

CARTAS AL DIRECTOR

Sr. Director de Cuadernos Médico Sociales:

Deseo referirme al artículo del doctor en economía Hagen Kühn, traducido por el Dr. Fernando Voigty publicado en Cuadernos en septiembre de este año (1).

Se trata de un valioso aporte al tema de la concepción y consecuencias de los sistemas de salud, que debería estar en el primer plano del estudio y del debate en Chile hoy.

El artículo presenta el gran riesgo ético que constituye, para los médicos, la intermediación financiera por seguros de salud comerciales que funcionan con atención médica regulada y con pago a los profesionales por capitación unida a incentivos monetarios (bonos y deducciones). Al parecer, éste es sólo un riesgo latente en Alemania; en Chile, el riesgo está ya a las puertas, dada la creación de varios programas de atención administrada del tipo HMO. En Estados Unidos el debate público lleva ya más de diez años.

Recientemente, varios autores de ese país ha llegado a sostener que es aceptable que un clínico tome decisiones médicas diferenciadas según la cobertura proporcionada por el seguro de cada paciente, siempre que él reconozca este condicionamiento y ello no sea “embarazoso” (2).

Otros argumentan en la misma dirección, aduciendo que el conflicto de interés (entre médico y paciente) que es inherente al pago por capitación (con bonos y deducciones) en las HMOs puede reducirse a un nivel moralmente aceptable si el riesgo para el médico es inferior al 10% de sus ingresos y si se cumplen otras condiciones; pero, concluyen, eliminar el conflicto de interés no es deseable, ya que hay un delicado balance entre el poder creador y positivo de la capitación para alentar al médico a tener conciencia de costos y el riesgo de que lleve a omitir servicios necesarios (3).

En un editorial del N. Engl. J. of Med., el Dr. Jerome P. Kassirer rebate tales afirmaciones: “el dar cuidados mínimamente aceptables a algunos pacientes en beneficio de otros, en un grupo –o peor aún, en beneficio de las utilidades del médico– está mal. El modelar la atención sobre la base de la cobertura que da el seguro a un paciente también está mal. El revelar a los pacientes los incentivos financieros con los que operan no resuelve el problema ético... Algunos médicos tendrán que aceptar ingresos menores... como precio de mantener su compromiso moral con cada paciente y en la integridad de la profesión... si capitulamos, arriesgamos convertirnos en agentes económicos en vez de profesionales de la salud...”. Y declara: “el vicio fundamental en cualquier ética de atención médica en este país (EE.UU.) es la estructura de nuestro sistema de atención” (2). Esto es clave: las HMO no son el único sistema posible, no son el único sistema eficiente. En general, los seguros comerciales de salud son poco eficientes (4).

En Chile, el principal conflicto posible de interés y lealtad entre médico y paciente no deriva todavía de su empleo en HMOs. Deriva del crecimiento desproporcionado del dinero que circula en el sector comercial del sistema de atención. Cada minuto que un médico dedica a sus pacientes del subsector público es un minuto que resta a sus ingresos (mayores) por pacientes privados, en el mundo de la competencia. Hay, sin embargo, médicos con la fuerza moral para cumplir correctamente sus compromisos, derivando su motivación del prestigio científico, técnico y ético ante sus pares y alumnos y de la confianza y aprecio de la sociedad. Pero la estructura actual del sistema es perversa: tiente fuertemente.

No hay otra salida que recuperar el equilibrio entre el subsector comercial, que debe financiarse con primas voluntarias, y el subsector público, que, como Sistema Nacional de Salud, debe recibir el total de los recursos socialmente asignados a la salud y entregar a toda la población los servicios que le son necesarios. El subsector público no debe imitar al comercial, usando incentivos y castigos económicos; debe usar el único modo de pago a proveedores que no plantea conflicto de interés: un salario garantizado, de monto socialmente adecuado, asignado dentro de una carrera funcionaria según responsabilida-

des y experiencia, y ligado a una evaluación científica de la calidad de la atención y a condiciones de trabajo acordes con las necesidades de los pacientes. El pago parcial por capitación –sin bonos ni deducciones– puede ser considerado en casos especiales una vez recuperado el equilibrio estructural del sistema.

Dr. Carlos Montoya Aguilar

REFERENCIAS

1. Kühn, H. (trad. Voigt, F.), Cuad. Méd. Soc. 1997; 38(4): 67-68.
2. Kassirer, J.P. Managing care-should we adopt a new ethic? (Editorial), N. Engl. J. of Med. 1998, 339 (6): 397-398.
3. Pearson, S.D., Sabin, J.E., Emanuel, E.J., Ethical guidelines for physician compensation based on capitation, N. Engl. J. of Med. 1998, 339 (10): 689-693.
4. Montoya C., Equidad y eficiencia en el campo de la salud, en: Equidad y Eficiencia en la toma de decisiones en salud, actas de un Seminario del Ministerio de Salud de Chile, Santiago, abril 1998.