

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

El aumento progresivo de los costos de los servicios médicos en diversos países, ha estimulado los estudios sobre la eficiencia de los sistemas usuales de atención médica. En particular, se han desarrollado en los últimos años algunos métodos para evaluar las tecnologías y los sistemas de financiamiento de la atención. El hallazgo de que muchas técnicas de diagnóstico o de terapéutica que en un momento fueron consideradas satisfactorias, fueron más tarde descartadas (1, 2), obliga a evaluar críticamente las innovaciones antes de que se difunda su empleo. Por otra parte, las relaciones que se han encontrado entre los métodos de financiamiento y los costos de la atención (3, 4, 5) abren posibilidades de mejorar la eficiencia económica de los servicios médicos a través de una organización que estimule el buen uso de los recursos.

La legislación chilena sobre instituciones de salud, promulgada en 1981, abrió un campo muy amplio para organizar los servicios de acuerdo a modelos diferentes (6). Muchos de los sistemas de atención que se emplean actualmente en el mundo podrían tener cabida en Chile, a condición de ser aceptados por los potenciales usuarios. La ley no permite ahora imponer ningún sistema, sino sólo ofrecerlo a los interesados, los que sí deben destinar en forma obligatoria una proporción de sus ingresos a eventuales necesidades de salud.

Las formas de financiar y de organizar la atención médica han sido muy numerosas y variadas a lo largo de la historia. Basta recordar el antiguo sistema chino para apreciar el ingenio que se ha desplegado en estas materias. En algunos pueblos de ese país, todas las personas sanas pagaban

periódicamente una cantidad determinada al médico del lugar, pero si alguien se enfermaba, entonces era el médico quien le pagaba al enfermo. Hoy puede resultar extraño que los profesionales que dedican su trabajo al cuidado de los enfermos reciban sus ingresos justamente de quienes no utilizan sus servicios. Sin embargo, no debiera sorprender tanto, pues algo similar ocurre con nuestras ISAPRES y con el FONASA. Estas instituciones reciben mensualmente la cotización de sus beneficiarios y en caso de enfermedad se encargan de buena parte de los gastos que demanda la atención médica y, además, le pagan al paciente una cantidad de dinero, el subsidio por enfermedad. Pero las instituciones chilenas no son de los médicos y esa diferencia con lo que ocurría en China puede ser importante en la generación de incentivos económicos.

A pesar de la diversidad de esquemas que se conocen, los médicos continúan en Chile bajo el régimen de honorarios por servicios prestados en la práctica privada, y de sueldos fijos en los servicios públicos. Ninguno de estos esquemas estimula realmente la protección de la salud por parte de los profesionales, ni les da alicientes para utilizar los recursos económicos disponibles con mesura y eficiencia.

Los estímulos monetarios son importantes, aunque es un hecho conocido para todos los que trabajan en el área de la salud que las motivaciones de los médicos no son únicamente económicas. El sincero deseo de ayudar a los enfermos y el interés por utilizar medios tecnológicos modernos y complejos, que significan prestigio, desempeñan un papel tanto o más decisivo que los asuntos financieros, pero no puede despreciarse el efecto de los estímulos económicos en la conducta profesional.

\* Departamento de Salud Pública.

---

El sistema de retribuir los servicios médicos con honorarios no premia la eficiencia. El profesional que resuelve un problema con un mínimo de consultas resulta perjudicado en comparación al que actúa con lentitud y que necesita un número mayor de visitas. Si son los propios pacientes los que deben pagar los servicios, en cierta forma el médico se ve obligado a cuidar los gastos que ocasiona, pero en la medida en que los fondos provienen de una tercera fuente, como puede serlo una compañía de seguros o una ISAPRE que actúa como tal, desaparecen los estímulos para proceder en forma económica. Las ISAPRES que se han organizado como compañías aseguradoras corren el riesgo de ver un aumento de los costos de salud, sin beneficios proporcionales para sus clientes.

Pero el seguro tradicional es sólo una entre muchas opciones disponibles para organizar las ISAPRES. Algunas merecen un cuidadoso estudio, ya que se han revelado grandes ventajas para los beneficiarios y para los profesionales que trabajan en ellas. Entre éstas, especial interés tienen las llamadas Organizaciones de Mantenimiento de Salud (7, 8). En su concepción ideal estas instituciones cuentan con todos los medios para atender a una determinada población y de su propiedad participan los médicos que trabajan en ella. El sistema funciona sobre la base de un compromiso de parte de la entidad de proveer todos los servicios de salud que requieran sus afiliados a cambio de un pago previo y periódico. Así, desde el punto de vista económico resulta beneficioso para los médicos que la población afiliada no se enferme jamás, ya que entonces la institución tendrá grandes utilidades que podrá repartir entre los profesionales que la

componen. Frente a la enfermedad, lo conveniente será actuar con rapidez y economía, lo que no significa ahorrar por ahorrar, sino gastar en la medida en que los beneficios que se obtengan de los procedimientos superen sus costos. Con esto se estimula a los médicos a informarse sobre las materias económicas, que en general desconocen a pesar de la importancia que hoy tienen ellas para los pacientes. Debe considerarse, además, como parte integral del sistema, el que los usuarios no satisfechos puedan recurrir a otras instituciones.

Las ventajas de semejante organización son numerosas. El pago previo permite contar con una base presupuestaria y reduce en gran medida el problema de las cobranzas. Los médicos pueden dedicarse a sus tareas específicas y dejar la administración financiera en manos de los profesionales especializados.

Pero aún desde el punto de vista médico, la práctica asociada de grupos de profesionales tiene grandes ventajas. La existencia de un registro clínico semejante al que se utiliza en los hospitales, en que cada médico anota los exámenes, los diagnósticos y las indicaciones que estima pertinentes, permite que los especialistas tengan acceso a toda la información sobre el paciente y ésta sea conservada para siempre. Este mismo registro sirve para controlar la calidad de la atención, permitiendo que los equipos profesionales revisen la actuación de sus asociados. Más aún, las tareas que se encargan a cada miembro pueden ajustarse a sus capacidades, encontrándose un lugar para los jóvenes y un lugar para aquellos profesionales de gran experiencia pero limitados por su edad. No existe aquí ningún estímulo para que alguien intente ir más allá de su capacidad.

---

Por otra parte, el marco de alicientes financieros favorece un equilibrio entre el número de los distintos especialistas, de acuerdo a las necesidades de la población atendida, e igualmente las costosas instalaciones hospitalarias deben ajustarse a esas necesidades para conveniencia de los propios médicos. Dilapidar recursos o ahorrarlos más allá de lo conveniente sólo perjudicaría a los profesionales disminuyendo sus ingresos.

Algunas de las ventajas de una institución como la descrita son simplemente las que derivan de la medicina organizada, que aunque ha sido la regla para los grupos más pobres del país, inexplicablemente ha quedado al margen de los sectores que pueden pagar por su atención. La estructura de incentivos económicos que existe en estas organizaciones es poco conocida en Chile, y podría generar un sistema médico que aprovechara mejor los recursos disponibles.

Las organizaciones orientadas a la conservación de la salud tienen también algunos inconvenientes. En primer lugar, establecer una entidad de esta índole requiere de tiempo y de capitales. La atención necesariamente es cerrada, de modo que los usuarios sólo pueden atenderse dentro de la organización para poder aprovechar sus cuotas periódicas. Muchos médicos objetan con vehemencia esta limitación, pero parece claro que deben ser los beneficiarios y no los profesionales los que deben pronunciarse al respecto. La decisión sobre pagar más, sin límite para la selección del médico, o recurrir a un sistema que puede ser sustancialmente más barato, aunque con las restricciones señaladas, debe ser resuelta por el usuario según sus posibilidades económicas. En todo caso, no caben dudas de que por tales razones

no todos los sectores de la población se interesarían por esta clase de sistemas. Probablemente las personas más acomodadas preferirán una irrestricta libertad de elección. Tampoco es posible que todos los médicos quieran trabajar en esta forma, ya que para muchos resulta preferible una mayor independencia. Pero éstos no son inconvenientes graves, pues existen otras opciones que pueden coexistir con instituciones de esta naturaleza. Hay muchas variantes que conservan las características principales del sistema y que podrían tener buenos resultados para algunos grupos de población.

Un ejemplo de la forma en que pueden reducirse los inconvenientes de instalación de una entidad de este género es un programa en el que sólo participan médicos generales o de especialidades básicas, como pediatras, internistas y ginecólogos. Estos profesionales se comprometen, por un pago previo, a proveer todos los servicios primarios, que son los que se necesitan en la gran mayoría de las consultas, y a supervigilar, administrar y financiar las atenciones especializadas. Los médicos participantes, además de resolver los problemas generales, se convierten así en agentes del enfermo y, basados en sus conocimientos profesionales contratan los servicios de los especialistas y las hospitalizaciones, tareas que pueden realizar con más propiedad y competencia que los enfermos.

En este modelo se mantiene el estímulo económico para proteger la salud evitando que los beneficiarios enfermen, y se deja el poder de la demanda por los servicios más caros en manos profesionales. En los casos en que se han desarrollado organizaciones como ésta, se ha visto la necesidad de contratar seguros adicionales para ha-

---

cer frente a enfermedades graves que requieren de gastos muy elevados. La asociación entre los médicos y la compañía de seguros puede establecerse en diferentes términos, pero los propósitos de la institución se mantienen inalterados.

El papel que desempeña el médico en estas organizaciones puede resultar muy atractivo para muchos profesionales. La medicina general, que ha sido considerada como una de las áreas de mayor rendimiento dentro de la profesión y que es estimulada activamente en diversos países, adquiere aquí un lugar de primera importancia. El sistema permite, además, que se establezcan relaciones de largo plazo entre el médico y la familia, con lo que aparece nuevamente el antiguo médico de cabecera, que ante las complejidades técnicas y el alto costo de la medicina moderna parece hoy más necesario que antes. Frente a las decisiones de carácter médico y financiero que deben tomar en nuestros días las familias de los enfermos, estos profe-

sionales se convierten en valiosos consejeros y, ante la incertidumbre y el temor de los pacientes, en compañeros inestimables durante los rigores de la enfermedad. Los múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos suelen provocar grandes aprensiones al enfermo y la cercanía de "su médico", que actúa como intermediario ante los especialistas, le infunde tranquilidad y confianza.

La experiencia de otros países con sistemas de salud como los que se han descrito ha revelado que es posible obtener buenos resultados a costos sustancialmente más bajos que los que pueden ofrecer los esquemas tradicionales. La legislación chilena es perfectamente adecuada para desarrollar aquí nuevos sistemas de atención y si llegan a organizarse en nuevas ISAPRES, sus costos bajos deben permitir el acceso a la medicina privada organizada a una proporción de chilenos mucho mayor de la que tendría cabida en las instituciones actuales.

#### REFERENCIAS

1. Barnes, B.A. Discarded operations: surgical innovation by trial and error, en *Costs, Risks and Benefits of Surgery*, J.P. Bunker, B.A. Barnes y F. Mosteller (eds). Oxford University Press, New York, 1977, 109-123.
2. Barsamian, E.M. The rise and fall of internal mammary artery ligation in the treatment of angina-pectoris and the lessons learned, en *Costs, Risks and Benefits of Surgery*, op. cit. 212-220.
3. Scitovsky, A.A. y N.M. Snyder. Effects of coinsurance on use of physicians services. *Soc. Security Bull.* 35: 3-19, 1972.
4. Newhouse, J.P., Manning, W.G. et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N. Engl. J. Med.* 305: 1501-7, 1981.
5. Alvarez, E. D., J. Bugueño et al. *Sistema de Salud SOQUIMICH en la comuna de María Elena*. Informe preliminar de C.I.A.P.E.P., 1984.
6. Novoa, P. *Nueva legislación sobre Salud y Legislación Social*. Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1982.
7. Mac Kinlay (ed) *Health Maintenance Organizations* M.I.T. Press, Cambridge, 1981.
8. Enthoven, A.C. Cutting cost without cutting the quality of care. Shattuck Lecture. *N. Engl. J. Med.* 298: 1229-38, 1978.