde a una sociedad por lo tanto:

**Los médicos quieren que los hospitales:**

- Contraten planes a los que los médicos quieran unirse y ser tomados en cuenta.

- Obtengan utilidades de los contratos de salud administrada al ser capaces de controlar costos y proporcionar servicios eficientes.
- Proporcionen una gama de servicios de alta calidad (Centros de excelencia).
- Paquetes de servicios.
- Trabajo integrado con especialistas (médicos de hospital). En este punto existe otra desventaja para los especialistas pues ellos podrían verse amenazados en sus ingresos ya que por una parte deben integrarse a una red de atención y por otra parte al integrarse lo hacen con precios conocidos. Si bien esto es una amenaza para el especialista individuo, puede pensarse que esta "desventaja" individual se convierte en una ventaja para el paciente, el proveedor, la institución y, si está participando de la red, el flujo de pacientes puede compensar esta desventaja.

Cómo se evita esta desventaja?

Los especialistas deben acordar los términos en los cuales participan de la red, los precios y el compromiso que asumen los proveedores para con los médicos especialistas, a través de la capacitación.

**Esta modalidad tiene:**

**Pros:**

- Facilidad de administración
- Fija los costos anticipadamente
- Tasas de atención primaria / de especialidad muy altos.

**Contras:**

- Sobre utilización de servicios de especialidad por parte de médicos de atención primaria.
- Las tasas de captación se basan en cálculos precio/volumen de atención históricos pero los precios están declinando.
- Incompatibilidad cultural potencial entre médicos de atención primaria y especialistas.

A veces no disminuyen los costos institucionales.

- Se opone a la tendencia de libertad de elección para los miembros. "Compromete" el uso de especialistas (desventaja para médicos de atención primaria).

**Los Hospitales a su vez desean que los médicos sean:**

- Leales
- Practiquen una medicina de calidad pero sin cultura del "despilfarro" para lo cual es indispensable la existencia de normas y protocolos de atención.
- Usen los servicios adecuada y eficientemente.
- Estén dispuestos a atender a todos los segmentos de la población.

La Salud Administrada desea que los médicos de atención primaria practiquen una medicina de alta calidad, eficientemente, en una atmósfera amistosa, ética con el paciente y proporcione los servicios médicamente necesarios.

Finalmente, en el siguiente cuadro se encuentran cambios necesarios para la integración entre sistema y médico (Fig. 7).

**Figura 7**

*Algunos cambios necesarios para la integración entre Sistema y Médicos*

<b>Estado Actual</b>	<b>Estado Deseado</b>
<b>Enfoque en las especialidades</b>	<b>Enfoque en la Atención Primaria</b>
<b>Enfoque en los pacientes hospitalizados</b>	<b>Enfoque en los pacientes externos</b>
<b>Modelo de atención intensiva</b>	<b>Modelo de atención continua</b>
<b>Enfoque en los pacientes</b>	<b>Satisfacer las necesidades individuales de la población</b>
<b>Orientación funcional</b>	<b>Orientación en proceso</b>
<b>Metas de calidad a corto plazo</b>	<b>Evaluaciones a largo plazo</b>
<b>Resumen: Una relación cooperativa</b>	<b>Resumen: Un sistema clínico integrado</b>

Fuente: J Schalowitz, 1994.

El desafío para nuestro Hospital y para cada uno de nosotros es enorme, y creo que son enormes las ventajas para los pacientes y las instituciones prestadoras de salud que un Hospital Universitario participe de un plan de salud administrada.

\*El Profesor Dr. Braghetto expuso estas ideas en el Encuentro Medicina y Mercosur, realizado en Santiago en octubre del 2000.