

Salud Administrada, Sistema de Salud Chileno y Medicina Familiar: ¡No son lo mismo!

Desde hace un tiempo, en Chile se ha venido hablando de la Salud Administrada, fundamentalmente, en el sistema privado donde se han desarrollado planes de salud tipo HMO (*Health Maintenance Organization*). En esta materia, nos parece que existe confusión con algunos conceptos, especialmente al intentar asimilar la Medicina Familiar a la Salud Administrada. Por ello, hemos considerado oportuno conocer las opiniones de tres profesionales que representan distintos ámbitos de la salud: gremial, gubernamental y académico, sobre el tema.

Dr. Joaquín Montero Labbé, Jefe del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile:

Salud Administrada y Medicina Familiar

El "managed care" es un concepto originado en los EE.UU, que en lo substancial significa integrar atención ambulatoria de nivel primario con atención por subespecialista y control de las prestaciones a través de restricciones que se imponen a los médicos y a los adscritos.

Este modelo fue diseñado a partir de las HMOs (*Health Maintenance Organizations*) como forma de controlar el gasto excesivo en salud, en un sistema de salud reconocidamente derrochador. Pero por otra parte, hay modelos que aplican variantes que favorecen más el cuidado de la salud de la población. Los resultados finales netos, desde el punto de vista de la salud, están pendientes, si bien algunas actividades de tipo preventivo se ven favorecidas.

Este concepto y esta forma de práctica genera temor por múltiples razones, entre otras: los médicos temen ser avasallados por una superestructura cuyo objeto final es el lucro, perdiendo a la pasada el control del ejercicio de la profesión, el cual estaría supeditado a los intereses económicos, dañándose seriamente la relación médico paciente y los principios éticos de la práctica médica.

Un análisis de lo que significa para nosotros en Chile implica reconocer primero las diferencias existentes con los EE.UU en el tema de salud. Hay múltiples aspectos que nos diferencian y que no es el caso entrar a detallar: la epidemiología, la estructuración de los sistemas de salud, el gasto per cápita, etc. Por lo tanto, en su extrapolación, debemos ser cautelosos en los significados.

Por otra parte, entre nosotros ya existe un símil de "managed care" en el sistema público, en los consultorios municipales. En este caso, se propende a mejorar el cuidado de la salud de la población con medidas similares, pero no movido por el lucro, sino por la necesidad de ser más eficiente y mejorar la accesibilidad al sistema. Estas medidas similares incluyen, por ejemplo: el financiamiento capitado, la necesidad de ser más eficiente en las derivaciones a especialistas dadas las restricciones existentes por las carencias del sistema y los intentos de integración con la medicina especializada, para mejorar la funcionalidad del mismo.

Una primera pregunta que cabe plantearse es saber si esta modalidad de atención en el sistema público es una respuesta adecuada (*eficaz, eficiente y satisfactoria*). Es difícil de responder ahora conociendo las múltiples imperfecciones, con el conjunto de carencias y deficiencias en su organización, con un lastre centralizador fuerte que le impide responder con agilidad a las demandas cambiantes en cuanto a las necesidades de salud, y sobre todo, por la falta de un liderazgo que conduzca un proceso de cambio sostenido.

Su inserción en el sector privado nace con un pecado original a nivel país, que dificulta su legitimación por todos los actores, derivado de falta de funcionalidad del sistema privado de las Isapres con las fallas en la equidad de acceso y segmentación de la población por nivel de ingreso y riesgo, concentrándose las personas mayores y, por ende, con mayores riesgos de enfermar y con menores ingresos en el sector público. Dentro de esto, una nueva modalidad que apunte a maximizar los beneficios para el ente organizador, repugna en la medida que

esos son percibidos como beneficios exclusivos restados a los pacientes o a los médicos; aunque es probable que en el largo plazo en un ambiente competitivo dichos beneficios deberían ser equilibrados para que sobreviva la organización.

Esta por verse si en Chile es posible, dada nuestra historia sanitaria y nuestra realidad y cultura, implementar un modelo de este tipo que mantenga la calidad de atención de salud, facilitando el acceso a personas de recursos limitados que actualmente se atienden en el sistema público con las carencias e insatisfacciones ya descritas.

En el debate habido en torno a esta modalidad de atención se han dado argumentos que relacionan el "managed care" con otros conceptos como la Medicina Familiar y la Medicina Basada en Evidencias los que merecen ser clarificados y analizados con detalle.

El "managed care" muchas veces considera en su organización al "médico portero" quien establece la restricción inicial a los exámenes y procedimientos más sofisticados y el paso a los especialistas. Pareciera que un médico con visión amplia es el más apropiado para esta función, y en ese sentido, pudiera ser el médico familiar alguien adecuado por su polifuncionalidad. Sin embargo, el querer estar cerca del paciente, verlo en forma integral, el querer estar con las personas en continuidad tanto sanos como enfermos, con una visión más holística y en interrelación con su ambiente, supera con creces la visión utilitarista y reduccionista de presentarlo simplemente como un controlador del acceso.

La Medicina Basada en Evidencias (MBE) se ha mencionado como una estrategia al servicio del modelo "managed care". Es claro que, esto significa ignorar sus orígenes, sus objetivos y sus métodos. La MBE no está al servicio de modelos, es una forma de trabajar frente a los problemas prácticos, integrando el ejercicio del clínico con la mejor información a través de preguntas bien formuladas, que se intentan responder con un método conocido para explorar las bases de datos de información antiguas y recientes, evaluarlas y ver forma de transformar esa información en cambios en la práctica médica. Ciertamente que un sistema de "managed care" puede ocuparla y que sus resultados pueden llevar a restringir o aumentar las acciones médicas.

Frente a la perspectiva de estas nuevas tendencias, no debemos sustraernos de la discusión anatemizando y condenando «a priori» el sistema, rechazándolo de plano. Debemos estar abiertos a una discusión para intercambiar ideas con los otros actores del sistema, sean el Estado (*Gobierno nacional y municipal*), el sector privado, los pacientes y sus organizaciones de

base (*la comunidad*) y los grupos profesionales y así construir un nuevo sistema de amplia accesibilidad, universal, eficaz, humano y eficiente.

Para entrar en esta participación debemos hacer nuestro aporte desde nuestra vivencia y nuestro conocimiento de la Atención Primaria. Debemos asumir roles de liderazgo en la gestión de los procesos de dar salud, sea en el ambiente público o privado, con o sin "managed care" apropiándonos de su manejo sin rehuir nuestra responsabilidad, preparándonos y estudiando las herramientas de gestión para ello; así como los elementos de la salud basada en evidencias que nos proveerá de un sano sentido crítico de los temas relevantes en la práctica. Así podremos cautelar mejor los intereses de nuestros pacientes, los principios éticos de la medicina y los mejores cuidados a los pacientes dentro del nivel de recursos en que nos movamos.

Dr. Juan Luis Castro González, Vicepresidente Colegio Médico de Chile:

1.- ¿Cuál es su impresión sobre los modelos de salud administrada? ¿Qué ventajas y desventajas presentan a su juicio?

Creo que la versión de Salud Administrada que se está desarrollando por las ISAPRE en Chile es una respuesta esencialmente al control de costos, en un contexto de estancamiento del mercado de salud privada, tanto en su masa de afiliados, como de sus rentabilidades.

Desde ese punto de vista, la posibilidad de ser una opción sanitaria con mejores resultados, se desdibuja frente a la razón más bien económica que hegemoniza su diseño.

Sobre las ventajas y desventajas, me parece que respecto de lo primero, lo único que puedo destacar, no es tanto un valor en sí mismo, sino el hecho de que la medicina basada en evidencia, constituye hoy un pilar cada vez más firme en la toma de decisiones médicas y nos va a acompañar durante muchos años. Las desventajas radican principalmente en:

- Pérdida de la Libre Elección de los pacientes.
- Interferencia en la toma de decisiones médicas por razones de costo.
- Generación de mecanismo de pago que privilegian el traslado del riesgo financiero al profesional.

2.- ¿Qué opinión tiene sobre el modelo de gestión que se aplica en el subsistema público chileno de salud y qué semejanzas y diferencias presenta con la Salud Administrada?

El modelo de gestión del Sector Público constituye un exce-

lente diseño sanitario basado en niveles de atención, que ha permitido logros significativos en el nivel de salud de la población. Pero el problema es que este modelo ha carecido de un financiamiento real y acorde a las necesidades del país, existiendo aún serias restricciones en la oferta de las prestaciones, que han redundado en los problemas más conocidos: tiempos de espera prolongados, falencias de recursos humanos profesionales, falta de integración del nivel primario de atención con la red hospitalaria, etc.

Observo en todo caso una diferencia esencial entre el modelo de gestión público con la salud administrada, y se refiere principalmente al rol del prestador; puesto que en el sector público- con todas sus limitaciones- el prestador no tiene incentivos para generar una selección adversa de sus pacientes en función de asumir en parte o completamente el riesgo financiero de estos últimos.

Entonces, debe haber mucha precisión, cuando de pronto se habla de que casi es lo mismo la Salud Administrada que el modelo del Sector Público, puesto que el propósito final del Sector Público, no apunta a generar rentabilidad del Sistema, sino a cumplir un objetivo social de dar acceso y equidad en salud a las personas.

3.- ¿En qué se diferencia, a su juicio, la Medicina Familiar de la Salud Administrada como se desarrolla en las HMO?

La Medicina Familiar en Chile es una experiencia en desarrollo y que tiene una razón de ser en el diagnóstico compartido de que la sobre-especialización médica ha desvirtuado el rol de satisfacción de necesidades esenciales de la gente en materia de salud para nuestra realidad socioeconómica como país. Sin duda que la Medicina Familiar debe potenciarse y crecer cuantitativamente en el mundo médico, generándose un legítimo espacio de integralidad en la atención médica, a partir de una excesiva segmentación de las especialidades. Para esto se requiere de dos condiciones fundamentales:

- 1° Que el Sistema de Salud efectivamente reconozca e incentive el ejercicio de la Medicina Familiar en los diferentes niveles de atención.
- 2° Que los propios médicos nos abramos a acoger esta dimensión de la medicina, sin recelos y con un rol complementario y no competitivo de las especialidades.

Ahora bien, en el contexto de la Salud Administrada, observo el peligro de que una gran iniciativa como la Medicina Familiar, puede verse subordinada a un modelo que no esté precisamente privilegiando la mejoría de los niveles de calidad de

la atención, sino más bien, la contención de gastos de las aseguradoras frente a clientes cada vez más informados y que ejercen a mayor plenitud sus derechos.

Sr. Juan Pablo Gómez Meza, Superintendente de Isapres:

1.- ¿Cuál es su impresión sobre los modelos de salud administrada? ¿Qué ventajas y desventajas presentan a su juicio?

En primer lugar es conveniente señalar que en Chile llamamos Salud Administrada a una gama bastante amplia de modelos de atención de salud, los que incluyen uno o más de los siguientes elementos adicionales a la existencia de un administrador del plan: capitación, médico de cabecera, prestadores predefinidos, y que pretenden principalmente controlar el gasto en prestaciones (*frecuencia y precio*) y a la vez que poner en práctica una medicina más preventiva, integral, efectiva y eficiente.

Dado su impacto en los temas señalados, se infiere que su incremento será muy importante.

En cuanto a ventajas tenemos:

- Solución a los problemas de salud con un solo prestador (*el médico de familia resuelve el 80 a 90% de los casos*). El paciente no tiene que andar de especialista en especialista (*como el juego del "comprabuevos"*).
- Menores costos de atención (*pago y copago*) y menores primas
- Planificación de acciones preventivas y curativas
- Convenios de precios preferenciales con prestadores (*por volumen*)
- El paciente gasta menos, a costa de una reducción de su libertad de elegir

Desventajas:

- Si la calidad no se controla vía libre elección (*competencia*), entonces la calidad de las prestaciones (*incluidos oportunidad, tiempos de espera, tecnología, etc.*), pasa a ser relevante y en Chile no tenemos aún protocolos, instancias ni procesos de evaluación al nivel deseable.

2.- ¿Qué opinión tiene sobre el modelo de gestión que se aplica en el subsistema público chileno de salud y qué semejanzas y diferencias presenta con la Salud Administrada?

Como modelo de atención de salud me parece adecuado, y de hecho se parece a lo que entendemos como salud administrada. En efecto, la Modalidad Institucional del FONASA no es sino una atención preferente y preestablecida de prestadores que se inicia con los Consultorios de Atención Primaria, hoy

en transformación hacia Centros de Salud Familiar. En el área de gestión, sin embargo, persisten algunas deficiencias, relacionadas con aspectos normativos (*como los de calidad señalados*), con las rigideces en la administración de factores productivos.

Existen similitudes con el sistema de Salud Administrada. En ambos existe una población asignada a un médico o a un equipo de salud, el cual se hace responsable de la primera. En el sector público esta asignación es mayoritariamente geográfica; en el privado es una opción, al elegir el plan de salud HMO.

Otra similitud es el manejo de recursos económicos a través de un per cápita.

La diferencia principal pareciera ser dónde están colocados los énfasis, siendo en el sector público prioritaria la labor de prevención y educación y la resolución concentrada en un profesional con alta resolución de problemas por sí mismo. En cambio en el sector privado los esfuerzos están concentrados en la medicina curativa y, por lo tanto, en los costos que de ella se derivan.

3.- ¿En qué se diferencia, a su juicio, la Medicina Familiar de la Salud Administrada como se desarrolla en las HMO?

Los planes HMO hacen referencia a un esquema de provisión de atenciones en una red de carácter cerrado, mientras que la Medicina Familiar se instala como un mecanismo de abordaje

de problemas de salud basados en un médico familiar, siendo éste el que dirige al paciente y lo orienta en la búsqueda de la prestación más apropiada. Si nos referimos a los planes "tipo HMO" que existen en Chile, creo que la Medicina Familiar está recién tomando un rol activo dentro de ellos.

Ha sido necesario, y continuará siéndolo, desarrollar un proceso de validación de los prestadores participantes en el esquema de medicina familiar, tanto de prestadores que están observando (*como especialistas*), como de los usuarios adscritos y de los usuarios potenciales.

Esto es lento y no es fácil, ya que en un caso hay amenaza a los ingresos de los primeros y en el otro se requiere un cambio de hábitos, un "volver a la medicina de antaño" en relación a considerar un médico que conozca y trate a la familia integralmente en lugar de aplicar tecnología a partes, órganos o sistemas fisiológicos y no centrarse en la globalidad del ser y eventualmente su grupo.

El debate recién comienza, sin embargo, es importante enfatizar que la Medicina Familiar es una especialidad médica, con un campo de conocimientos, una metodología y un marco de actuación propios. Por lo tanto, no debemos confundir la especialidad médica (*ésta u otra*) con una forma específica de administrar salud.