

Tema Evaluado Críticamente (TEC):

¿Hay diferencia en el cuidado de salud entre el sistema de Managed Care y el sistema de Pago por Servicio en EEUU?

Dra. Philippa Moore y Dr. Manuel Chacón,

Docentes del Programa de Medicina Familiar, P. Universidad Católica de Chile.

ESCENARIO Y PREGUNTA

Chile está adaptando sus sistemas de salud sobre la base de organizaciones similares a las "managed care organizations" (MCO) de EEUU. Entre las preguntas que surgen nos podemos encontrar con esta: "¿Las MCO pueden entregar un cuidado de salud de la misma calidad que los sistemas de pago por servicio?"

Refinando la pregunta (*ref*) para que nos facilite encontrar una respuesta adecuada resulta:

Problema:	Pacientes que consultan en EEUU
Intervención:	Managed care – MCO
Comparación:	Sistema de pago por servicios (PPS)
Outcomes: (Desenlaces)	Medidas globales de estado general de salud Mortalidad

¿En pacientes que consultan en EEUU, atender en una MCO mejora el estado general de salud y reduce la mortalidad cuando es comparado con el sistema de PPS?

BÚSQUEDA

Iniciamos la búsqueda en el Cochrane Library que ofrece acceso a 2 bases de datos de revisiones sistemáticas (*Cochrane* y *DARE*), y a su registro de ensayos randomizados controlados. En el tesoro de palabras MESH encontramos: **MANAGED-CARE-PROGRAMS** y **HEALTH-MAINTENANCE-**

ORGANIZATIONS (HMO) como sub-grupos. Una búsqueda usando estos términos MESH, limitado a los títulos y abstractos del Cochrane Library, encontramos: tres revisiones sistemáticas y seis ERC comparando MCO con PPS. Elegimos un RS y un ERC que fueron de fuentes fácilmente accesibles desde la biblioteca.

ANÁLISIS

Revisión Sistemática:

Managed Health Care (MCO): US evidence and lessons for the National Health Service. Robinson, R, Steiner A. Open University Press 1998

Tuvimos acceso a un análisis crítico realizado por el NHS Centre for Research and Dissemination (*NHS R&D*).

Validez de la revisión. Usando un criterio riguroso, el NHS R&D describe ésta como una revisión detallada de ensayos que incluyeron un grupo de comparación de MCO con PPS. Se revisaron 70 estudios de los cuales una gran parte tuvo tamaños de muestra grandes, evaluando entre otros, los siguientes outcomes: Utilización, costos, procesos de prevención, calidad de cuidado. No hubo evaluación de la validez de cada ensayo y hubo bastante heterogeneidad de los estudios incluidos (*distintos tipos de MCO*). No hubo restricción en los participantes y los autores notan que "personas que eligen inscribirse en MCO son en promedio más jóvenes y en mejor estado de salud que los que eligen PPS". Concluye que los resultados deben interpretarse a la luz de estos hechos.

Los Resultados. Hubo 81 observaciones de 23 estudios que midieron calidad de cuidado en términos de mortalidad, tiem-

po de sobrevida, marcadores clínicos (*Ej. Presión Arterial*) o estado funcional. 84% de estos no indicaron ninguna diferencia entre MCO y PPS, 11% de las outcomes fueron mejores para MCO y 5% mejores para PPS. Específicamente el Cuidado de cáncer y de IAM fue levemente mejor en MCO, y el cuidado de depresión fue peor (*14 estudios MCO peor, 7 estudios sin diferencia*).

Conclusiones

Esta revisión incluye estudios no-randomizados y existe heterogeneidad entre el tipo de intervención. Por lo tanto, las conclusiones de los autores son cautelosas:

1. La evidencia desde los ensayos sugiere que la calidad de cuidado ofrecido por MCO es similar o mejor que el ofrecido por PPS;
2. Hay necesidad de más ensayos randomizados controlados para investigar la efectividad de MCO.

Un ensayo randomizado:

The Rand Health Insurance Experiment: 1976-82

Comparison of Health Outcomes at a Health Maintenance organization with those of fee-for-service care. *The Lancet* 1986 (1): 1017-1022.

Effect of Health Maintenance Organization on Physiologic Health. Results from a randomized trial. *Ann Intern Med* 1987; 106 (1): 130-8.

Los resultados de nuestra búsqueda arrojaron 3 artículos sobre "The Rand Health Insurance Experiment", el ERC más grande donde 1673 individuos entre 14 y 62 años fueron randomizados a un MCO (*de una trayectoria de más de 30 años de experiencia*), un sistema de pago por servicio (PPS) libre de costo para el paciente o un PPS con un sistema de copago. Todos los pacientes habían sido atendidos en un PPS antes de entrar al experimento. El análisis se hizo usando como variables dependientes 25 medidas de estado de salud obtenidas de una encuesta auto-administrada, 8 medidas de un examen de salud y 6 medidas de laboratorio, todos realizados a la entrada y a la salida del ensayo. Las variables independientes fueron el sistema de salud, estado de salud de los pacientes a la entrada del ensayo y su nivel socioeconómico.

¿Son los resultados de este estudio válidos?

El método de randomización está descrito como estratificado, pero no se describe cómo fue realizado. Un estudio de este tipo no puede ser ciego para los participantes, pero se podría haber realizado el análisis en forma ciega, sin embargo, no se menciona si es así. 11% de los pacientes salieron de su sistema

de salud durante el período de seguimiento (*3 ó 5 años*), cifra considerada razonable en un estudio de este tipo. Con la información dada fue imposible definir si se usó la estrategia de análisis por intención de tratar. Se comenta que los 3 grupos eran comparables al inicio del estudio, pero no describen los detalles. Los grupos fueron seguidos y tratados de la misma forma (*excepto el tratamiento en estudio*).

¿Cuál es la magnitud de los resultados?

Dado la forma en que los autores presentan los datos (*variables continuas*), no es posible mostrar cifras que demuestren significancia clínica, por ejemplo NNT. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las medidas globales de estado general de salud entre los dos sistemas de salud (*MCO y PPS*) para una persona "promedio". Para una persona, quien al entrar al estudio, tenía cualquier tipo de enfermedad, hubo diferencias según los ingresos económicos. Para los de altos ingresos económicos (*inicialmente enfermos*) que pertenecían a una MCO tuvieron mejorías significativas en sus niveles de colesterol y en sus «scores» de salud general en comparación con el PPS. Para los grupos de bajos ingresos económicos asignados a MCO hubo una significativamente mayor ocupación de día-cama por año y más síntomas graves que aquellos asignados a PPS.

Conclusiones: Este es un ERC grande y la validez interna es aceptable aunque la metodología no está suficientemente explicada. El sistema de MCO, en general, ofrece similares resultados que PPS en EEUU. En este estudio se midieron 46 variables de las cuales sólo 4 mostraron diferencias significativas, según grupo económico; por lo tanto, concluimos que la diferencia de los outcomes según ingresos económicos debe ser interpretado como una tendencia.

«**Bottom line**»: Un ERC grande y una revisión sistemática de ensayos con grupo de comparación concluyen que desde el punto de vista de mediciones, como la calidad en el cuidado, el sistema de MCO ofrece resultados similares que el sistema PPS en EEUU. Queda planteada la interrogante si esto es válido para grupos específicos como los pacientes de bajos ingresos o con problemas de salud mental u otros.

Por otra parte, no podemos extrapolar directamente estos resultados a nuestro sistema de salud chileno, ni a la población chilena. Hay necesidad de más ensayos randomizados controlados para investigar la efectividad de MCO y sería importante realizar tales estudios, en el sistema de salud chileno, antes de concluir que el sistema de salud administrada, como se da en EEUU, es el camino correcto para mejorar la salud de los chilenos.