

### SALUD ADMINISTRADA: IMPORTACION NO TRADICIONAL

Cuad. Méd. Soc. XLI, 1-2, 2000/ 48-51

Dr. Mariano Requena Bichet

#### LA SALUD ADMINISTRADA EN LA INDUSTRIA DE LA SALUD

La Salud Administrada (Managed Care) se ha venido aplicando desde hace algún tiempo en el ámbito de la atención médica privada chilena. Se usa el término para indicar un método de organizar los sistemas de atención de salud. En esencia, interviene y altera la íntima y sensitiva relación médico-paciente. En la salud administrada, la relación del médico con su paciente, es intervenida por un tercer elemento administrativo, que controla las indicaciones diagnósticas y terapéuticas hechas por el profesional.

El acto médico básico es el elemento más simple y universal del sistema de cuidado de la salud. Se repite millones de veces. Su sola existencia define un sistema de salud. Es un elemento necesario y suficiente para conformar un sistema de salud. Toda otra combinación de elementos humanos y materiales puede ser necesaria pero no suficiente. La esencia del acto médico-paciente es alterada con la modalidad de salud administrada al introducir en él un tercer participante con poder de modificar, de acuerdo a conveniencias económicas, las decisiones diagnósticas y terapéuticas (Bodenheimer, T. S. and Grumbach, K., 1998).

Desde una visión más genérica y más amplia de salud administrada, y como resultado de una completa revisión de la bibliografía hecha por Neelam K. Sekhri (2000), se concluye que "...el término describe un continuum de arreglos que integra el financiamiento y la entrega de cuidado de la salud".

Para mejor entender la mecánica de la salud administrada, los elementos principales de un sistema de atención son:

1. **pagadores**, constituidos por personas o instituciones que aportan los fondos para financiar las prestaciones de servicios y que incluyen a los usuarios, al gobierno central y a los empleadores (sólo en el sistema de mutuales de trabajadores). En todo caso, el dinero proviene, directa o indirectamente, de los usuarios;
2. **aseguradores**, cuya función es recibir el dinero para salud de los pagadores y con él cancelar los servicios recibidos por los usuarios;
3. **proveedores primarios**, constituidos por aquellos elementos que proporcionan directamente servicios a los beneficiarios, como son médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; consultorios, hospitales y clínicas privadas, farmacias y casas de reposo, y
4. **proveedores secundarios o abastecedores**, constituidos por las personas o empresas que proveen de medicamentos, equipos y suministros para la atención médica.

Los aseguradores, los proveedores primarios y los proveedores secundarios del sector privado constituyen lo que en Estados Unidos se califica como la **industria de la salud**, cuyo motor lo forma la lógica mercantil de maximizar las utilidades. El asegurador, para lograr un lucro satisfactorio, pone a funcionar los mecanismos de control de costos (ver cuadro), cuyo componente más importante es la salud administrada.

## MECANISMOS DE CONTROL DE COSTOS

**1. Control de Finanzas**

- 1.1.1. *Regulación: limitaciones en los impuestos y en las primas*
- 1.1.2. *Competencia mercantil*

**2. Control de reembolso****2.1. Control de precios**

- 2.1.1. *Precios regulados*
- 2.1.2. *Libre competencia*

**2.2. Control (cantidad) de utilización**

- 2.2.1. *Unidad agregada de pago: capacitación, presupuestos globales*
- 2.2.2. *Costo compartido con pacientes*
- 2.2.3. *Salud administrada*
- 2.2.4. *Limitación de provisiones*

**3. Control mixto**

Fuente: Bodenheimer, Thomas S. and Grumbach, Kevin, 1998. Cuadro 9-1, pp. 132.

Lo habitual es que las instituciones privadas de salud recurran simultáneamente a varios de los mecanismos de control de costos. Como estos mecanismos se aplican en diferentes momentos del proceso de atención médica, la fusión de los seguros privados con establecimientos de servicio, como clínicas, centros médicos, centros diagnósticos, facilita la combinación de medidas de control de costos. Por ello, la salud administrada va unida a pago al profesional por *capitación*<sup>1</sup>.

En este contexto, se entiende por *salud administrada* como uno de los mecanismo que utiliza el asegurador para controlar y regular el costo de los procedimientos de diagnósticos y de las terapias que el proveedor cree necesario indicar.

### ¿COMO SE GESTA LA IDEA DE SALUD ADMINISTRADA?

Se empezó a hablar de Salud Administrada (Managed Medical Care) hace más de 30 años en Estados Unidos. Toma la forma de una alianza

entre proveedores y aseguradores y es gatillada con la aparición de los seguros nacionales Blue Cross, administrados por la Asociación de Hospitales Americanos, y Blue Shield, desarrollada por la Asociación Médica Americana. En esa época, estas compañías aseguradoras cancelaban a los proveedores honorarios generosos. Las decisiones diagnósticas o terapéuticas que tomaba el profesional proveedor eran palabra final e indiscutida. El médico decidía cuánto cuidado debía recibir el paciente, de qué tipo y por cuál proveedor y los costos, sin ser discutido.

A comienzos de los años 70 se inició una grave recesión en la economía norteamericana. Las tasas de crecimiento económico bajaron verticalmente; el país pierde su liderazgo comercial como resultado del auge económico y productivo de Japón y de Europa Occidental; el desempleo y la inflación se convierten en una plaga; la industria de la salud<sup>2</sup>, con utilidades que alcanzaron a 952 mil millones de dólares en 1998 (Glasser, R.J., 1998), también reacciona frente a la recesión. Usuarios, empleadores<sup>3</sup>, gobiernos estatales y el

<sup>1</sup> La "capitación" es una forma de reembolso a los médicos que consiste en el pago de una suma total por paciente inscrito con el profesional por un tiempo, generalmente un año, independientemente de la demanda de atenciones que el paciente genere.

<sup>2</sup> En el lenguaje de los sistemas de salud en Estados Unidos se habla de la *industria de la salud* al conjunto de elementos que se administran en un ambiente de mercado con fines de lucro.

<sup>3</sup> Los empleadores en el sistema de salud norteamericano son los que contratan los seguros de salud para los empleados y les dan entonces título para controlar, supervisar y reaccionar frente a las alzas de las primas. Chile, como la gran mayoría de los países con seguros de salud, le asignaba al empleador una contribución importante que empataba con el aporte de los beneficiarios. Fue eliminada por las reformas de la Dictadura.

propio gobierno federal sienten el impacto económico, pero reaccionan con medidas dispersas y débiles que no logran detener el proceso. Es en esta época que se comienza a manifestar la inflación de costos de la salud, fenómeno que se prolonga insistente hasta nuestros días.

En los años 80 se recurre a una serie de medidas para bajar los costos con resultados discretos. Los empleadores presionan a las aseguradoras para que estas tomen medidas de reducción de costos. Intentan corregir este crecimiento a través de contratos, como los "planes" de nuestras isapres, con limitaciones de los servicios ofrecidos; de estimular la competencia de precios; se organizan grandes redes de atención de salud y de la agrupación de profesionales. Las grandes corporaciones de seguro de salud comienzan a controlar mercados a través de salud administrada y a ganar creciente poder sobre los profesionales, con los consiguientes conflictos.

En la mayoría de los casos, la salud administrada va de la mano con la organización de la atención de salud en su modelo de Organizaciones de Mantenimiento de Salud o OMS (Health Maintenance Organization, HMO) y el pago al proveedor primario por capitación. Ambas características son mecanismos de control de costos.

Originalmente fue el Programa de Atención Médica Kaiser-Permanente el que, al contratar *grupos de médicos prepagos* para atender los empleados de la Kaiser, crea la HMO mrb.

## ESTRATEGIA DE PENETRACION DE LA SALUD ADMINISTRADA EN AMERICA LATINA

A final de los años 80 es cuando los seguros de salud de Estados Unidos ven copado el mercado norteamericano, por lo cual las corporaciones deciden exportar la idea de salud administrada a Europa Occidental, donde fue rechazada a los pocos años. Fue entonces que miraron hacia América Latina. Sus análisis comerciales concluyeron que la situación y las condiciones comerciales en esos países eran favorables al desarrollo de la salud administrada. Además, en América Latina se había desarrollado el Estado de bienestar y una seguridad social que había acumulado generosos fondos<sup>4</sup> en países como Ar-

gentina, Chile, México y Brasil. Un elemento muy decisivo fue la presión que ejercieron el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo a través de condicionar los préstamos a la privatización de la atención de salud. Esta exigencia la conocimos en Chile muy bien y debimos sufrirla en 1985 (Requena B., M., 1995). En nuestro país, todas estas condiciones tuvieron un desarrollo rápido en el fértil terreno de la política neoliberal privatizadora, que impuso a la reforma de la salud el gobierno militar.

Sobre esta base, las corporaciones transnacionales de seguros de salud desarrollan dos estrategias. La primera consiste en organizar giras de médicos y administradores de salud con experiencia en la aplicación de la salud administrada por algunos países latinoamericanos donde hubiera condiciones maduras para implantarlo. Es decir, un *trade off*. La contraparte local fueron algunas de las Instituciones de Salud Previsional o Isapres y la Asociación de Isapres.

La otra estrategia ha sido lo que se conoce como *joint venture*. Consiste en elegir una empresa de servicios de salud o isapre eficientes, bien organizadas y administradas, con desarrollo de infraestructura inmobiliaria, clientela con bajos riesgos de enfermar —gente joven, con familia chica, de nivel económico alto y medio alto— e ingresos suficientes para cubrir uno de sus planes. Los médicos generales y los especialistas deben estar dispuestos a compartir riesgos en un sistema de atención médica de prepago con salud administrada.

Las estrategias de penetración han tenido brillante éxito. Con inversiones relativamente bajas han logrado utilidades de cientos de millones de dólares. La información con que contamos hasta 1998 nos entrega los siguientes antecedentes:

1. Las corporaciones de salud norteamericanas lograron asociarse hasta 1998 con once países latinoamericanos a través de 28 contratos: 5 con Argentina, Brasil y Chile; 4 con México; 2 con Perú y Colombia, y 1 con Ecuador, Guatemala, Panamá, Venezuela y Uruguay.
2. Las cinco corporaciones que aparecen en la fuente consultada son Aetna, Cigna, Principal Financial Group, American International Group y Exxel. Las cinco mencionadas se han establecido en Chile.
3. Las organizaciones locales que han establecido convenios con las corporaciones mencionadas se caracterizan por una gran cobertura, una amplia red de establecimientos de atención y

<sup>4</sup> A diferencia de Estados Unidos, la mayoría de los países ha desarrollado fondos de seguridad social que incluyen la atención médica. Son fondos grandes que desde 1925 (en Chile) se han desarrollado en América Latina.

con altas utilidades. Cigna en Brasil, por ejemplo, cuenta con 2,5 millones de asegurados, 1.400 hospitales, 3.800 centros médicos y 10.500 médicos. En Chile, donde tenemos datos más frescos, la evaluación comercial de las isapres para el año 2000 reveló ganancias por 380 millones de dólares.

## LA SALUD ADMINISTRADA COMO HERRAMIENTA

Como toda herramienta administrativa de control de costos, la salud administrada es un elemento neutro aplicable tanto a la atención médica privada como la pública. Pero, si se toma en cuenta el contexto donde se aplica, tanto el objetivo final como el resultado esperado, son diferentes. En el contexto de la medicina privada es una herramienta que busca y espera aumentar las utilidades. Sin embargo, si se aplicara en el contexto de la medicina pública, lo que se busca y se espera es aumentar el rendimiento y mejorar la atención.

El futuro de la salud administrada debe analizarse desde dos perspectivas. Una tiene que ver con su ámbito de aplicación. En la atención médica privada, surge como un mecanismo de control de costos, en la perspectiva de la maximización del lucro. En la medicina pública lo que se busca y se espera es aumentar el rendimiento y mejorar la atención.

El problema es saber si la salud administrada se puede aplicar si se cambia del contexto privado al contexto público. Es decir, ¿cabe aplicar la salud administrada en los servicios de salud públicos cuyo propósito ya no es el lucro, sino que lograr una mejor nivel de salud, con todo lo que ello significa de mayor eficiencia, eficacia, calidad y equidad?

Teóricamente no existe argumento que descarte la posibilidad de aplicar la salud administrada a la atención médica pública. Para algunos, la mo-

dernización y la eficiencia consisten en utilizar los recursos con la tasa más alta posible de costo-beneficio. Porque liberar dinero en una actividad es obvio que representa recursos disponibles para otros problemas aún no suficientemente cubiertos.

En síntesis, en ambos casos la salud administrada aumenta la tasa de costo-beneficio. Aplicado a la medicina privada significa mayores utilidades y para la medicina pública liberación de tiempo para más atenciones. En general, todo esto ocurre también con las otras medidas de control de costos que aparecen en el cuadro.

## REFERENCIAS

- Bodenheimer, Thomas S. and Grumbach, Kevin, 1998. *Understanding Health Policy. A Clinical Approach*. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut.
- Ginzberg, Eli and Ostow, Miriam, 1997. *Managed Care - A Look Back and a Look Ahead*. NEJM, Vol. 336, N° 14.
- Glasser, Ronald J., 1998. *The Doctor is not In*. Harper's Magazine, March 1998.
- Kassirer, Jerome, P., 1997. *Managed Care Here to Stay?* NEJM, Vol. 336, N° 14.
- Miller, R.H. & Luft, H.S., 1999. *Does Medical Care Leads to Do Better or Worse Quality of Care?* Health Affairs 16 (5): 7-25.
- Requena Bichet, Mariano, 1995. *La Nueva Ley de Salud*. Vida Médica, 1995.
- Sekhri, Neelam K., 2000. *Managed Care: the US experience*. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78 (6).
- Sheils, John F.; Coye, Molly J.; Jacks, Genny B. and Dixon, Richard E., 1999. *Quality of Health Care. New Challenges as Medicare Evolves*. The National Coalition of Health Care, Washington D.C.
- Stocker, Karen, Waitskin, Howard and Iriart, Celia, 1999. *The Exportation of Managed Care to Latin America*. NEMJ, Vol. 340, N° 14.
- Wiessert, Carol and Wiessert, William G., 1996. *Governing Health, The Politics of Health Policy*. The John Hopkins University Press. Baltimore, USA.