



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Arbey Osorio, Silvio
Modelo de atención para el control del riesgo
Colombia Médica, vol. 33, núm. 1, 2002, pp. 29-32
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28333106>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Modelo de atención para el control del riesgo**Silvio Arbey Osorio, M.D., M.A.S.*****RESUMEN**

Para efectos de responder a las nuevas tendencias de contratación por capitación, la Clínica de Occidente Tuluá S.A. adelanta estrategias de trabajo interdisciplinario con sus afiliados, orientadas más que a responder a las necesidades formales de sus clientes frente al Gobierno, a intervenir sobre los riesgos en salud de sus usuarios, mediante la apertura de una dependencia autónoma pero interdependiente con la entidad, que desarrolla funciones de gestión del sistema de información, de auditoría médica y garantía de calidad y de fomento de la salud.

Palabras clave: Salud Administrada. Capitación. Contención del costo. Unidad de Pago por Capitación.

Con la formulación de la Ley 100 de 1993, en Colombia se estableció un modelo de administración y prestación de servicios de salud revolucionario y social, que pretende imponer una serie de principios rectores orientados al aseguramiento universal de la población, independientemente de la capacidad de pago de los ciudadanos que reciben un amplio plan de beneficios, el Plan Obligatorio de Salud (POS), cubierto por entidades administradoras de planes de beneficios que reciben un monto de dinero estándar por usuario, que se relaciona específicamente con la ubicación geográfica y con la edad y sexo del afiliado. Existe una gama de posiciones frente al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) creado por la citada norma, desde los acérrimos enemigos, hasta quienes glorifican su alcance, pero excepto por los cálculos que realiza el Gobierno Nacional, los diferentes gremios del sector (aseguradores, prestadores y profesionales de salud), coinciden en que el monto definido para cubrir en integridad los contenidos del POS para cada usuario, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), es realmente muy bajo.

Frente a una UPC insuficiente para cubrir el extenso plan de beneficios que se había definido por la Resolución 5261 de 1994 pero que vía tutela se ha

hecho ilimitado, surge la necesidad de lograr a ultranza el equilibrio económico por parte de las entidades aseguradoras. Tal situación ha presionado la aparición de múltiples estrategias, o bien para generar ingresos, ya sea por el cobro acucioso de excedentes por falta de cumplimiento de los períodos mínimos de cotización, por cobros de copagos y cuotas moderadoras o en algunos casos interpretando las normas de cobertura, o de otro lado, buscando la disminución de los costos de prestación de servicios que es en general el campo más explorado.

En el campo del control de los costos de prestación de los servicios, igualmente se observan diferentes tendencias en las cuales las entidades administradoras de planes de beneficios han utilizado desde estrategias simples de contención de costos, hasta estrategias muy elaboradas de administración y protección de la salud de su población afiliada. El Cuadro 1 presenta las estrategias identificadas por el equipo de trabajo del Servicio de Atención Ambulatoria de la Clínica de Occidente Tuluá (COT) en su análisis estratégico de 2000.

Así las cosas, los intereses de los administradores de los planes de beneficios se ubican precisamente frente a los del usuario, que no necesariamente

conoce o le interesa conocer el intrínsculo del sistema de salud en Colombia, pero que sin falta debe cancelar mes a mes el 12% de su ingreso bruto mensual y que demanda y necesita servicios de salud de alta calidad, que deben ser provistos por las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), clínicas y hospitales. Como alternativa de solución para tal disyuntiva dentro de su plataforma estratégica, la COT tomó la decisión de crear dentro de sus productos, una línea de administración de salud poblacional, a pesar de su naturaleza esencialmente hospitalaria; dicha decisión por su nivel de riesgo económico exigía un manejo acucioso del recurso, por lo que en ella se incorporó como estrategia, fundamentalmente apuntarle al control del riesgo en salud, no sólo como filosofía o presentación demagógica, sino como estrategia de control del costo a través de la disminución de la sobreutilización de servicios

Cuadro 1
Estrategias de control del costo
médico utilizadas por los
aseguradores

Contención del costo
Contratos por presupuesto
Disminución tarifas
Auditoría médica de cuentas
Limitación de acceso
Control del ejercicio médico
Asignación de presupuestos
IPSs propias

* Gerente y Auditor Médico, Clínica de Occidente Tuluá S.A.

por parte de los usuarios y el fomento del uso pertinente de los recursos disponibles por parte del personal de salud, sin detrimento de la calidad del servicio al que se había comprometido la COT como parte básica de su objetivo social. Era necesario contemplar que la COT, como entidad hospitalaria de tercer nivel, con unidades especializadas del cuarto nivel, casi un centenar de camas hospitalarias y una importante orientación a la atención del paciente particular y de medicina prepagada, orientaba su desarrollo al fortalecimiento de su capacidad tecnológica y resolutive, lo que en principio generaba cierto conflicto de intereses con el objetivo planteado; por tanto, se creó una unidad independiente, pero interdependiente con el resto de la organización que viene desarrollando la creación de un modelo propio de atención que busca generar mejoras reales en el estado de salud de la población atendida por la entidad, control de los riesgos identificados en tal población y lograr y mantener equilibrio económico, utilizando estrategias ampliamente reconocidas y utilizadas por otras entidades.

Aún incipiente, se presentan a continuación algunas características de lo que más que un modelo es un desarrollo metodológico, logrado tras casi cinco años de atención bajo la modalidad de capitación y algo más de dos años con poblaciones para la atención en niveles 1, 2 y 3, que parte de los conocimientos acumulados por el equipo de trabajo en continuas aproximaciones en el tiempo, pero que sigue en desarrollo, pues se realizan nuevos ajustes a partir de la incorporación de una población para la atención de niveles 2 y 3 con una IPS primaria independiente de la COT. Se presentan además, algunas de las estadísticas institucionales, conscientes de la falta de parámetros de control que permitan un análisis causal del resultado.

ESTRUCTURA

El servicio de atención ambulatoria tiene a su cargo cinco áreas creadas para dar respuesta a las necesidades administrativas y de prestación de servicios de los usuarios, entre las que caben resaltar las unidades de capitación y de fomento de la salud, que tienen su origen en la aplicación de las estrategias de salud administrada. La unidad de capitación es responsable de la operación de los procesos de garantía de calidad, autorización de servicios y gestión del sistema de información de la dependencia, que se llevan a cabo por parte de médicos y enfermeras auditores, y personal administrativo. La unidad de fomento de la salud desarrolla los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la participación de un equipo de salud multidisciplinario que incluye personal médico, paramédico y de disciplinas afines como docentes y del sector del desarrollo comunitario.

FINANCIACIÓN

El equipo de trabajo se financia con recursos de la clínica; existe una entidad que aporta la UPC total y otra que aporta una parte de los recursos de la UPC de promoción y prevención asignada, pero las demás no hacen aporte alguno y prefieren ampliar actividades independientes a las de demanda espontánea que desarrolla la entidad para sus informes al Ministerio de Salud. Por política institucional se ha definido que los servicios prestados a los afiliados capitados por la COT se prestan tanto en honorarios médicos como en servicios hospitalarios a las tarifas establecidas para la contratación por evento con la respectiva entidad, y con este objetivo se establecen las metas de contribución de la dependencia, contrario a los preceptos de la mayoría de los mo-

delos actuales que transfieren el riesgo al profesional mediante la subcapitación.

FILOSOFÍA DEL MODELO

La fortaleza del trabajo que se viene desarrollando se centra en su filosofía y no en las actividades en sí que realiza, toda vez que sólo se diseñan estrategias o servicios que de una u otra manera hayan demostrado su utilidad en la aplicación práctica o que sus fundamentos teóricos sean aplicables. Atendiendo a ello, la COT definió la estrategia como una inversión y en tal sentido se planearon y organizaron algunas metodologías de vinculación, atención, seguimiento y control aplicables de modo global a todos los usuarios y se organizaron los programas de salud necesarios para mantener los menores niveles de utilización de servicios por parte de pacientes complicados por pobre control médico de sus entidades de base o de sus riesgos propios, o de aquellos parcialmente atendidos, no tratados o diferidos de otras entidades; asimismo, se organizó la aplicación de programas o estrategias de alto impacto en la protección sobre algunos riesgos o en mejoría de condiciones de salud. Cabe resaltar que aunque se incluyeron todos los componentes de las normas legales efectivas sobre la materia, la Resolución 3997 de 1996 (aunque derogada), el Acuerdo 117 y las resoluciones 412 y 3384 de 2000 y éstas se cumplen, el propósito de la unidad es minimizar riesgos en salud, y por tanto las acciones y contenidos no obedecen a los del POS sino a la relación costo beneficio.

PROGRAMAS DE SALUD E INTERVENCIONES EN P Y P

Como actividades de curso continuo ya establecido, la unidad de fomento de la salud adelanta los programas de

atención integral a la infancia, que incluye las actividades del PAI, atención integral al adolescente, atención integral a la familia gestante, atención integral a la mujer, atención integral al adulto mayor y el de atención a la población con enfermedades crónicas; en esos programas se adelantan actividades individuales y grupales informativas, educativas, de control, de intervenciones puntuales que incluyen visitas domiciliarias, definidas por el comité primario de promoción y prevención y los protocolos de cada programa. De acuerdo con los resultados en las evaluaciones de los diferentes estamentos y sus propias propuestas de intervención para resolver problemas específicos de un usuario o un grupo de ellos, o para promover estilos de vida saludable, se definen y desarrollan planes de trabajo que se ejecutan intra o extrainsitucionalmente; buena parte de ellos potencian los programas de salud ocupacional de las empresas afiliadas adscritas a la clínica; igualmente, los grupos primarios proponen el establecimiento de pautas y políticas de manejo de algunas enfermedades o la aplicación de protocolos que amplían las coberturas del POS o sus estándares de calidad, como el uso de algunos antibióticos y otros medicamentos no POS o de laboratorio original y la autorización de cirugías laparoscópicas, la garantía de continuidad a usuarios no incluidos en base de datos, la vinculación de miembros del grupo familiar no adscritos a la IPS y la formación en derechos y deberes, y mecanismos de uso y de evaluación de servicios por parte del usuario, en busca de generar efectividad y economía.

AUDITORÍA MÉDICA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

Del sistema de información y la operación de los procesos de auditoría

médica se desarrollan algunas actividades de vigilancia epidemiológica de sucesos centinelas, de infección y de complicaciones intrahospitalarias, se realiza el análisis de indicadores, y se valora el desempeño global del servicio prestado a los usuarios pertenecientes a la IPS, actividades en las que se comprometen los diversos estamentos de la organización; para tal gestión existen los siguientes organismos permanentes, que operan como grupos funcionales conformados por miembros del equipo de atención ambulatoria de la entidad: los comités primarios (operativo y administrativo), el comité de gestión de indicadores, el comité de morbilidad y de indicadores centinela de garantía de la calidad, el comité de historias clínicas, el comité de farmacia y el comité de auditoría médica y garantía de la calidad.

RESULTADOS

Un análisis de la población obstétrica refleja que 58% de las usuarias obstétricas ingresan en el comienzo o en la mitad del embarazo y 37% lo hacen en el tercer trimestre; de estas mujeres 58% se clasifican como de alto riesgo obstétrico, mientras la cifra baja a 35.6% cuando se incluyen todas las inscritas al programa. El índice de cesárea en conjunto para julio de 2002 fue 37.5%.

En cuanto a los usuarios de enfermedades crónicas, el análisis de indicadores de hospitalizaciones para el mes de septiembre de 2002, se observa que del total de usuarios hospitalizados de la población nueva, 23.5% lo hicieron por descompensación de la entidad crónica de base y dos casos correspondieron a eventos centinelas, frente a 9.5% de los usuarios de poblaciones en control por la COT sin casos centinelas.

Actualmente se cuenta con 572 usuarios inscritos en el programa de control de enfermedades crónicas. En ellos su

índice de adherencia es 71%, entendido como la asistencia a los eventos programados para el usuario con respecto al número de usuarios activos inscritos al programa. En lo pertinente al ejercicio económico de la administración de poblaciones, el modelo en sí determinó unos resultados satisfactorios; sin embargo, circunstancias ajenas al desarrollo de la prestación del servicio, relacionadas con el proceso de ajuste de base de datos del Gobierno Nacional, los aseguradores argumentaron como causa de ajustes de la UPC que han limitado de forma importante las posibilidades reales de gestión dentro de un ambiente de equilibrio económico, situación que necesariamente obligará a aplicar ajustes al modelo.

CONCLUSIÓN

Más que un modelo, la Clínica de Occidente Tuluá S.A. ha puesto en marcha una serie de estrategias organizadas dentro de una estructura formal pero ampliamente flexible que la lleva a disponer de cierto grado de desarrollo metodológico, validado en la práctica frente a las mismas entidades administradoras y sus poblaciones manejadas directamente con otras estrategias de contención de costos orientadas de forma economicista, algunas muy radicales, que a la postre no consiguieron el objetivo buscado. Por el contrario, la filosofía descrita no sólo obtuvo un control razonable de los costos de operación sin vulnerar los derechos de los usuarios, sin lesionar el ingreso del médico, sin detrimento del servicio y lo que es más importante, orientando las acciones del equipo de salud hacia el control del riesgo en salud y el fomento de estilos de vida saludables. Entendemos que si bien su aplicación es costosa, por el resultado final, mes por mes creemos firmemente en su costo-efectividad, de lo cual hemos sido testigos no

sólo en el largo plazo, sino en el mediano e incluso el corto plazo, como sucede con el programa perinatal, que de cierto modo desvirtúa la creencia ampliamente extendida de que invertir en estos programas sólo se recompensa en el largo plazo. Nuevas aproximaciones son necesarias y es probable que se puedan depurar epidemiológicamente algunas de las estrategias que no demuestren su beneficio real o que mantengan sus resultados con menor utilización de recursos, pero el camino trazado deja ver que es posible retomar el

programa de la salud pública dentro del esquema del actual Sistema de Seguridad Social en Salud y porque no, transformar el ambiente de desconfianza mutua creado entre administrador, prestador y usuario en una integración de fuerzas en busca de un solo objetivo: poblaciones más sanas.

SUMMARY

In order to fulfill the new trends of the Capitation Contracts, the "Clínica de Occidente Tuluá S.A." follows team

work strategies with the user's fee, orientated more than fulfill the customer formal needs in accordance with national government, to solve the health risks of the users through the opening of an autonomic center, connected closely with the institution, that develops features of information system actions, of medical judge assessment, quality warranty and health care promotion.

Key words: Health administration.
Capitation. Cost's decrease.
Pay unit per capitation.