



issa

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL | AISS

Informe Técnico 26

Seguro de enfermedad y gestión integral de la atención a la salud (*managed care*)

Daniel Lenoir

Director General

Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados
con la colaboración de

Monique Vennin-Laird

Encargada de Relaciones Exteriores

Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados
Francia

Seguro de enfermedad y gestión integral de la atención a la salud (*managed care*)

Daniel Lenoir

Director General

**Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados
con la colaboración de**

Monique Vennin-Laird

Encargada de Relaciones Exteriores

**Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados
Francia**

Comisión Técnica de Prestaciones Médicas y Seguro de Enfermedad y Comisión Técnica de la Mutualidad 28a Asamblea General de la AISS, Beijing, 12-18 de septiembre de 2004

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) es la organización internacional líder a nivel mundial que congrega instituciones de seguridad social y entidades relacionadas. La AISS brinda información, investigación, asesoramiento especializado y plataformas de cooperación para construir y promover una seguridad social dinámica y políticas a nivel mundial. Una parte considerable de las actividades de la AISS en materia de promoción de buenas prácticas se realizan en el marco de sus Comisiones Técnicas, constituidas y administradas por organizaciones miembros comprometidas, con el apoyo de la Secretaría de la AISS.

Este informe se encuentra en: <http://www.issa.int/recursos>. Las opiniones e ideas expresadas no reflejan necesariamente las del editor.

Resumen¹

Los seguros de enfermedad, que se proponen acompañar y reforzar el movimiento de innovación de los sistemas de salud, tienden a optar por la utilización de modelos de gestión integral de la atención a la salud.

En el presente informe, nos interrogamos sobre este nuevo marco de organización de los sistemas de atención a la salud que preconiza una racionalización más avanzada del sector de la salud, utilizando diversos métodos y modalidades según el país.

Examinaremos las modalidades adoptadas por instituciones de la seguridad social. Dado que asumen la gestión de riesgos, estas instituciones desempeñan un papel fundamental en la implantación de nuevos marcos organizativos y de su control, a fin de lograr una gestión óptima del sector de la salud. Esta política responde a los movimientos de responsabilización de los actores de la seguridad social y modernización de las instituciones.

Tomaremos ejemplos que son fruto de la experimentación en algunos países (Chile, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña y Suiza) y, a partir de las enseñanzas que han dejado, trataremos de mostrar los puntos positivos, las dificultades y los atolladeros constatados durante la implantación de esa gestión integral de la atención a la salud.

Dichas experiencias revelan el impacto estratégico a largo plazo de un modelo que debería favorecer la integración de la medicina y determinadas esferas de salud pública (prevención). Ese modelo contribuye a mejorar, por un lado, la coherencia global y el desempeño del sistema de salud y, por el otro, los servicios prestados a los pacientes. No obstante, en todos los países que adoptan esta nueva modalidad subsisten discrepancias en los debates y evaluaciones provisionales en cuanto al apoyo que aporta al desarrollo de la calidad de la atención dispensada y a la regulación de los gastos de salud.

La implantación de este modelo conlleva numerosas alteraciones de las condiciones del ejercicio de los profesionales de la salud, las condiciones organizativas del sistema de distribución de la atención a la salud y el contenido de bienes y servicios de salud reembolsados por el seguro de enfermedad. La función de este último se ve reforzada por la exigencia de medición del desempeño. Además, su papel sigue siendo fundamental en cuanto a la protección de las poblaciones (su información y la protección de la vida privada) más vulnerables a las derivas observables.

¹ Este informe fue preparado con la colaboración de Monique Vennin-Laird, Encargada de Relaciones Exteriores, Departamento de Relaciones Europeas e Internacionales y de Cooperación de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados.

Ahora bien, no cabe duda que, a través de los ejemplos de distintas experiencias de gestión integral de la atención a la salud, hay que considerar que este enfoque es sólo uno de los modelos de estructuración que se pueden utilizar en un sinfín de acciones. La pluralidad de enfoques, conjugada con la legibilidad de los valores que subyacen en cada sistema de seguro de enfermedad, representa, sin duda, una de las garantías de salvaguarda del contrato social que siempre está presente en los sistemas de salud

Introducción

Actualmente, las instituciones de la seguridad social de distintos países del mundo se encuentran en un proceso de adaptación frente a las evoluciones en el campo de la salud que son producto de cambios demográficos, sociológicos, económicos y de avance técnico. Esa transformación obedece al imperativo de dichas instituciones de responder mejor a las necesidades de la población que protegen. De hecho, en 1998, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) eligió como tema de la Iniciativa de Estocolmo, "El debate sobre la reforma de la seguridad social: en busca de un nuevo consenso".

En la mayor parte de los países, los actores se ponen de acuerdo para orientar los sistemas, que tradicionalmente se dedican a la atención a la salud, a asumir un enfoque de "salud global" en lo que se refiere a las prestaciones, y se oponen "a las divisiones... entre actividades de salud individual y salud comunitaria; aspectos sociales y económicos de la salud; servicios de prevención y servicios de curación; médicos especialistas y médicos generalistas; sector público y sector privado; prestatarios y usuarios del servicio de salud"².

En este ámbito, se llevan a cabo experiencias de nivel microeconómico sobre nuevos métodos gestión de la atención a la salud. En muchos casos, las reformas en curso sacan sus elementos de referencia de los conceptos de gestión integral de la atención a la salud (*managed care*), tanto en lo que se refiere a la organización como a los instrumentos de gestión y a las prácticas de atención a la salud.

En el presente informe, nos interrogamos sobre este nuevo marco de organización de los sistemas de salud que preconiza una racionalización más avanzada del sector de la salud, utilizando diversos métodos y modalidades según el país.

Las instituciones de la seguridad social se interesan por esas nuevas modalidades de organización que se insertan, forzosamente, en el control de los gastos de salud y el mantenimiento de los logros en materia de seguros de enfermedad (equidad y solidaridad) para que toda la población tenga acceso a prestaciones de calidad.

² Organización Mundial de la Salud (OMS) Europa, proyecto "Hacia la Unidad para la Salud" (*Towards Unity for Health*), 2001.

Tomaremos ejemplos que son fruto de la experimentación en algunos países (Chile, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña y Suiza) y en la que participan los organismos encargados de la seguridad social. A partir de las enseñanzas que han dejado, trataremos de mostrar los puntos positivos, las dificultades y los atolladeros constatados durante la implantación de esa gestión integral de la atención a la salud. En este enfoque, privilegiaremos las perspectivas de uno de los actores, el seguro de enfermedad³, con respecto a las de los demás (pacientes, profesionales de la salud, instituciones de salud).

1. Los desafíos

El desafío que plantean las transformaciones actuales a todos los actores (seguridad social, pacientes, profesionales de la salud, Estado) reside en redefinir un nuevo equilibrio del sistema de atención a la salud. Este último dejará de estar compartimentado y aportará un nuevo proyecto, que integra medicina y salud pública y, por lo tanto, ofrecerá la atención y los servicios de salud necesarios, así como una calidad óptima al mejor costo, garantizando la equidad.

¿Qué prerequisites hacen falta para que su implantación y su desarrollo sean eficaces? ¿Un sistema de información de gestión e información médica con codificación de actos, listas de medicamentos, coordinación de los profesionales, formación permanente para garantizar el nivel de calidad y los actos médicos, información del paciente, etc.?

¿El método de gestión integral de la atención a la salud es una herramienta útil de regulación a nivel microeconómico? ¿Las modalidades de regulación que conlleva son compatibles con los valores que sustentan la acción de la seguridad social?

¿Cuál es el grado de participación del seguro de enfermedad y qué papel desempeña en la implantación de la gestión integral de la atención a la salud, desde el punto de vista de la financiación, la legislación, la experimentación en el terreno? Con respecto a la utilización de esta herramienta de regulación, ¿en qué pilares se apoya de preferencia el seguro de salud?, ¿cuáles son los puntos fuertes y las flaquezas que se perfilan en las distintas experiencias en las que participa?

³ "El seguro de enfermedad" comprende los regímenes de base obligatorios, financiados mediante cotizaciones de los asegurados y/o mediante impuestos. En el texto relativo a la Iniciativa de Estocolmo, K.G. Scherman (Revista Internacional de Seguridad Social, vol. 53, núm. 1, 2000) puntualiza: "Las denominaciones protección social, seguridad social, seguro social e incluso asistencia social y bienestar se emplean de distinta manera en contextos, regiones y países diferentes. En este artículo, las usamos de un modo general, refiriéndonos principalmente a las disposiciones públicas destinadas a apoyar a los individuos en tales circunstancias con medidas que se sitúen en el marco de la definición de la seguridad social que da la Oficina Internacional del Trabajo (OIT)."

2. El marco de la "gestión integral de la atención a la salud" (*managed care*)

Este modelo de gestión surgió en América del Norte, en el ámbito de un sistema económico competitivo y de seguros de enfermedad organizados en planes públicos y privados. Los principios teóricos de la gestión integral de la atención a la salud están bastante bien documentados, desde que experimentara un nuevo auge a partir de la década de los años setenta. Ahora bien, en la práctica se constata que existen múltiples fórmulas de gestión, tanto en Estados Unidos como en otros países cuyas estructuras económicas y políticas distan de corresponder al modelo inicial.

Una definición amplia, según la terminología de la Asociación Médica de Estados Unidos (*American Medical Association*) es la siguiente: "El sistema de gestión integral de la atención a la salud abarca un conjunto de sistemas y técnicas utilizados por cualquier entidad de prestación, administración o seguros del sector de la salud que controla o influye en: el acceso, la utilización, la calidad, el costo y el precio de los servicios de salud para una población determinada." Esta definición se asemeja mucho a la de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos (*American Public Health Association*) que dice: "Todo sistema de financiación y/o distribución organizado para controlar la utilización de los servicios de salud por parte de los afiliados con miras a limitar los gastos y/o mejorar la calidad."

Esta definición general abarca los subsistemas de:

- financiación de la atención a la salud (cobertura de enfermedad);
- distribución estructurada de la atención a la salud (profesionales de la salud, estructura de la asistencia médica) para una población bien definida (a la que se quiere llegar);
- gestión de la atención a la salud (control de calidad de la asistencia y los servicios de salud, utilización por parte de los pacientes y costos).

El sistema de gestión integral de la atención a la salud depende de las características del sistema de salud en el que se incorpora: no existe un modelo único. En aquellos países donde el sistema de seguridad social es obligatorio y el sector de la salud funciona según un modelo económico que no es competitivo, el modelo retoma determinados aspectos de las técnicas de gestión microeconómica y no la economía general del proyecto.

El objetivo de dicho modelo de gestión consiste en ofrecer a cada usuario la mejor calidad de atención a la salud, de manera eficiente y al mejor costo. En lo que respecta a los tres actores principales del sistema (paciente, profesionales de la salud y financista) este modelo también implica responsabilización y controles que encuadran las decisiones de cada uno de ellos.

El sistema es administrado por financistas y prestatarios de atención a la salud que deben obrar en común para establecer la eficacia económica del sistema de salud.

Los seguros de enfermedad que adoptan sistemas de gestión integral de la atención a la salud privilegian las características de gestión del riesgo de enfermedad que se resumen a continuación.

2.1. Relaciones con pacientes y asegurados

El acceso del paciente se limita a determinados profesionales y servicios de salud autorizados y si quiere conservar la posibilidad de elegir, se le reembolsará menos o nada. El paciente se ve implicado en la globalidad de lo que supone velar por su salud, desde la prevención hasta el cumplimiento de lo que se le ha recetado, pasando por la adquisición de conocimientos en los campos de la salud y la economía. El paciente se encuentra envuelto en una "cultura organizativa" y se convierte en un asociado a carta cabal.

2.2. Relaciones con los profesionales

Los profesionales de la salud se seleccionan de conformidad con un pliego de condiciones y sus prácticas deben ceñirse al marco de perfiles de prescripción y actividad (se les entregan referenciales profesionales para el tratamiento de las patologías más comunes). En cuanto al primer recurso, los médicos generalistas se encargan de derivar el acceso a los otros niveles de la atención a la salud (especialistas y hospitales).

Este sistema exige que las decisiones médicas se funden en pruebas de eficacia (*evidence-based medicine*) y que los actos de diagnóstico y los tratamientos respondan al criterio de eficacia en función de los costos. Las guías de buenas prácticas médicas y de referencias médicas son los pilares del ejercicio profesional. Por último, se da particular importancia a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Además de un ejercicio que responda a criterios de las reglas del arte, los profesionales de la salud deben adquirir otras competencias: conocimientos de administración y gestión de datos médicos y administrativos. Asimismo son responsables de los datos del historial del paciente y de la comunicación de datos relativos a la gestión del consultorio. Ese nivel de calificación y prestación en campos de conocimiento médico y de gestión, se basa en la formación permanente a lo largo de toda la vida profesional. Esa formación se verifica periódicamente y es requisito para poder seguir ejerciendo. Por último, dado que estos profesionales son responsables de la calidad de la atención a la salud, sus prestaciones son evaluadas y, en muchos casos, los resultados se comunican a los demás asociados, entre ellos, los pacientes.

2.3. Control de los gastos de atención a la salud

Existen varias clases de mecanismos que permiten limitar el acceso a la atención a la salud y la producción de actos médicos, por ejemplo: el médico de primer recurso (*gatekeeper*) se encarga de derivar los pacientes a la consulta de especialistas, servicios de hospitales y

laboratorios de análisis, o bien, en el caso de la "gestión por patología" (*disease management*), el gremio de los profesionales en cuestión define los procedimientos y, por lo tanto, el costo de la atención a la salud. Los profesionales de la salud pueden beneficiarse de un interés financiero por concepto de ahorros realizados.

Este sistema impone que dichos profesionales asuman la responsabilidad del costo y la calidad de la salud del grupo de población concreto del cual se ocupan. Por consiguiente, comparten riesgos financieros con el asegurador. Esto último difiere mucho de las relaciones que suelen entablar los profesionales de la salud con el seguro de enfermedad, en las cuales, únicamente el asegurador asume el déficit en caso de que se sobrepase el presupuesto. Por ejemplo, los médicos estadounidenses que tienen contrato con alguna organización de mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization* (HMO)), en general, aceptan un contrato de tipo "capitación" (es decir, un monto fijo por paciente y unidad de tiempo) y asumen el riesgo financiero de que se sobrepase el presupuesto, debido a un determinado número de actos y exámenes (radiología, laboratorio, hospitalización en tratamiento ambulatorio, consulta de especialistas, receta de medicamentos, y paramédicos). A medida que esa responsabilidad se va ampliando, la autonomía de los profesionales de la salud va disminuyendo.

2.4. Organización de la atención a la salud

Se privilegia la coordinación de la atención a la salud entre profesionales, y entre los servicios ambulatorios y los servicios hospitalarios, para favorecer la óptima utilización de la totalidad de recursos del sistema de salud.

En este sistema, el papel del seguro de enfermedad se ve reforzado, pues se encuentra en posición de exigir la medición del desempeño acerca de la cual, los profesionales suministran información regularmente.

3. Enseñanzas de algunos países

3.1. Estados Unidos: Un sistema completo de gestión integral de la atención a la salud

Siendo el modelo inicial, el modelo estadounidense ofrece una perspectiva de larga duración, tratándose de una economía de mercado donde la atención a la salud es un servicio mercantil sin ninguna otra peculiaridad. Estos últimos años, el aumento constante de los costos de salud ha llevado a los empleadores estadounidenses a apoyar el desarrollo de la opción por la gestión integral de la atención a la salud.

Se trata de un sistema por el cual los profesionales de la salud pasan contratos de duración determinada con los aseguradores en el marco de un plan de salud (*managed care plan*).

Entonces, se incorporan a tipos de organización estructurada tales como las redes (*managed care organizations*) cuyo modelo más completo es la HMO⁴. Los médicos firman contratos de exclusividad con los aseguradores (*HMO group model*) o bien son sus asalariados (*HMO staff model*).

Los pacientes recurren a los profesionales de salud autorizados que figuran en la cobertura de su seguro de salud; ya se trate de redes de tipo HMO, en las cuales están obligados a consultar a los profesionales de la red y se les reembolsa sin que tengan que pagar antes, o bien de redes de tipo prestatarios independientes autorizados (*Preferred Provider Organization (PPO)*). También se ofrecen otras posibilidades como el "punto de servicio" (*Point of Service (POS)*) en el cual el paciente es libre de consultar al médico de su elección (fuera de la red) y de designar a uno de ellos para que se encargue de coordinar su atención a la salud (las cotizaciones son más altas y los reembolsos más bajos). Por último, existen coberturas de salud que proponen la libertad de elección de profesionales y una modalidad de reembolso de la cuota por servicio (*Fee for Service (FFS)*).

Las prestaciones y los servicios de salud que ofrecen estos sistemas integrales de atención a la salud son definidos por el asegurador para cada nivel de atención a la salud (del primario al terciario). Esto último permite garantizar a los asegurados y los profesionales de la salud una mejor eficiencia de las prestaciones.

A continuación se describen algunas de las principales herramientas de gestión integral de la atención a la salud:

- Gestión por patología (*disease management*) mediante prescripciones médicas: los profesionales de la salud identifican a las personas de riesgo y las atienden ciñéndose a protocolos de tratamiento y seguimiento de la evolución de cada caso.
- Gestión por caso (*case management*): el paciente es atendido por una red donde debe recibir la atención a la salud que mejor se adapte a su caso y al mejor costo.
- Análisis sistemático de los actos y prestaciones realizados (*utilization review*): se basa en un gran abanico de programas y protocolos que deben garantizar que todos los servicios y tratamientos recibidos por el paciente sean necesarios, desde el punto de vista médico, y realizados al mejor costo posible según cada caso. Se trata de un método de formación de

⁴ La HMO es una organización que incorpora a los actores de la red de atención a la salud en el seno de una misma organización pilotada por un cliente pagador (el propio asegurador es el proveedor de la atención a la salud y controla toda la cadena). Existen varios tipos de cobertura de salud:

- Seguros de salud de grupo que las empresas suscriben para sus asalariados con una o varias compañías de seguros sobre la base de una capitación (en algunos casos, ajustada en función de la edad y el sexo, pero no en función de los antecedentes médicos). El empleador solventa casi el 75 por ciento de la prima y el asalariado, el resto.
- Seguros de salud individuales que proponen las HMO o los aseguradores habituales.
- Seguros creados por algunos Estados (*high risk pool*) para asegurar a quienes no pueden obtener seguro alguno en el mercado del seguro individual.

los profesionales que permite homogenizar su ejercicio con el del resto de sus colegas y homólogos del sistema de salud.

Todas estas herramientas reposan en la eficiencia de los sistemas de información médicos y administrativos. La gestión integral de la atención a la salud es una organización compleja que exige contar con un sistema de información de gestión (*Management Information System* (MIS)) que permita la publicación periódica de datos e informes sobre las distintas facetas del programa.

Se puede considerar que estas herramientas aportan una innovación en el sistema de atención a la salud, puesto que han contribuido a limitar dos tipos de derroches: la demanda de atención superflua y la ineficacia que entraña la incorrecta asignación de recursos. Estos resultados se pueden constatar en diversos campos: disminución de las tasas de admisión en hospitales y el período de hospitalización; utilización de procedimientos menos onerosos; mayor recurso a la atención preventiva y, globalmente, ahorro en los costos de la atención a la salud.

No obstante, numerosos puntos plantean problemas, principalmente, en lo que se refiere al acceso a la atención a la salud y la equidad: los excesos de la economía de mercado en el sector de la salud hacen que se dé prioridad al control de los costos y al afán de lucro.

Por un lado, los seguros de salud del sector competitivo se han lanzado en procesos de fusión, adquisición y endeudamiento; por el otro, la presión que ejercen los empleadores ha favorecido la competencia entre las pólizas de seguro de las empresas de gestión integral de la atención a la salud y las pólizas de seguro de salud tradicionales. Esto ha dado lugar a que el propio asegurado elija por sí mismo una escasa cobertura de enfermedad porque es la menos onerosa. Los "buenos riesgos", o enfermos poco costosos, han tendido a emigrar a contratos de gestión integral de la atención a la salud, lo que ha provocado la desaparición de contratos de seguro de salud de corte tradicional.

Si se considera el sector del seguro de enfermedad gubernamental (*Medicaid*), que se había incorporado en el sistema de gestión integral, los problemas se plantearon en forma diferente. Más allá de la profesionalización necesaria de sus administradores (negociar contratos, establecer redes de proveedores de atención a la salud, afiliar asegurados, crear nuevos métodos de pago), los esfuerzos de control de gastos de las agencias de *Medicaid* tropezaron con el desinterés de los profesionales de la salud por atender a personas de pocos recursos (la cuantía de los incentivos financieros se juzgó demasiado baja, al igual que el nivel de capitación).

Finalmente, la última consecuencia estriba en que fue preciso crear "redes de protección" para grupos de la población frágiles y de riesgo (embarazadas, madres, recién nacidos, niños y

ancianos) que no están cubiertos por ningún seguro de enfermedad, estableciendo un seguro de enfermedad costado por los distintos Estados.

Asimismo se constata la aparición de restricciones que pesan sobre los pacientes más frágiles y traen aparejada una modificación del recurso a la asistencia (recurso tardío a profesionales de la salud), y restricciones que aquejan a los profesionales: en el plano de la ética médica, la asignación de recursos mediante incentivos financieros creó conflictos de interés (la disminución de los reembolsos de tratamientos médicos indujo la disminución del período de hospitalización); pérdida de independencia en el ejercicio de la profesión que está rígidamente encuadrado y es objeto de controles administrativos muy pesantes.

3.2. Francia: De la coordinación de asociados a la relación contractual

Constatando carencias en diversos campos de la asistencia médica, carencias que obedecían a la compartimentación del sistema de salud, en particular, tratándose de enfermedades crónicas, dependencia y medicina preventiva, los distintos actores del sistema de salud crearon redes de salud, primero de manera informal en la década de los ochenta, y después, redes de "ciudad hospital", de manera formal, a principios de la década de los años noventa. Todo eso llevó a que el legislador reconociera esas nuevas formas de organización de la atención a la salud y decidiera darle un marco jurídico. "Este reconocimiento es una etapa importante en la búsqueda de la racionalización del sistema de salud francés (...), las nuevas orientaciones establecen un régimen centrado en la demanda (...) y se fundan en la consideración de la patología, proponiendo la coordinación de diversas actividades de la atención a la salud."

En 1996, mediante textos con fuerza de ley, se crearon dos categorías de organización en el campo ambulatorio: las redes y circuitos experimentales de atención a la salud de cuidados (denominadas, "redes Soubie"), a menudo, con derogaciones de las reglas de atención de los asegurados y remuneración de los profesionales de la salud independientes y, en el campo hospitalario, redes autorizadas por los directores de agencias regionales de hospitalización. En 2002, la ley relativa a "los derechos del enfermo y a la calidad del sistema de salud" introduce una definición única de las redes, "redes de salud" e impone criterios de calidad para aquellas redes que solicitan financiación pública. De hecho, esos criterios de calidad fueron definidos por la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de la Salud (*Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* (ANAES)).

La ley de financiación de la seguridad social (2002) reemplaza la lógica experimental existente por la generalización de las redes. Paralelamente, se instituye una partida de financiación que garantiza la perennidad de dichas redes y cuyo monto modesto de 2002 (23 millones de euros) superará los 100 millones de euros en 2004.

El seguro de enfermedad ha manifestado regularmente su apego a aquellas medidas que favorecen la coordinación de las prácticas de los profesionales de la salud, la continuidad de la atención a la salud y la complementariedad de la oferta de esta última, considerando que las redes de asistencia a la salud y, más ampliamente, las redes de salud⁵ son una de las herramientas esenciales de esta modalidad.

Principalmente, a partir de 2000, los diferentes regímenes de seguro de enfermedad han venido respaldando proyectos experimentales (más de una cincuentena). La Mutualidad Social Agrícola ha creado una red de gerontología para que los ancianos dependientes puedan permanecer en su hogar. Esta red, que se divide en 19 sitios locales, conjuga la complementariedad entre la ciudad y el hospital mediante la apertura del hospital al médico generalista, la coordinación de los participantes de la red, así como entre el sector de la salud y el sector social⁶.

La cuestión de su evaluación sigue siendo motivo de gran preocupación, tanto para los actores regionales: Uniones Regionales de Cajas de Seguro de Enfermedad (*Unions regionales des caisses d'assurance maladie* (URCAM)), y Agencias Regionales de Hospitalización (*Agences régionales de l'hospitalisation* (ARH)) como para los actores nacionales (seguro de enfermedad y ministerio) que participan en la política de desarrollo de estas redes.

En 2001, en un informe de la ANAES sobre la evaluación de las redes se subrayaba la dificultad de ajustar en el tiempo la coordinación entre los promotores de las redes y los participantes institucionales.

En el balance elaborado por las URCAM se destacan los ejes de avance que habrá que desarrollar. No obstante, todos los interlocutores han reconocido que esta modalidad es positiva e ineludible para el futuro. Se han hecho propuestas para mejorar y desarrollar la coordinación a fin de dinamizar las redes: ofrecer apoyo logístico a los promotores y prever medios duraderos de funcionamiento; crear una herramienta de información y orientación sobre el sistema de atención a la salud para profesionales y asegurados (a fin de implicar al usuario en dicho sistema).

El seguro de enfermedad privilegia algunas herramientas de gestión integral de la atención a la salud. Por ejemplo, que el paciente se dirija primero al "médico de referencia" encargado de orientarlo a otros prestatarios de atención a la salud. Inscrita en los convenios, a partir de

⁵ "Una red de salud es una forma organizada de acción colectiva que aportan los profesionales frente a la necesidad de salud de los individuos y/o de la población, en un momento dado y en un territorio determinado. La red es transversal con respecto a las instituciones y los dispositivos existentes. La noción de 'red de salud' incluye la noción de red de atención", ANAES, *Mission évaluation réseaux de soins*, octubre de 2001.

⁶ Caja Central de la Mutualidad Social Agrícola, Servicio Sanitario: Informe de actividades "*organisation d'un réseau gérontologique*" (2002) e informe de evaluación (julio de 2003).

1997, esta opción prevé que el médico generalista, que lo suscribe, asuma una serie de compromisos a cambio de una remuneración anual uniforme y global por paciente.

El paciente que se "fideliza" con dicho médico y se compromete a consultarlo en primera instancia se ve dispensado de tener que pagar de antemano los gastos por los cuidados recibidos y beneficia de las tarifas establecidas en el convenio. Así pues, la eficacia del sistema, en los planos médico y económico, pasa por la "fidelización" del paciente. A su vez, esa obligación de fidelidad y seguimiento alienta al profesional de la salud a invertir en un sistema de información idóneo que utiliza las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

El seguro de enfermedad ha utilizado otras herramientas de gestión integral de la atención a la salud contando con el acuerdo de los profesionales de la salud, tales como las referencias de prácticas médicas – que se reconoció que son las más eficaces, desde el punto de vista científico, y las menos onerosas, desde el punto de vista económico – y las referencias médicas oponibles (*Références médicales opposables* (RMO)) (Ley de 1993). Todas ellas deben figurar cada año en el anexo del convenio médico. En 1988, el número de estas referencias médicas ascendía a 243; 77 de ellas concernían directamente la receta de medicamentos y cubrían, en valor, el 48 por ciento de la venta de medicamentos reembolsables.

Desde 1996, la Agencia Francesa de la Seguridad Sanitaria de los Productos de Salud (*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* (AFSSAPS)) establece las referencias profesionales en materia de medicamentos, a partir de las evaluaciones realizadas para autorizar la comercialización y apreciar el servicio médico prestado⁷. Por el momento, las recomendaciones relativas a la buena práctica comprenden diez campos⁸.

Ultimamente, los "acuerdos sobre el buen uso de los tratamientos" (*Accords de bon usage des soins* (AcBus)) tienen por finalidad contribuir a la evolución de las prácticas médicas en forma colectiva. Tras constatar que determinadas visitas a domicilio no se justifican, desde el punto de vista médico, el seguro de enfermedad y los médicos que han suscrito el convenio, se han puesto de acuerdo para favorecer la atención a la salud dispensada en el consultorio del médico. El acuerdo prevé un aumento del acto médico, únicamente, si el estado de dependencia del paciente obedece a criterios médicos y sociales. A escala nacional, el objetivo del primer año es disminuir de 5 por ciento el número de servicios dispensados fuera del consultorio. Habida cuenta de las grandes desigualdades regionales que existen, las partes

⁷ Ordenanza relativa al "control medicalizado de los gastos de atención a la salud" (1996), la creación de la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de Salud (ANAES) y la transformación de la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de Productos de Salud (AFSSAPS) y de las disposiciones relativas a las relaciones convencionales entre el seguro de enfermedad y los profesionales de la salud (1999) que modificaron considerablemente la índole, el campo y las modalidades de actualización de las RMO, así como la elaboración de nuevos referenciales de práctica idónea.

⁸ Estos campos figuran en el sitio Web de la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de Productos de Salud (AFSSAPS) (www.agmed.sante.gouv.fr).

signatarias prevén una disminución regional de la acción y confían a las regiones la tarea de definir los criterios relativos a la visita justificada desde el punto de vista médico.

Más allá de una mejor organización del sistema de atención a la salud, la coordinación de los actores sigue estando vinculada a la utilización de distintas herramientas de comunicación entre ellas: expediente del paciente (controles, planes de atención, etc.), sistemas de información adaptados al seguimiento de las prácticas profesionales (comunicación sujeta a criterios de seguridad respecto de los datos sobre el paciente), interoperabilidad de los sistemas de información de las redes de salud, y un documento médico de enlace e intercambio entre médico y paciente⁹.

El lugar y la función que le caben al seguro de enfermedad en el desarrollo de la gestión integral de la atención a la salud se han afirmado mejor. Dicho seguro se compromete a proseguir su acción a través del desarrollo de nuevas relaciones convencionales con los profesionales independientes.

Mediante la definición de los derechos y obligaciones recíprocos de los profesionales de la salud y las cajas, los convenios se insertan en un proceso de optimización medicalizada de la atención a la salud: voluntad común de implicarse en la mejora de las intervenciones del sistema de atención a la salud y en su buena utilización por parte de los pacientes (convenio de 2003).

3.3. Gran Bretaña: Evaluación de las prácticas profesionales de médicos generalistas

La primera reforma del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service* (NHS)) inglés remonta a la década de los años noventa y había incorporado herramientas de gestión integral de la atención a la salud, diferenciado a los compradores – por ejemplo, agrupaciones de compra, integradas por médicos generalistas (*General Practitioner Fundholders*) – de los productores, es decir, los hospitales.

Ahora bien, las derivas de ese sistema de "mercados internos" hicieron mermar la calidad de la atención a la salud por las presiones que ejercían sobre el paciente y los profesionales de la salud. De ahí que se promoviera otro modelo.

Actualmente, la responsabilidad de la compra de atención a la salud recae en estructuras autónomas de atención primaria de salud (*Primary Care Trusts*) del Sistema Nacional de Salud. Dichos organismos tienen por función comprar la atención hospitalaria, organizar la

⁹ Convenio nacional médico, seguro de enfermedad, (enero de 2003): El documento médico de enlace es propiedad del paciente que elige al médico encargado de mantenerlo al día (entrada en vigor en 2004).

atención primaria de salud mediante contratos con los médicos generalistas de su respectiva región y coordinar la asistencia a la salud de la población¹⁰.

La originalidad reside en el contrato de ejercicio que se establece entre el NHS y el consultorio médico (*practice-based contract*). Dicho contrato incluye indicadores de seguimiento de la calidad de los servicios prestados y la remuneración correspondiente. Esta autorreglamentación se da en una práctica médica de grupo que está basada en una potente tradición de evaluación de la calidad de la atención a la salud, el control del costo de las recetas de medicamentos y "controles cruzados" entre médicos ambulatorios y médicos de hospitales.

La principal innovación de la nueva reforma estriba en el fortalecimiento de la calidad de la atención a la salud dispensada, gracias a la evaluación periódica y sistemática de las prácticas de los profesionales de la salud y, la revalidación, cada cinco años, basada en evaluaciones anuales.

Los criterios de evaluación que definen la buena práctica médica (*Good Medical Practice*) son establecidos por el sindicato profesional de médicos generalistas. Cada año, el resultado de la evaluación individual permite definir un plan de acompañamiento del médico (mediante formación permanente) con miras a mejorar su práctica profesional.

3.4. Suiza: La responsabilización del paciente

En Suiza, la ley de seguro de enfermedad universal (*Loi fédérale sur l'assurance maladie universelle* (LAMal), 1995) prevé la implantación de modelos de gestión integral de la atención a la salud; uno limita la elección del proveedor de prestaciones y el otro, más abierto, ofrece fórmulas de cálculo de franquicias y bonos para pacientes "económicos". Se sigue privilegiando la pluralidad de modelos de seguros. Las autoridades sanitarias consideraron que los seguros de enfermedad y las organizaciones de atención a la salud podían responsabilizar al paciente (y consecutivamente hacer disminuir los gastos de salud).

Las diversas medidas relativas a la responsabilización de los asegurados tienen por finalidad sensibilizarlos acerca de los gastos de salud. De las iniciativas tomadas al respecto, cabe mencionar las siguientes: los asegurados cambian franquicias más altas que la franquicia común por cotizaciones más bajas; si el asegurado no solicita ningún reembolso en el curso de un año, beneficia de un bono (contabilizado por una duración de cinco años); si el asegurado acepta consultar a un médico "vigilante" (*gatekeeper*), se beneficia de una rebaja de sus cotizaciones al seguro de enfermedad.

¹⁰ Chevrier-Fatome, C. 2002. Ministerio de Asuntos Sociales, Francia: Informe núm. 105 de la Inspección General de Asuntos Sociales.

La aplicación de un programa de segunda opinión médica también tiene por finalidad influir en el comportamiento del paciente: si se compromete a pedir una segunda opinión médica antes de someterse a una operación electiva, beneficia de una rebaja de cotizaciones.

Las redes de atención a la salud complementan los incentivos financieros desplegando esfuerzos importantes en el campo de la formación y la información sobre prevención. Asimismo, a efectos de implicar a los pacientes, algunas de estas redes han creado comités consultivos de pacientes que se encargan de definir esta "oferta de formación para pacientes".

3.5. Chile: Reorientación hacia la solidaridad y la equidad

Las diferentes reformas del sector de la salud y la protección social que se llevaron a cabo en Chile han tenido una gran influencia en distintos países de Latinoamérica, pues han permitido experimentar una amplia gama de innovaciones.

De hecho, las reformas radicales comenzaron en la década de los años ochenta con la incorporación del sector privado y la descentralización en un período muy breve.

Los asegurados tuvieron que elegir entre 35 organismos privados de seguro de enfermedad (Isapres) y el sistema público (Fondo Nacional de Salud).

Desde 1990, una evaluación de las repercusiones de las reformas reveló la necesidad de reorientar y encuadrar los planes privados de seguro de enfermedad para limitar la selección de riesgos y fomentar la equidad.

Al respecto, las principales medidas fueron: supresión de los períodos sin cobertura de determinados riesgos, limitación de la selección de determinados riesgos ligados al consumo de alcohol y otros, enmienda del derecho de rescisión de seguros privados por parte del asegurado (en caso de aumento de primas y enfermedades costosas).

La experiencia del sistema de seguro de enfermedad de Chile, al igual que muchos otros sistemas de seguro de enfermedad, había dado prioridad a las cuestiones financieras como principal fuerza motriz de sus reformas. Esa experiencia focaliza la atención en los principios rectores que sustentan los sectores público y privado: el seguro de enfermedad público es garante de la noción, según la cual la salud es un derecho humano fundamental. En lo que se refiere al seguro privado, considera la salud como un abanico de riesgos, y el seguro no es más que una actividad económica remuneradora.

"Raros son los signos que prueban que las economías nacionales que practican ese sistema híbrido (sistema cruzado público y privado) hayan sido capaces de controlar los costos, al

tiempo que mejoraban la cobertura, el estado de salud, la productividad, la satisfacción del cliente y la igualdad"¹¹.

Debate

Los seguros de enfermedad, que se proponen acompañar y reforzar el movimiento de innovación de los sistemas de salud, tienden a optar por la utilización de modelos de gestión integral de la atención a la salud.

Las experiencias realizadas revelan el impacto estratégico a largo plazo de un modelo que debería favorecer la integración de la medicina y determinadas esferas de salud pública (prevención). Ese modelo contribuye a mejorar, por un lado, la coherencia global y la actuación del sistema de salud y, por el otro, los servicios prestados a los pacientes.

No obstante, en todos los países que adoptan esta nueva modalidad subsisten discrepancias en los debates y evaluaciones provisionales en cuanto al apoyo que aporta al desarrollo de la calidad de la atención dispensada y a la regulación de los gastos de salud.

La implantación de este modelo conlleva numerosas alteraciones e incidencias en lo que respecta a las condiciones del ejercicio de los profesionales de la salud, las condiciones organizativas del sistema de distribución de la atención a la salud y el contenido de bienes y servicios de salud reembolsados por el seguro de enfermedad y aquellos cubiertos por el Estado.

Cabe constatar que se trata de un esfuerzo para modernizar el sector de la salud, porque además de acabar con la compartimentación del funcionamiento de los profesionales entre sí y de los servicios de atención a la salud, también se trata de acabar con la compartimentación de las estructuras institucionales y administrativas.

La función del seguro de enfermedad se ve reforzada por la exigencia de medición del desempeño. Además, su papel sigue siendo fundamental en cuanto a la protección de las poblaciones (su información y la protección de la vida privada) más vulnerables a las derivas observables.

De hecho, la perspectiva de acrecentar la participación de los asegurados privados en el control de la oferta de atención a la salud fue lo que llevó a ciertos países, entre ellos, Francia, a sancionar leyes sobre los derechos del paciente que responden a preocupaciones relacionadas con la responsabilidad de los prestatarios y la confidencialidad de los datos.

¹¹ Dror, D.M. 2000. "Reformar el seguro de enfermedad: Una cuestión de principios?", *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 53, núm. 2, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

A través de los ejemplos de distintas experiencias de gestión integral de la atención a la salud, indudablemente, hay que considerar que este enfoque es sólo uno de los modelos de estructuración que se pueden utilizar en un sinfín de acciones. La pluralidad de enfoques, conjugada con la legibilidad de los valores que subyacen en cada sistema de seguro de enfermedad, representa, sin duda, una de las garantías de salvaguarda del contrato social que siempre está presente en los sistemas de salud.

Referencias

Internacional

AISS. *Revista Internacional de Seguridad Social* (en particular, los números de 1998 a 2003), Asociación Internacional de la Seguridad Social.

—. *El Futuro de la Seguridad Social, Conferencia de Estocolmo, 29 de junio-1 de julio de 1998*, Federación de Oficinas del Seguro Social (ed.).

Bocognano, A.; Couffinhal, A.; Grignon, M.; Mahieu, R.; Polton, D. 1998. *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé: théorie et bilan des expériences étrangères*, Centre de recherche en économie de la santé/Institut national de la statistique et des études économiques (CREDES-INSEE), noviembre.

Bryant J.H. y otros. 1997. "L'éthique, l'équité et l'actualisation de la stratégie OMS de la santé pour tous", *Forum mondial de la santé*, vol. 18, núm. 2, Organización Mundial de la Salud.

Observatoire européen des systèmes de santé (<http://www.euro.who.int/observatory>).

Scheil-Adlung, X. 1998. "Al timón del barco de la asistencia de salud: efectos de los incentivos del mercado para controlar los costos en países seleccionados de la OCDE", *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 51, núm. 1, págs. 119-157.

Simonet, D. 2003. "Managed care y seguro tradicional: una comparación de la calidad de la asistencia", *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 56, núm. 1, págs. 111-130.

Chile

Infante, A. 1997. "Les réformes du secteur de la santé: priorités et enveloppes de prestations", *Forum de la santé*, vol. 18, núm. 2, Organización Mundial de la Salud.

Jack, W. 2000. "Health Insurance Reform in four Latin American Countries", *Policy research working paper*, núm. 2492, Banco Mundial.

Kifmann, M. 1998. "Seguro de salud privado en Chile: ¿Seguro básico o complementario para los servicios ambulatorios?", *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 51, núm. 1, págs. 153-169.

Francia

ANAES. 1999. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Art. L162-31-1 del código de la seguridad social.

Bocognano, A. y otros. 1999. "Concurrence entre assureurs, prestataires et monopole naturel", *Economie et Statistique*, núm. 328.

Bourgueil, Y. y otros. 2001. "Evaluation des réseaux de soins – enjeux et recommandations", *Rapport no 1343*, CREDES y Groupe Image de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP).

Caja Central de la Mutualidad Social Agrícola. Servicio Sanitario. 2002. Informe de actividad, sector experimental, organización de una red gerontológica, julio.

CNAMTS. Circular inter-regímenes 30.12.2002: "Réseaux de santé", Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados.

Decreto Ley del 24 abril de 1996. "Les réseaux et filières de soins expérimentaux".

Dorfiac-Laporte, C. 2003. "Le réseau de soins", *Regards*, núm. 23, Centro Nacional de Estudios Superiores de Seguridad Social.

FAQSV y CNAMTS. 2002. Le financement des actions de coordination des soins de ville: rapport d'activité, Fonds d'aide à la qualité des soins de ville y Caja Nacional del Seguro de Enfermedades de los Trabajadores Asalariados.

Gadreau, M. 2002. Lettre du Collège des économistes de la santé, septembre 2001. Rapport d'activité du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, Caja Nacional del Seguro de Enfermedades de los Trabajadores Asalariados.

Grignon, M. 2001. *Quel impact du mode de régulation sur la performance en assurance maladie?*, CREDES.

Las redes hospitalarias reconocidas por los directores de las ARH: art. L6121-5 del código de la salud pública.

Le Pen, C. 1998. "Gérer le risque maladie", *Les cahiers de l'assurance*.

Ley de Financiamiento de la Seguridad Social para 2002 (art. 36).

Ley del 4 de marzo de 2002 relativa a "los derechos de los enfermos y a la calidad del sistema de salud", art. 84: "las redes de salud".

Majnoni d'Intignano, B. 2001. *Economie de la santé*, Presses universitaires de France.

Mills, C. 1998. *Regards*, núm. 15, Centro Nacional de Estudios Superiores de Seguridad Social, noviembre.

Ministerio del Empleo y de la Solidaridad. 2000. *Quel système de santé à l'horizon 2020?*, véase capítulo "La protection sociale", DATAR-CREDES, editado por La Documentation française, octubre, págs. 60-70.

de Pourvouville, G. 2001. "Réseaux et filières: approche économique et application au système de soins", séminaire Institut d'études politiques, París.

Sandier, S. 1999. "Le managed care et l'argent", *Filières et Réseaux*, núm. 29-30, agosto-septiembre.

Viñas, J. M. 1998. "Réseaux de santé et gestion du risque", *Actualité et dossier en santé publique* (ADSP), núm. 24, septiembre.

Suiza

CNAMTS. 2000-2002. Serie de informes de la misión de investigación internacional sobre el sistema de salud en Suiza, Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados.

Cristofari, J.J. 1998. "Suisse: les modèles alternatifs coûtent moins cher", *Filières et réseaux*.

Dumont, J.P. 1999. "Les réseaux de soins coordonnés en Suisse", *Note et documents no 12*, Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Bourgogne.

Estados Unidos

American Association of Public Health (<http://www.apha.org>).

American Medical Association (<http://www.ama.org>).

Chaperon, J. y otros. 2000. "Les 'Primary Care Physicians' Américains", *Journal d'économie médicale*, octubre.

Lavollay, M. 1998. "L'assurance maladie aux Etats-Unis", *Regards*, núm. 15, Centro Nacional de Estudios Superiores de Seguridad Social, noviembre.

Nash, D.B. y otros. 2001. *Connecting with the new health care consumer: defining your strategy*, Aspen Publishers, Estados Unidos.

Wait, S. 1997. "Le glossaire du managed care", *Filières et réseaux*.