

Atención médica gerenciada

Ofrecido por bibliomed

A través del gerenciamiento de costos, calidad y acceso, los sistemas de managed care intentan maximizar el valor de la atención médica mediante la optimización de la ecuación costo-calidad. El Dr. Stephen Spann, profesor y jefe del departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Baylor, Houston, Texas, nos introduce en los secretos de un concepto que comienza a imponerse en todo el mundo.

La esencia del mana-ged care o atención médica gerenciada es la optimización de costos y calidad en un contexto universal en el cual se presentan ciertas dificultades. Por un lado, los costos siguen en aumento y esto afecta tanto a los consumidores como a los empresarios, los gobiernos y los pacientes, quienes no están dispuestos a pagar cada vez más.

Por otro, la calidad de la atención médica muchas veces no es óptima, hay demasiadas evidencias respecto de la existencia de diferentes niveles de atención y no hay pruebas documentales de que lo que se hace en salud sea efectivo y eficaz, aunque sí de que gran parte del trabajo es costo inefectivo. Y por último hay un problema de acceso. Muchas veces la población no tiene un acceso adecuado a los servicios de salud, ni existe una equidad en el acceso a los servicios de alta calidad. "Los costos aumentan por dos motivos", explica Spann. "Por un lado, porque seguimos en una explosión tecnológica en la cual cada vez hay más intervenciones quirúrgicas, más aparatología y más medicamentos nuevos, muchas veces aplicados o implementados sin haber confirmado adecuadamente su eficacia y su efectividad o si aumentan la expectativa de vida o mejoran la calidad de ésta. También, porque hay una creciente fragmentación de la atención médica en profesionales cada vez más subespecializados, lo cual ha encarecido y sigue encareciendo el costo de la atención. En esa explosión tecnológica también hay cada vez más recursos diagnósticos y el uso indiscriminado de los mismos desemboca en una cascada de otros estudios e intervenciones en ocasiones innecesarios. Al analizar los datos se puede observar que no hay ganancias en calidad y expectativa de vida que se correspondan con el aumento en costos e inversión. Tampoco un crecimiento proporcional de ambos factores. La verdad en cuanto a salud es que más no es necesariamente mejor. Nuestras poblaciones de pacientes están cada vez menos satisfechas con su atención sanitaria y los que pagan sus cuentas de atención de salud no están convencidos de que reciben un valor comparable al que aportan. Podría pensarse que cuanto más se invierte en salud, más calidad se obtiene, sin embargo, no es así. Existe un punto más allá del cual mayor inversión no significa mejor calidad sino todo lo contrario: que a mayor inversión habrá menor calidad. La idea es encontrar un punto óptimo maximizando los costos, pero sin derrochar o gastar innecesariamente. Además, en muchos países hay poblaciones con acceso inadecuado a la atención en salud y eso obedece en general a una mala distribución geográfica, a una mala distribución por especialidades o a la presencia de barreras económicas". El managed care se propone gerenciar acceso, costos y calidad. Es un sistema que intenta maximizar el valor de la atención médica mediante la optimización de la ecuación costo-calidad y en el mismo, una entidad que no es el médico ni el paciente, influye el tipo, la naturaleza y el espectro

de la atención. El sistema no implica necesariamente limitar el acceso a la atención de manera selectiva, aunque sí optimizar el mismo y mientras ningún estudio ha podido demostrar en los sistemas de managed care una disminución importante en la calidad de la atención, sí se ha demostrado una disminución en la satisfacción de los pacientes, lo cual evidentemente tiene que ver con la limitación en el acceso abierto, ya que la mayoría de esos planes limitan el acceso a especialistas mediante el concepto de médico de atención primaria (MAP) como gatekeeper o entrada al sistema. "El managed care involucra una gestión activa tanto de los aspectos médicos como financieros y generalmente opera mediante contratos con un panel de profesionales que brindan un paquete de servicios a los socios o afiliados", sostiene el especialista. "En muchos de estos sistemas los médicos comparten el riesgo financiero y por lo tanto tienden a gerenciar la atención en procura de asegurar que los pacientes reciban atención apropiada y costo efectivo. Pero cabe preguntarse ¿puede realmente un médico controlar costos y gestionar la atención? Muchos estudios demuestran que la mayor parte de los costos en la atención sanitaria surgen de la lapicera del profesional, quien solicita análisis, ordena intervenciones y receta medicaciones, sin tener en cuenta que mientras las necesidades de los pacientes siempre son ilimitadas, los recursos son limitados". Los "HMO" Generalmente los HMO utilizan médicos de atención primaria que funcionan como gerentes del sistema y por ese motivo no

cuentan con la aprobación de los pacientes, quienes acostumbrados tradicionalmente a elegir cualquier especialista, se encuentran con la obligación de acudir previamente a médicos primarios. Algunos HMO han implementado planes que permiten el libre acceso a especialistas, pero aún en los mismos el 80% de los pacientes lo hacen por medio de su médico de atención primaria. En algunos modelos estos MAP reciben un pago por cápita, mientras que los especialistas lo hacen por prestación a un nivel descontado. En otros sistemas, tanto los MAP como los especialistas son remunerados por prestación y en otros, ambos son compensados con pagos por cápita. Los sistemas que remuneran por cápita constituyen un nuevo paradigma frente a los de pago por prestación. Las fuentes de ingreso en un sistema tradicional, se convierten en centro de costo para los sistemas de pago por cápita y mientras que en los sistemas de pago por prestación a mayor volumen de servicios mayor ganancia, en los sistemas capitados es al revés: cuanto mayor volumen de servicios prestados menor ganancia (y mayor pérdida total). En los sistemas capitados se intenta evitar el sobregasto y se ha comprobado que los mismos rebajan el costo de atención y hasta cierto punto el costo de cobertura. Sin embargo, por primera vez en estos últimos tres o cuatro años están aumentando la cuota por cobertura y esto se debe a la explosión tecnológica, ya que a mayor tecnología mayor gasto. El acceso a la atención en los sistemas HMO Para acceder a la atención en los HMO es preciso consultar con el MAP (médico de atención primaria) quien decide la necesidad de estudios complementarios, derivación a especialistas u hospitalización. Para acceder a servicios de emergencia es necesario contar con autorización previa del MAP, excepto en casos de urgencias extremas y existe una provisión para atención fuera de red a distancias geográficas importantes, aunque en estos casos se exige notificación al médico de atención primaria para que el mismo dirija las decisiones sobre el tratamiento subsiguiente. Los HMO, especialmente los de tipo "grupo" y "staff", optimizan el uso de médicos y generalmente el plantel de profesionales necesarios es menor que en los sistemas tradicionales. Generalmente los HMO destinan el 20% de la cuota a la administración y el resto lo dividen en partes casi iguales entre hospitales y médicos. También guardan cierto porcentaje (20%) como fondo de reserva y el mismo es distribuido según la eficiencia de cada médico siempre y cuando no haya gastos excesivos. Existen varios tipos de fondos de reserva. Algunos se

destinan a la hospitalización, otros se constituyen para incentivar el uso óptimo de exámenes complementarios y otros para incentivar a los MAP y evitar la sobrederivación a especialistas. Niveles de gestión En los sistemas de atención gerenciada el propósito fundamental es gestionar la utilización de recursos y disminuir el costo de la atención, asegurando al mismo tiempo un alto nivel de accesibilidad y calidad de servicio. Hay varios niveles de gestión. El primero es la Gestión de la demanda y el mismo intenta básicamente evitar que el paciente entre en el sistema innecesariamente. Ese objetivo se obtiene a través de asesoría telefónica por enfermeras, autocuidados, programas para decisiones compartidas, informática médica, servicios preventivos y evaluación de riesgos en salud. El segundo nivel es la Gestión de la utilización de servicios de especialistas y aquí se exige que los pacientes consulten previamente a su MAP antes de acudir al especialista, están prohibidas las derivaciones secundarias y se revisan cuidadosamente los motivos de referencia de derivación. El tercer nivel es la Gestión de la utilización de servicios institucionales y en el mismo la mayoría de los ahorros se dan en el uso hospitalario. Las medidas utilizadas son días cama por 1000 miembros por año y en general en los HMO el uso es de 140 días cama/1000 miembros/año, mientras que en los sistemas liberales de pago por prestación se llegan a utilizar 800 días cama/1000 miembros/año. Para controlar la utilización institucional se exige una precertificación, se realizan estudios preingreso y cirugía del mismo día, se practica una revisión concurrente (enfermeras), se asigna una cuota de días para la longitud de la estadía, se establecen enfermeras que vigilan la utilización y se toma al MAP como coordinador en el hospital, aunque últimamente cada vez más se están utilizando los médicos de planta. También se efectúa una revisión retrospectiva de las facturas, se apela a unidades de nivel intermedio fuera del hospital, hay unidades para procedimientos ambulatorios y existe un manejo longitudinal de las enfermedades. Otro nivel es la Gestión de casos y en el mismo se da un proceso colaborativo que evalúa, planifica, implementa, coordina y monitorea las opciones y los servicios requeridos para satisfacer las necesidades en salud de un individuo, utilizando la comunicación y los recursos disponibles para promover la calidad y los resultados costo-efectivos. "Muchos piensan que el managed care es sólo una estación intermedia y que no tendrá lugar como sistema permanente en el futuro", concluye Spann. "Otros lo han criticado duramente e incluso el presidente Clinton nombró una comisión para evaluar si los derechos de los pacientes cubiertos en este tipo de sistemas eran respetados. Personalmente creo que el managed care no constituye la solución definitiva al problema del control de costos, pero a la hora de racionar, si se gerencia la atención y se intenta optimizar la ecuación calidad-costo es posible reducir hasta cierto punto el gasto en salud".