

Comentarios

Medwave 2014;14(10):e6043 doi: 10.5867/medwave.2014.10.6043

Las razones de un desaire – por qué no hubo una invitación a la comisión sobre la reforma del aseguramiento privado de la salud en Chile

The reasons for a snub - the invitation that was never sent to be part of the reform of private health insurance in Chile

Autor: Rodrigo A. Salinas⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital del Salvador, Santiago, Chile

⁽²⁾Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: rasalinas@uchile.cl

Citación: Salinas R. The reasons for a snub - the invitation that was never sent to be part of the reform of private health insurance in Chile. *Medwave* 2014;14(10):e6043 doi: 10.5867/medwave.2014.10.6043

Fecha de publicación: 27/11/2014

Origen: solicitado

Tipo de revisión: sin revisión por pares

En repetidos foros el Presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Enrique Paris, se ha quejado por no haber sido invitado el organismo gremial que dirige a formar parte de la "Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud", que debía proponer un proyecto de reforma al aseguramiento de la salud en Chile. Entre las propuestas de este grupo de trabajo, de acuerdo a su mandato, se debía contemplar "una mirada global del financiamiento del aseguramiento y de los prestadores", según se consigna en el sitio *web* del Ministerio de Salud [1]. La lectura del informe, disponible en el mismo sitio, permite aventurar algunas de las razones que habrían motivado el desaire.

Una de estas razones, quizás la principal, descansa en la mirada predominante de sus integrantes: distinguidos salubristas y economistas, en su mayoría, más un par de representantes de los intereses corporativos de las empresas que participan en el sector salud. Para los primeros, la atención médica es un componente si no marginal, por lo menos menor, de los determinantes globales de la salud de los pueblos. Los médicos y sus herramientas terapéuticas se nutren del fracaso de las estrategias de promoción y prevención, que debieran ser las preocupaciones fundamentales del Estado. Invitar a sus representantes a discutir materias de salud pública, de acuerdo a esta mirada, no parecería justificado. A lo anterior se suma la tradicional desconfianza que salubristas y economistas han tenido de las motivaciones del acto médico, en un contexto en el que el ingreso de estos profesionales depende directamente del número de prestaciones que entregan: "Que una nación, habiendo observado que la oferta de pan se incrementa al otorgarle

a los panaderos un interés pecuniario por producir pan para los demás, le haya otorgado un interés similar a los médicos por amputar piernas, es razón suficiente para desconfiar de la humanidad política" decía el dramaturgo irlandés George Bernard Shaw, con su característica mordacidad, hace ya cien años [2]. Los intereses corporativos que participan de las ganancias del sector, por su parte, no ven en los médicos un factor favorable al momento de optimizar los resultados financieros. La presencia de éstos en una comisión que define pagos y reembolsos no podría sino agravar esta situación.

El éxito de la Comisión residía, se entiende, en la negociación civilizada entre salubristas, economistas y empresarios, en la que cediendo algo cada una de las partes, nos permitiría salir de la situación vergonzosa en que nos encontramos en términos de equidad de financiamiento de la salud, que sitúa a nuestro país en el fondo de la tabla, no ya de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo, sino que de la totalidad de las naciones del orbe, de acuerdo al ranking sobre esta materia creado por la Organización Mundial de la Salud: inmediatamente por arriba de la República Democrática del Congo y por debajo de Kazajistán [3]. En este entierro, los representantes gremiales -desde esta mirada- no llevaban vela ni velón alguno.

La solución propuesta por la Comisión que daría sustentabilidad al sistema -no podía ser de otra forma- radicaba en un ingenioso sistema de primas, reembolsos, cálculos y mecanismos de pago, que en el párrafo de cierre del "esquema general de la propuesta de reforma inmediata" se remataba en el informe, magistralmente, del siguiente modo: "La relación entre seguros y proveedores

debe ser regulada para que no ocurra manipulación de precios, evitando la integración vertical que es ilegal y fiscalizando y regulando adecuadamente la libre competencia, generando mecanismos de pago mixtos de modo que se evite el pago por acto médico que predomina hoy en el sistema, y los proveedores se desenvuelvan agrupados en redes integradas de salud de manera que se promueva la eficiencia y el control de los costos”.

Una solución de esta naturaleza, sin embargo, desconoce las particularidades y complejidades que rodean a la decisión clínica y sus mecanismos de control. La naturaleza profesional de la prestación médica y la imposibilidad del administrador de intervenir directamente sobre la relación médico-paciente, dan lugar a una libertad de este último eslabón de la “línea de producción” que distingue esta empresa de aquellas en las que la ingeniería industrial y la microeconomía templaron sus herramientas [4]. El modelo predominante de atención de la salud privada, con escaso control de pares y ausencia de servicios clínicos en la mayoría de los lugares, hace ilusorio pensar que la sustentabilidad económica de un sistema de salud y, por consiguiente, la equidad en el acceso, pueda descansar, exclusivamente, en reformas de mecanismos de pago. Las similitudes de nuestro sistema de salud privado con el norteamericano permiten sospechar que las denuncias de ineficiencia que repetidamente se formulan a ese modelo son válidas en nuestro país y, por lo que se puede prever, lo seguirán siendo por un buen tiempo. En el sistema público, donde alguna vez el servicio clínico fue el eje de la atención cerrada de nuestros pacientes, la situación hoy no es mucho mejor. Transformados en centros de costos y minimizados en su importancia, la atomización de la decisión clínica en los hospitales públicos no permite la supervisión por pares que tradicionalmente se ejerció. De acuerdo al director de la Oficina de Presupuesto del Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, citado en un artículo del *New England Journal of Medicine* de octubre de 2008, 700 mil millones de dólares se despilfarran al año en ese país en cuidados de salud que no van dirigidos a mejorar el estado de salud de los pacientes [5]. Las razones detrás de este despilfarro, dice el autor, son cuatro: el temor a los juicios por negligencia médica; la insistencia de algunos pacientes; la repetición irreflexiva de procedimientos de rutina y, por último, la simple y vieja venalidad. De qué modo ajustes de mecanismos de pago y reembolso van a entregar sustentabilidad a un sistema, en el que el control por pares y la disciplina clínica han sido objeto de un deterioro sostenido a manos de una gestión hospitalaria de orientación manufacturera, es algo que aún está por verse.

El reposicionamiento del servicio clínico y del rol del profesional en la administración sanitaria de nuestro quehacer requiere, sin embargo, una autocrítica sincera sobre la pertinencia de nuestros actos. La crítica de George Bernard Shaw, que perdió validez en el Reino Unido, tras la creación del Servicio Nacional de Salud (NHS) a fines de la década de los cuarenta, mantiene vigencia en aquellos lugares donde el conflicto de intereses al que Shaw apunta persiste incólume. La respuesta está en el rescate del profesionalismo médico como bandera de nuestro gremio,

por un lado, y la minimización de las potenciales fuentes de conflictos de intereses a los que nos encontramos expuestos. Cualquier reforma de los mecanismos de financiación de la prestación médica debieran propender a aquello que los países con mejor situación de salud de sus poblaciones han hecho hace décadas: desligar el acto médico de la remuneración del profesional que lo prescribe o ejecuta, dejando que aquél se oriente sólo por el recto juicio clínico y la mejor evidencia científica, en un contexto de realidad social, que frente al crecimiento desmedido del costo de la salud es, hoy, imprescindible. Este último juicio, sin embargo, no debe ser realizado al borde de la cama del paciente, sino que guiado por las autoridades a quienes la sociedad democrática entrega este rol, a quienes cabe – además está decirlo- la responsabilidad de tomar estas decisiones de modo participativo, transparente y responsable. Es en ese nivel donde debiera manifestarse la voluntad de la ciudadanía y las consideraciones sobre justicia en la distribución de los recursos.

La ilusión de la libertad de elección de los pacientes (hoy transformados en usuarios y clientes) del nivel de atención al que acceden y de las intervenciones a las que tendrían “derecho” es evidente que no sirve primariamente intereses de carácter sanitario, sino que a un complejo médico-industrial que ha crecido hasta consumir cerca del 20% del PIB de países como Estados Unidos, sin que este crecimiento se refleje en mejores cifras sanitarias.

Si con este loable esfuerzo reformador de nuestras autoridades lo que buscamos es mejorar la disponibilidad de recursos para lograr una atención basada en la necesidad y no en la capacidad de pago, es imprescindible sentar a la mesa a los profesionales prestadores, en quienes descansa una proporción importante de la responsabilidad de entregar sustentabilidad a nuestros sistemas de salud.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Trabajo como médico asalariado en un hospital público y recibo pago por prestación en dos clínicas privadas. Poseo una acción en una ISAPRE, que no reparte utilidades entre sus accionistas. No poseo intereses en industrias farmacéuticas ni de dispositivos médicos y no he recibido dinero de la industria para viajes ni por dictar charlas o asesorías. En los últimos 24 meses he recibido lápices y muestras médicas, de representantes médicos.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo modelo y marco jurídico para el sistema privado de salud. Santiago (Chile), 2014 [on line]. | [Link](#) |
2. Gomez-Dantés O. El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas). *Sal Pub Mex*. 2004;46:71-74. | [Link](#) |
3. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000. | [Link](#) |

4. Morton J, Cornwell J. What's the difference between a hospital and a bottling factory? BMJ. BMJ 2009;339:b2727. | [CrossRef](#) |

5. Aaron HJ. Waste, we know you are out there. N Engl J Med. 2008 Oct 30;359(18):1865-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

Hospital del Salvador
Av. Salvador 364,
Providencia,
Santiago,
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.