

Reformas de la atención médica orientadas al mercado: tendencias y opciones futuras¹

Wynand P. M. M. Van de Ven²

Resumen

En muchos sistemas de atención médica financiados predominantemente con recursos públicos se están implementando o han sido propuestas reformas orientadas al mercado. El propósito de estas reformas es hacer más eficiente, más innovadora y más sensible a las preferencias de los consumidores la asignación de recursos en atención médica, mientras se conserva la equidad. Al mismo tiempo, los avances en tecnología resultan en una divergencia de las preferencias de

Palabras clave

reforma de la atención médica, competencia regulada, costo-efectividad, opciones en atención médica.

Key words

health care reform, regulated competition, cost-effectiveness, choices in health care.

Introducción

En muchos sistemas de atención médica financiados (predominantemente) con recursos públicos están siendo implementadas o han sido propuestas reformas orientadas al mercado. El propósito de tales reformas es hacer más eficiente, más innovadora y más sensible (*responsiveness*) a las preferencias de los consumidores la asignación de recursos en atención médica, mientras se conserva la equidad. Al mismo tiempo los avances en tecnología médica resultan en una divergencia en la opinión de los consumidores sobre la deseabilidad de ciertos tipos de atención, tales como aborto, fertilización *in vitro*, tratamientos con una baja probabilidad de éxito y una alta probabilidad de complicaciones o iatrogenesis, atención de salud alternativa (por ej. atención homeopática, acupuntura) y eutanasia. Además, los avances en la

1. Traducido de: "Market oriented Health Care Reforms: trends and future options". *Social Science & Medicine* 43 5:655-666. 1996.

2. Departamento de Política y Gestión de Atención Médica. Universidad Erasmus. Rotterdam, Holanda.

los consumidores con respecto a la atención médica y la sociedad percibe la urgencia de volver a pensar el significado del principio de solidaridad en atención médica. En este artículo indicamos algunas tendencias internacionales en las reformas de la atención médica y exploramos algunas potenciales opciones futuras.

Abstract

In many (predominantly) publicly financed health care systems market-oriented health care reforms are being implemented or have been proposed. The purpose of these reforms is to make resource allocation in health care more efficient, more innovative and more responsive to consumers preferences while maintaining equity. At the same time, the advances in technology result in a divergence of consumer's preferences with respect to health care and urge society to (re)think about the meaning of the solidarity principle in health care. In this paper we indicate some international trends in health care reforms and explore some potential future options.

tecnología médica hacen que la sociedad perciba la urgencia de (re)pensar el significado del principio de solidaridad en atención médica, que generalmente supone que cada ciudadano contribuye según su “capacidad de pago” y recibe atención según “su capacidad de obtener un beneficio”. Sin embargo, ¿implica también el principio de solidaridad que cada uno tenga acceso a toda la atención médica que produzca alguna efectividad marginal positiva independientemente de su costo? Y si no es así, ¿qué servicios de atención médica deberían estar disponibles para todos independientemente del poder de compra de cada uno? El desafío, sin embargo, es no sólo encontrar nuevas estructuras para la organización y financiamiento de la atención médica, sino también encontrar, dentro de estas nuevas estructuras, un nuevo equilibrio entre equidad y eficiencia. El propósito de este artículo es señalar algunas tendencias internacionales que pueden observarse en la reforma de la atención médica y, extrapolando tales tendencias, explorar potenciales opciones futuras.

Tendencias en reforma de la atención médica

A primera vista las reformas de la atención médica en muchos países parecen muy diferentes unas de otras. Todas las reformas contienen elementos asociados con aspectos específicos del sistema de atención médica relacionados con el país donde se inscribe: en muchos países (por ej. en Bélgica, Alemania y Suecia) las “reformas” consisten en una serie de medidas incrementales sin un claro “diseño”; y existe una cantidad de retórica ideológica engañosa. Sin embargo, cuando consideramos los cambios concretos en la estructura, organización y financiamiento de los sistemas de atención médica durante las décadas de 1980 y 1990, pueden observarse las siguientes tendencias:^{1 II III IV V VI}

Seguro de salud obligatorio

Puede observarse una tendencia a la organización de un seguro de salud obligatorio universal o tendiente a la universalidad. En los años 80 el seguro de salud universal fue implementado en Australia, Grecia, Italia, Portugal y España; y en los 90 en Irlanda, Israel y

Suiza. La extensión del seguro de salud obligatorio está bajo discusión en Holanda, Turquía y los EE.UU. El seguro de salud obligatorio puede ser financiado en diferentes formas: por impuestos generales, por impuestos al ingreso, por impuestos nacionales o locales, primas de seguro social u otras contribuciones (relacionadas con el ingreso). Ningún país está reduciendo el número de personas cubiertas por seguro de salud obligatorio.

El modelo de contrato público

Existe signos de convergencia sobre el denominado *modelo de contrato público*³ es decir un financiamiento *público* de la atención médica combinado con un sistema de contratos entre proveedores y compradores de atención en carácter de terceras partes (por ej. Autoridades de Salud Regionales o aseguradores). En países con un Servicio Nacional de Salud de tipo “clásico”, (por ej. Finlandia, Nueva Zelandia, Rusia, Suecia, el Reino Unido y algunos países de Europa del Sur y del Este) esta tendencia refleja un movimiento desde un sistema verticalmente integrado hacia una *separación* de compradores y proveedores de atención médica, que deben concluir contratos unos con otros. En un Servicio Nacional de Salud de tipo “clásico”, las Autoridades Regionales de Salud (o Consejos de Condado) son responsables a la vez de comprar y proveer atención. La combinación de ser a la vez un comprador monopsónico y un vendedor monopólico de atención implica el peligro de dominación por parte del proveedor (“captura por el proveedor”). Como resultado, estos sistemas de atención médica pueden haber llegado a estar más orientados hacia el proveedor que hacia el consumidor, y por consiguiente (los incentivos para) la eficiencia y la sensibilidad (*responsiveness*) en relación a las preferencias del paciente pueden encontrarse debilitadas. Por consiguiente, existen argumentos fuertes en favor de la creación de organizaciones cuya única responsabilidad es ser defensoras de los intereses de los consumidores y que tengan incentivos para hacerlo. La creación de este tipo de “organización de intereses del consumidor” puede lograrse mediante una

separación de la función de compra y la función de provisión. En países donde los aseguradores o fondos de enfermedad tradicionalmente reembolsan a los pacientes el costo de su atención médica en efectivo (Bélgica, Francia y parcialmente Holanda) observamos una tendencia hacia el pago directo de los proveedores por parte del asegurador o fondo de enfermedad, basado en contratos entre ellos. Esto proporciona al tercer pagador “remoto” la oportunidad de convertirse en un comprador prudente de atención médica conforme al interés de sus miembros.

Elección del proveedor por parte del consumidor

Una tercera tendencia que puede ser observada es el incremento de la libertad de los consumidores para elegir proveedor. Esta tendencia puede observarse, por ejemplo, en Dinamarca, Finlandia, el Reino Unido y Suecia. La elección del proveedor por parte del consumidor puede llevar a competencia entre proveedores de atención médica orientada hacia el consumidor.

Competencia entre proveedores

Una tendencia a la competencia entre proveedores de atención puede observarse en muchos países: Alemania, Israel, Holanda, Nueva Zelandia, Suecia, el Reino Unido, Rusia y otros países de Europa del Este. La tendencia *no* es hacia un mercado libre, sino hacia una competencia *regulada*. El énfasis de la regulación por parte del gobierno es el cambio desde medidas de comando-y-control hacia políticas en favor de la competencia. Las terceras partes compradoras negocian con los proveedores sobre la calidad, volumen y precio de la atención. Los resultados de la negociación se expresan en contratos entre compradores y proveedores de atención. Se espera que la contratación selectiva por terceras partes compradoras produzca competencia entre proveedores.

Competencia entre terceras partes compradoras

Una cuestión más controvertida en reformas de atención médica orienta-

3. Para la introducción de esta terminología ver nota bibliográfica # 1.

das al mercado es la cuestión si debe existir o no la competencia entre las terceras partes compradoras de atención médica. En Bélgica, Alemania, Israel, Holanda, Rusia y Suiza la elección se ha hecho en favor de mercado competitivo para los compradores que actúan como terceras partes. El Reino Unido y Suecia eligen un monopolio regional para este tipo de comprador. En Nueva Zelanda, Portugal e Italia la opción para salir del sistema público y elegir un “comprador como tercera parte” en lugar de la Autoridad Regional de Salud ha sido seriamente discutida pero finalmente rechazada.

El fortalecimiento de la atención primaria

En muchos países puede observarse un fortalecimiento de la posición de los proveedores de atención primaria: Finlandia, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, Noruega, Suecia (“Reforma de los Médicos de Familia”, 1994) el Reino Unido y los EE.UU. (planes de *managed care*). Se supone que los médicos generalistas funcionaran como un *gate-keeper* para la atención de segundo nivel, es decir, atención por parte de especialistas, prescripción de fármacos y atención hospitalaria. Un paso adicional es dar a los proveedores de atención primaria responsabilidad financiera por (una parte de) los costos de la subsiguiente atención proporcionada por otros proveedores a sus pacientes. Desde 1991, los *general practitioners* (GP) en el Reino Unido pueden convertirse voluntariamente en *GP-fundholders*.⁴ En 1996 alrededor del 40% de la población estaba vinculada a este tipo de GP, es decir, un médico generalista que asume la responsabilidad de comprar parte de la atención de segundo nivel. El ahorro producido puede ser invertido en las prácticas de estos GP. Desde 1994 las asociaciones regionales de médicos ambulatorios en Alemania reciben un presupuesto para sus propios servicios y los fármacos de prescripción. Los déficits en el presupuesto destinado a fármacos tienen que ser compensados por una reducción del honorario destinado a remunerar el servicio médico. En Finlandia alrededor de 200 centros de atención primaria compran toda la atención de segundo nivel necesaria para

una determinada población. Experimentos con centros de atención primaria dotados de presupuesto (*fundholding*) han sido llevados adelante en Rusia (Leningrado y Kuzbass), Suecia (Bohus y Dalarna), Israel (Negev) y Suiza. Los “centros” tienen cierta semejanza con los “*pools* de riesgo compartido” tal como se aplican en las HMO en EE.UU.^{vii}

Opciones en atención médica

Finalmente, más y más países están comprendiendo que la sociedad no puede seguir garantizando que la totalidad de las nuevas tecnologías médicas estén disponibles para todos. Por consiguiente, hay una creciente necesidad en los países desarrollados de definir opciones en relación a qué servicios de salud deberían estar disponibles para todos independientemente de la capacidad de compra de cada uno. Cada país tiene probablemente su propio debate en relación a casos dolorosos en los que se verifica la exclusión de un determinado paciente del acceso a algún tratamiento médico basado en tecnología costosa de alta complejidad, como es el caso de Coby Howard (Oregon, 1987) y Child B. (Reino Unido 1995). Cuando se formulan estas *opciones en atención médica* (a veces referidas como “racionalización”) puede ser que se excluyan determinados tratamientos médicos de la cobertura del seguro de salud obligatorio y/o que se implante el uso de protocolos y lineamientos para la práctica médica. La primera estrategia ha sido explícitamente aplicada en Oregon.^{viii} En otros países donde las opciones en atención médica son explícitamente debatidas, como Holanda,^{ix} Nueva Zelanda,^x Suecia,^{xi} y el Reino Unido^{xii} existe una preferencia por la segunda estrategia. Dados los desarrollos esperados en tecnología médica, “las opciones en atención médica” pueden convertirse en la principal cuestión para la reforma de la atención médica en la próxima década.

Opciones futuras

Las tendencias mencionadas indican una dirección global de las reformas orientadas al mercado en muchos países. La mayoría de estas reformas están en una etapa inicial. Una realización

4. Se conocen como *GP-fundholders* en el Reino Unido los médicos generalistas (*general practitioners*) que asumen la responsabilidad de administrar el presupuesto destinado a financiar parte de la atención de segundo nivel de los pacientes inscriptos en su nómina. La expresión *GP-fundholding* se utiliza para denominar este tipo de política de compra de servicios. *Nota del traductor.*

completa puede tomar una década o más. Una pregunta interesante por conseguir es qué tendencias pueden esperarse en el futuro. En esta sección extrapolaremos las tendencias actuales y especularemos sobre algunas opciones futuras.

Un rol fundamental para la atención primaria

Una de las tendencias actuales es el reforzamiento de la atención primaria y del rol de los médicos de atención primaria. En algunos países (por ej. Dinamarca, Holanda, y el Reino Unido) ha sido bastante común durante un prolongado lapso tener un personal de médicos generalistas actuando como médicos de familia, que tiene a su cargo la autorización y coordinación de toda la atención necesaria. Para poder acceder a atención de especialistas, los pacientes deben ser referidos por su propio médico generalista. Existen diferentes ventajas asociadas a tener un médico generalista como personal encargado de autorizar y coordinar la atención, tales como:

1. Existe una alta probabilidad —mucho mayor que en el caso de la auto-referencia— de que el paciente sea referido en el momento *correcto* al especialista *correcto*;

2. Los médicos generalistas, en tanto agentes bien informados de sus pacientes pueden evaluar la calidad de la atención provista por otros proveedores y pueden ser útiles para seleccionar proveedores de segunda línea de buena calidad;

3. Los médicos generalistas pueden coordinar los fármacos prescritos por otros médicos, lo que puede reducir los efectos adversos;

4. Puede facilitar una atención más personal para el paciente gracias a la mayor duración de la relación personal entre el médico generalista, el paciente y su familia; y

5. Puede también conducir a una más estrecha cooperación entre el médico generalista y los especialistas que puede en última instancia resultar tanto en mejor calidad como en menores costos debido a: mejor cooperación y comprensión mutua entre médicos generalistas y especialistas; el especialista “re-entrenando” al médico generalista y es-

te informando al especialista sobre las circunstancias personales del paciente, su historia clínica y otras cuestiones de base relevantes; protocolos y procedimientos comunes para tratamiento médico y referencias; mejores referencias, es decir, con un propósito específico en la mente y preguntas cuidadosamente seleccionadas del generalista al especialista; menos tratamientos y pruebas diagnósticas innecesarios llevados a cabo por especialistas en hospitales; y tratamientos especializados más breves dado que el especialista es consciente de las capacidades del generalista.

Una desventaja a menudo mencionada en el modelo de médico generalista-*gatekeeper* es la limitada presencia de la atención de especialistas. Sin embargo, dado que tener un generalista como médico personal que autoriza y coordina el tratamiento puede ayudar a mejorar la eficiencia en atención médica —que es uno de los objetivos de las reformas de la atención médica orientadas al mercado— puede esperarse que la tendencia hacia el reforzamiento de la atención primaria continúe.

Contratos

Una segunda tendencia cuya continuación puede esperarse en la próxima década en muchos países es la tendencia hacia *contratos* entre terceras partes compradoras y los proveedores de atención. En comparación con el modelo de reembolso donde un consumidor individual actúa como comprador en el momento en que necesita atención, el modelo de contrato, donde una tercera parte (por ej. una Autoridad Regional de Salud, un Consejo de Condado, un fondo de enfermedad o un asegurador) actúa como un comprador prudente de atención en beneficio de sus miembros, tiene las siguientes ventajas:

- la tercera parte compradora puede reducir la asimetría de información entre comprador y proveedor empleando o contratando asesores médicos;

- la tercera parte compradora puede ejercer su poder de mercado negociando con los proveedores de atención médica;

- la tercera parte compradora puede recoger y comparar indicadores de desempeño de los proveedores y así estimular la evaluación de calidad;

- la tercera parte compradora

que contrata con proveedores de diferentes tipos de atención, puede estimular por medio de contratos la coordinación de estos tipos de atención; y

- la tercera parte compradora puede desarrollar una relación contractual de largo plazo con proveedores y así estimular la planificación de instalaciones de atención médica.

En comparación con un Servicio Nacional de Salud “clásico” el modelo de contrato tiene la ventaja de poder mejorar la flexibilidad del sistema de atención médica y hacerlo menos dominado por el proveedor y más orientado hacia el consumidor.

Pese a los relativamente altos costos de transacción del modelo contrato, al menos para la próxima década puede esperarse que continúe la tendencia hacia contratos entre terceras partes compradoras y proveedores de atención médica.

Contratos entre compradores y médicos de atención primaria

Una forma lógica de construir una red de acuerdos contractuales por las terceras partes compradoras es seguir el camino natural que sigue el paciente para ingresar en el sistema de atención médica. Por consiguiente, las terceras partes compradoras pueden comenzar concentrándose en los contratos con los médicos de atención primaria. Los contratos con otros proveedores (atención de especialistas y en instituciones) puede ser luego un complemento natural de estos contratos y de hecho pueden resultar en un apoyo a las condiciones acordadas en los contratos entre el comprador y el médico de atención primaria. Los médicos de atención primaria pueden seleccionar los especialistas y hospitales con los cuales prefieren cooperar y a los cuales prefieren referir sus pacientes. De este modo el conocimiento y experiencia de los médicos generalistas y sus puntos de vista profesionales en relación a cómo proporcionar atención de buena calidad y cómo organizar eficientemente la atención médica pueden ser combinados con el poder del comprador para contratar en forma selectiva con especialistas y hospitales. Especialmente cuando el médico generalista prefiere un determinado estilo de práctica (por ej. ciertos lineamientos o protocolos) en su coopera-

ción con otros proveedores, los contratos entre el comprador y estos otros proveedores pueden constituir una poderosa herramienta para lograr el estilo de práctica deseado.

Aplicando la estrategia de dar un rol fundamental a la atención primaria los compradores pueden enfrentar una escasez de médicos generalistas. En este caso, pueden hacer (financieramente) atractivo para especialistas de base hospitalaria, por ej. un internista, un ginecólogo o un pediatra el trasladar su práctica a un gran centro de atención primaria. Esto podría suponer todas las ya mencionadas ventajas de una cooperación estrecha entre generalistas y especialistas. Podrían funcionar parcialmente como el médico personal de atención primaria que coordina toda la atención para pacientes específicos, como diabéticos, mujeres entre 15 y 45 años, y niños, y parcialmente como consultantes de otros médicos de atención primaria en el interior del centro. En los grandes centros de atención primaria estos “especialistas de atención primaria” pueden trabajar sobre una base de tiempo completo, mientras en el caso de centros de menor tamaño pueden combinar el trabajo de medio tiempo en el centro de atención primaria con trabajo de medio tiempo en el hospital.

Como compradores prudentes de atención en defensa del interés de sus miembros, se puede esperar que los compradores concluyan contratos con médicos de atención primaria que contengan elementos para mejorar eficiencia, sensibilidad (*responsiveness*) en relación a las preferencias de los pacientes y coordinación de atención. La sensibilidad en relación a las preferencias de los pacientes en términos de ubicaciones convenientes, horarios de atención, listas de espera, tiempos de espera en el consultorio médico y posibilidad de consulta telefónica, es probablemente bastante directa. Con respecto a eficiencia y coordinación de la atención las cosas son más complicadas. Parece haber una gran variación en estilos de práctica entre médicos.^{xiii} Mokkink encuentra que los diferentes estilos de práctica de los médicos generalistas holandeses tienen consecuencias importantes en términos de calidad de atención y costos.^{xiv} Este autor diferencia cuatro estilos de práctica.

El “estilo de trabajo integrado” refiere a médicos generalistas que procuran un cuadro general del paciente — cultural, social y psicológico— y desarrollan una relación fuerte con el mismo. Estos médicos refieren a especialistas con menos frecuencia, prescriben menor cantidad de fármacos, practican menos tratamientos diagnósticos innecesarios, y son menos agresivos en su utilización de tecnologías médicas. La reducción de su patrón de referencia es debida únicamente a una reducción substancial de sus referencias por enfermedades no severas, auto-controlables. Debido a su estilo, estos médicos tienen menores tasas de enfermedades iatrogénicas y menores costos (aproximadamente 25-35% menores que los médicos con otros estilos de trabajo).

Habiendo identificado a los médicos generalistas con tal estilo deseado de práctica, sería muy atractivo para los compradores contratar en forma selectiva con ellos. Sin embargo, probablemente forman una minoría (alrededor de un cuarto del total en el estudio de Mokkink) de modo que si los compradores adoptaran esta estrategia no comprarían suficiente atención primaria para sus miembros. Por consiguiente, es también necesario contratar médicos generalistas con estilos de trabajo menos deseables y cambiar sus modalidades de práctica en la dirección deseada. Por ejemplo, un comprador puede recompensar a los generalistas por realizar cursos de educación continua, cursos de actualización, etc. Un comprador puede invertir en establecer un sistema de monitoreo que proporcione a los médicos información relevante sobre su estilo de trabajo y desempeño. Además, el comprador puede contratar con un médico generalista que sea respetado entre sus pares para proporcionar retroalimentación y dirección clínica a otros generalistas.^{xv} Parecería que el estilo de práctica puede ser cambiado proporcionando a los médicos información relevante sobre su conducta.^{xvi}
^{xvii} Trabajando en forma concertada compradores y generalistas deberían llegar a un sistema de remuneración que recompense la buena calidad y el estilo de práctica deseado.^{xviii} Deberían determinar buenas medidas de resultado,^{xx} así como parámetros mensurables de buena calidad de atención y estilo de

trabajo deseable. Subsiguientemente, la remuneración de los médicos de atención primaria debe ser tal que su ingreso sea más alto en la medida en que alcance los valores del parámetro ideal. Aunque la mayoría de los médicos tiene motivos idealistas para proporcionar la mejor calidad de atención, sería ingenuo suponer que estos motivos son los únicos determinantes de su estilo de práctica.

Pueden proporcionarse diferentes ejemplos de cómo el método de remuneración influencia la conducta de los generalistas. En Copenhague después del reemplazo del esquema de capitación completa de los médicos generalistas por un sistema mixto de capitación y honorario por servicio (1985) las tasas de exámenes y tratamientos que suponían remuneración específica adicional aumentaron en forma significativa en comparación con un grupo control para el cual el sistema de remuneración permaneció sin cambios: los servicios diagnósticos aumentaron en una 48%, y los curativos en un 69%. Las tasas de referencia a especialistas cayeron en un 21% y las de referencia a hospitales en un 34%, en ambos casos en comparación con el grupo control.^{xx} Otro estudio se centró en los efectos de agregar un bono de productividad (relacionado con los cobros brutos generados mensualmente por los médicos) al honorario básico por hora de los médicos de atención primaria (Boston, 1985). Como resultado de los nuevos incentivos financieros, los médicos incrementaron el número de pruebas de laboratorio realizadas por consulta en un 23% y el número de aplicaciones de rayos-X por consulta en un 16%. Los cobros totales por mes, ajustados por inflación, crecieron en un 23%, y la mayoría de ellos como resultado de un 12% de incremento en el número promedio de consultas realizadas por mes.^{xxi} Un tercer estudio demostró que el uso de capitación o salarios como forma de reembolso a los médicos de atención primaria estaba asociado con menores tasas de hospitalización en un 7% y 13% respectivamente que el uso de pagos por honorario por servicio.^{xxii} Un cuarto estudio encontró que los pagos con bonos, dependientes de las tasas de prescripción, tasas de referencia y tasas de hospitalización, por encima

de la capacitación de los médicos generalistas, resultaron en aproximadamente un 10% de menor utilización de servicios. (Tilburg, 1984-88).^{xviii}

La lección que puede resultar de estos estudios es que los incentivos financieros tienen peso (aunque no todos los incentivos importantes sean financieros), y que es importante estructurar el método de pago en la remuneración de los médicos de atención primaria de modo tal que los estilos de práctica deseados resulten recompensados. Esto puede hacerse a partir de algunos elementos bonificados, por ejemplo, la prescripción de fármacos, las tasas de referencia, la atención en internación y los costos generales per capita, ajustando todas las cifras por edad, género y condición de salud. Debe observarse que existe una diferencia esencial entre tal esquema de remuneración y el esquema *GP-fundholding* en el Reino Unido. Los *GP-fundholders* reciben un presupuesto con el cual tienen que comprar otra atención, como atención hospitalaria, de especialistas y medicamentos de prescripción. En el caso de los bonos relacionados con desempeño, es la tercera parte compradora la que contrata con los generalistas y compra además la atención de segundo nivel. Incentivos financieros adecuados (bonos) para los médicos de atención primaria que son responsables por la coordinación y autorización previa de la atención de segundo nivel estimulan los estilos de práctica deseados y los resultados deseados.

Contratos entre compradores y proveedores de segunda línea

Puede emerger todo tipo de arreglos contractuales entre el comprador y los proveedores de segunda línea. Los contratos pueden relacionarse con cuestiones como calidad de la atención, volumen, preocupación por las necesidades del paciente, listas de espera, capacidad disponible, costos y cooperación con los médicos de atención primaria. El comprador puede contratar con diferentes (grupos de) proveedores: con especialistas individuales, (redes de) grupos de especialistas o planteles médicos; con hospitales individuales o redes de hospitales; o con “organizaciones de proveedores” consistentes en combina-

ciones de las entidades mencionadas, que pueden estar vinculadas mutuamente unas a otras a través de arreglos contractuales.

En relación a los aspectos financieros de los contratos, se puede pensar en toda clase de métodos de reembolso. El pago a los hospitales puede consistir en un presupuesto determinado en forma prospectiva, pagos por caso o por día. Los médicos individuales pueden estar asalariados, ser pagados a través de un monto fijo por período por persona (capitación) o pueden ser pagados por cada ítem de servicio. Los grupos de médicos pueden ser remunerados por un monto capitado predeterminado, mientras el grupo paga al médico individual en una forma auto-determinada. Puede pensarse todo tipo de formas de compartir el riesgo financiero entre el comprador, los hospitales y los (grupos de) médicos.

A través de los contratos los compradores pueden estimular muchos tipos de técnicas de gestión de utilización para controlar el uso de atención innecesaria o innecesariamente costosa. Estas estrategias pueden incorporar una variedad de tácticas. La instalación de atención puede ser trasladada desde una ubicación de alto costo (un hospital) a una de bajo costo (en el hogar o servicios de enfermería) a través de la planificación de altas. La autorización previa para la atención en internación y las segundas opciones quirúrgicas pueden mejorar la eficiencia. La atención ambulatoria puede sustituir la brindada en internación, y se puede poner más énfasis en atención primaria. La utilización mejorada de las instalaciones existentes (a partir de operatoria nocturna o en fines de semana, o cerrando la capacidad excesiva) puede resultar en mayor eficiencia. La racionalización de la fuerza de trabajo, incluyendo re-asignaciones, puede también reducir costos.

La presencia de sistemas bien desarrollados de sistemas de gestión de información es un prerrequisito para estar en condiciones de concluir contratos e implementar una variedad de programas de gestión de utilización.^{xviii} La iniciativa para desarrollar estos sistemas de información puede ser tomada por grandes organizaciones de proveedores, o por los compradores. Por ejemplo, cuando un comprador contrata con

médicos de atención primaria individuales o centros de atención primaria relativamente pequeños, estos proveedores no pueden sustentar la compra de un sistema sofisticado de gestión de información. En ese caso el comprador puede hacerlo y puede apoyar a los médicos de atención primaria no sólo en la construcción de los perfiles de los médicos y en la gestión de utilización, sino también en la selección de hospitales eficientes.

Contratos entre compradores y consumidores de atención

En países con un Servicio Nacional de Salud “clásico”, la forma en que se asignan los presupuestos hospitalarios no contiene incentivos para atraer más pacientes, porque en esos casos “el dinero no sigue al paciente” (*the money did not follow the patients*). Un importante aspecto de la reforma en, por ejemplo, Nueva Zelanda, Suecia y el Reino Unido, por consiguiente, es que “*el dinero sigue al paciente*” (*the money follows the patient*). Este principio se asume como un incentivo importante para estimular a los proveedores de atención a aceptar contratos que contengan incentivos de eficiencia, sensibilidad en relación a las preferencias del paciente y coordinación de la atención. En la medida en que sensibilidad en relación a las preferencias del paciente está en juego, este razonamiento tiene sentido: ya que los consumidores que aprecien esta actitud elegirán proveedores de atención que la promuevan. Sin embargo, con respecto a los incentivos por eficiencia y coordinación de atención no debe esperarse que operen necesariamente en el sentido deseado. Los médicos a menudo alegan que sus pacientes los presionan para obtener la prescripción de medicamentos sin utilidad (por ejemplo el uso crónico de píldoras para el sueño, o la aplicación de antibióticos para un simple resfrío causado por un virus) o referencias innecesarias a especialistas. Según los médicos, los pacientes los presionan a realizar todo tipo de procedimientos diagnósticos que resultan costo-inefectivos. Si los consumidores individuales no tienen ningún interés personal en recibir atención eficiente y coordinada, aunque *el dinero siga al*

paciente, ¡los proveedores eficientes pueden tener dificultades para atraer suficientes pacientes! En realidad, si los pacientes, por cualquier razón, prefieren la atención ineficiente y no coordinada a la eficiente y coordinada —manteniéndose igual la sensibilidad en relación a las preferencias del paciente— tanto los pacientes como el dinero irán hacia los proveedores ineficientes y la atención no coordinada.

Por consiguiente, tiene sentido ofrecer al consumidor, en forma análoga al incentivo *natural* de acudir a proveedores sensibles a sus preferencias, un incentivo *monetario* para acudir a proveedores eficientes y aceptar su estilo de práctica (por ej. lineamientos y protocolos). En consecuencia un soporte natural de los arreglos contractuales entre compradores y proveedores es *el contrato entre el comprador y los consumidores de atención*. A cambio de una recompensa monetaria estos contratos pueden especificar algunas condiciones para recibir atención. Estas condiciones pueden vincularse a *quién* proporciona la atención (por ej. sólo aquellos que están indicados en una lista de proveedores “preferidos”), *dónde* se proporciona la atención (por ej. en hospitales con los cuales coopera el médico de atención primaria elegido) y *la aceptación de la coordinación y autorización* por parte de algún médico u organización de proveedores (por ej. referencias, segunda opinión quirúrgica, autorización previa de hospitalización). Por supuesto tienen que haber excepciones para casos de emergencia, casos fuera del área, y probablemente también para alguna forma de atención muy especializada. De este modo, pueden surgir diferentes tipos de contratos de atención coordinada entre la tercera parte compradora y el consumidor de atención. Preferiblemente estos contratos deberían ser armonizados con los contratos entre el comprador y los proveedores de atención. De modo de asegurar que los compradores cumplan su obligación de contratar atención suficiente según las necesidades de sus miembros y garantizar que el consumidor tenga suficiente acceso a buena atención según su necesidad, se podría pensar en establecer una Junta Nacional de Certificación, que se ocupe de certificar todos los contratos de atención coordinada.

En la medida en que están comprometidas *recompensas monetarias*, puede pensarse en la reducción o eliminación de los co-pagos, o la reducción de primas o contribuciones. La racionalidad por detrás de estos incentivos monetarios es que la atención coordinada, eficiente, y una elección de proveedor totalmente libre no pueden ir juntas. Sin embargo, es posible dar al consumidor una libre elección entre atención coordinada, eficiente por un precio razonable y atención no coordinada, ineficiente, por un precio mayor. En última instancia, la opción es del consumidor.

Convergencia

Una tercera tendencia cuya continuación puede esperarse en muchos países es el cambio de la regulación gubernamental desde medidas de comando-y-control hacia políticas de estímulo a la competencia. Un ejemplo de tal política es permitir a las terceras partes compradoras contratar *selectivamente* con proveedores de atención. Esto estimulará la competencia entre proveedores. Puede esperarse que la tendencia hacia la competencia entre proveedores continúe. Sin embargo, una cuestión más controvertida es si habrá o no competencia entre terceras partes compradoras de atención. Diferentes argumentos pueden mencionarse en la discusión sobre la elección entre un modelo *competitivo* y un modelo *monopsónico* (por ejemplo un mercado monopolístico para la compra por tercera parte en combinación con un mercado de proveedores competitivo).

Un argumento en favor del modelo monopsónico radica en que un comprador monopsónico puede ejercer el máximo poder de compra para obtener la mejor atención médica a los precios más bajos, especialmente cuando el mercado proveedor es altamente competitivo. Otro argumento en favor de este modelo es que es probable que los costos de transacción sean menores que un mercado competitivo, dado que los proveedores tienen que concluir contratos solamente con un proveedor. Además, los costos de propaganda serán menores. Finalmente, un solo comprador puede ser preferible porque puede facilitar la coherencia y coordinación de la provisión local de atención médica, que es considerada importante des-

de una perspectiva de salud pública. El talón de Aquiles del modelo monopsónico, sin embargo, es la falta de incentivos para la tercera parte compradora para actuar como un agente en defensa del interés de los consumidores. Es posible preguntarse por qué un comprador monopsónico no debería gozar de una vida tranquila. Por consiguiente, un sistema de incentivos regulatorios y monitoreo debería desarrollarse para garantizar que la única tercera parte compradora actúe en interés del consumidor. Una opción puede ser tener equipos de gestión licitando por franquicias que serían periódicamente vueltas a contratar.^{xxv}

Un fuerte argumento en favor del modelo competitivo es que la competencia puede proporcionar a los compradores incentivos para actuar como agente efectivo del interés de sus (potenciales) consumidores.^{5 xxvi} Sin embargo, la competencia no genera en forma automática incentivos adecuados. En caso de competencia entre terceras partes compradoras el problema clave es mantener el acceso y prevenir el *cream skimming*,⁶ por ej. la selección de consumidores “beneficiosos”. Por consiguiente, un mercado competitivo de compra por terceras partes debería estar complementado con un mecanismo para garantizar acceso y remover incentivos para prácticas de *cream skimming*. Aunque existen posibilidades técnicas para prevenir esta modalidad de selección adversa,^{xxvii} una cantidad de experimentación y evaluación será necesaria para asegurar su factibilidad. En un mercado de seguro de salud obligatorio monopsónico el problema del *cream skimming* es inexistente.

En consecuencia, tanto en mercados competitivos como monopsónicos de compra de atención médica por terceras partes es necesaria regulación adicional para garantizar que los compradores actúan en interés del consumidor. Sin embargo, la naturaleza de la intervención requerida en ambos tipos de mercado será bastante diferente. Consiguientemente en diferentes países la forma elegida de (re)formar el mercado para la compra por tercera parte dependerá de la posibilidad de encontrar soluciones factibles frente a estos problemas.^{xxviii} Las cuestiones relacionadas con un mercado competitivo para com-

5. En este artículo me limito a los denominados riesgos no catastróficos. Para un discusión sobre riesgos catastróficos ver nota xxvi.

6. La expresión *cream skimming* no tiene traducción directa en español. En la literatura sobre políticas sociales y de atención médica se la utiliza para identificar las prácticas de discriminación realizadas por proveedores o aseguradores contra los usuarios más costosos: los pacientes crónicos, las personas ancianas incontinentes, confundidas, los niños con problemas de conducta en un medio carente. Si los aseguradores pueden seleccionar su membresía y los proveedores elegir a quienes proveerán, es decir si pueden “tomar la crema”, entonces los servicios sociales no llegarán a aquellos que más los necesitan. *Nota del traductor*.

pra por tercera parte pueden ser más severas para países que anteriormente tenían un Servicio Nacional de Salud que para aquellos sistemas basados en el seguro, por la falta de datos para el cálculo de pagos por capitación ajustados por riesgo para los compradores en competencia y una falta de experiencia con regímenes regulatorios para mercados competitivos de este tipo.

Una cuestión interesante es si en *el largo plazo*, cuanto estos problemas técnicos se hayan solucionado, será posible una convergencia, y si es así, hacia qué modelo. Según Enthoven,^{xxx} la estructura ideal de mercado proporcionaría a cada organización de atención médica incentivos adecuados para producir el máximo *value for money*⁷ para los suscriptores enrolados. Debería estar basada en sistemas de financiamiento y provisión integrados —acuerdos que vinculen a médicos, hospitales y aseguradores— con pagos per capita, con proveedores sometidos a riesgo por los costos de atención y costos de mala calidad, públicamente responsables por calidad y costos per capita. La estructura de mercado ideal debe ser gestionada por agentes compradores activos, inteligentes, colectivos, denominados *sponsors*,⁸ que contraten con los sistemas de atención médica y establezcan las reglas de la competencia. En el modelo ideal de Enthoven hay competencia entre planes de salud responsables. Estos planes de salud tienen a cargo la función de financiación y deben tener bajo contrato un panel de proveedores en condiciones de proporcionar el rango completo de los servicios cubiertos.

En la práctica podemos ver en diferentes países todos los tipos de modelos mixtos, conteniendo elementos tanto del modelo competitivo como del monopsonico. Un buen ejemplo de un modelo mixto dinámico es el Reino Unido. Cuando se pusieron en marcha las reformas a comienzos de los 90, las monopólicas Autoridades Regionales de Salud eran terceras partes compradoras de atención con gran peso en la delimitación del mercado. El número de *GP-fundholders*, que cumplían parcialmente el rol de compradores de atención de segundo nivel, era relativamente pequeño y el monto de atención hospitalaria que compraban era sólo cercano al 15% de los costos totales de

la atención hospitalaria proporcionada a sus pacientes. Sin embargo, a lo largo del tiempo tuvieron lugar algunos desarrollos interesantes. Primero, el número de *GP-fundholders* aumentó rápidamente cada año. Segundo, algunos de ellos formaron coaliciones de compradores de modo de fortalecer su posición como comprador y reducir los costos de transacción relacionados con la contratación; por ej. más de 100 *GP-fundholders* en Birmingham, que sirven más de 200.000 pacientes, trabajan juntos en el Birmingham Multifund. Tercero, en 1996 se introdujo un nuevo tipo de *GP-fundholder* —junto al tradicional— en la modalidad denominada *full-fundholdership*. El generalista que opta por ser un *full-fundholder* asume, en principio, la responsabilidad financiera de todos los costos de seguimiento de sus pacientes. La combinación de estos nuevos desarrollos, junto con la libertad del consumidor para elegir sus médicos generalistas, puede llevar a un subsistema del sector de atención médica consistentes en “multifondos” en competencia. A través de contratos de atención coordinada, como se discutió en la sección anterior, la diferencia entre estos multifondos y aseguradores (actuando como terceras partes compradoras de atención) y los planes de salud en el modelo competitivo puede disminuir aún más. El tiempo mostrará si el modelo competitivo o el monopsonico llegarán a ser dominantes en el Reino Unido. Del mismo modo, la Cláusula 6c. en la Ley de Servicios de Salud y Discapacidad de Nueva Zelanda de 1992, que permite la eventual existencia de planes de salud alternativos (en competencia) actuando como compradores, puede en última instancia cambiar el modelo dominante en el sistema de atención médica neozelandés. La misma afirmación puede aplicarse a Portugal e Italia, donde “la opción por fuera” (*opting out*) ha sido seriamente discutida. En Israel los consumidores tienen libre elección de fondos de enfermedad, que tienen sus propios hospitales y médicos en carácter de empleados. Según Chinitz^{xxx} la atención médica israelí tiene el potencial de acercarse a las condiciones de competencia administrada (*managed competition*) elaboradas por Enthoven. Aunque es demasiado pronto para especular so-

7. Un traducción directa de la expresión *value for money* no transmitiría el significado que en general se le asigna en la literatura sobre reforma. En buena parte de ella se la asimila al concepto de eficiencia productiva: los proveedores en condiciones de ofrecer el mayor *value for money* son aquellos que proporcionan una determinada cantidad y calidad de servicios al menor costo posible. *Nota del traductor.*

8. Este concepto se generalizó a partir de los trabajos de Alain Enthoven. En su propuesta se caracteriza como *sponsors* a los grandes compradores de atención médica, que en EE.UU. se identifican con grandes empleadores y programas públicos como Medicare y Medicaid. En la propuesta de competencia administrada (*managed competition*) elaborada por este economista, la función del *sponsor* es estructurar el mercado, diseñar y administrar activamente un proceso de elección informada y consciente de los costos por parte del consumidor, para motivar a los esquemas de financiación y provisión participantes a producir una combinación favorable de eficiencia y equidad. *Nota del traductor.*

bre una convergencia en torno a algún “modelo ideal” es interesante analizar cuidadosamente las similitudes (y diferencias) en la reforma de la atención médica en diferentes países.

Contención de costos

La contención de costos es un elemento importante en la discusión sobre la reforma de la atención médica. En consecuencia, pueden plantearse preguntas interesantes: ¿Puede un sistema competitivo de atención médica ser exitoso en la contención de costos? ¿Existe alguna evidencia? Dado que la tendencia hacia la competencia en atención médica está todavía en una etapa inicial, no es posible llegar a alguna conclusión definitiva sobre el éxito potencial de la competencia con respecto al control de costos. Aunque los planes de *managed care* en los EE.UU. (HMOs y seguro de proveedor preferido) están en condiciones de reducir costos y ofrecer *value for money*^{xxxix} ^{xxxix} no han ayudado a reducir el gasto nacional en salud. Según Enthoven^{xxxiv} esto puede ser explicado en razón de que las prácticas de los compradores (incluyendo gobierno y empleadores) la legislación impositiva y otras imperfecciones del mercado reducen la demanda por contención de costos, y de ese modo privan a los planes de *managed care* de un incentivo adecuado para recortar costos y precios. Según Enthoven, todavía no se ha alcanzado la competencia.

Sin embargo, hay resultados obtenidos por algunos estudios en los EE.UU. que ofrecen estímulo para los defensores del enfoque de competencia regulada. Wholey et al.^{xxxv} examinaron los efectos de la estructura de mercado sobre las primas de HMOs desde 1980 a 1991. Encontraron que mayor competencia, medida por el número de HMOs en el área de mercado, reduce las primas HMO. En otro estudio Feldstein y Wickizer^{xxxvi} encontraron también resultados que sostienen la creencia de que la competencia inducida de las HMO tienen el potencial de controlar la tasa de incremento en los costos de la atención médica. Encontraron que un 10% de crecimiento en la tasa de penetración del mercado HMO conduciría, en promedio a una tasa anual de incremento de las primas de seguro de salud

un 6,5% menor. Zwaziger et al.^{xxxvii} encontraron que la introducción de contratación selectiva en California en 1982 redujo la tasa de crecimiento de los costos hospitalarios. La contratación selectiva indujo a los hospitales en los mercados altamente competitivos a disminuir sus costos, sobre el período 1982-1990 en casi un 13% en comparación con los costos en los hospitales menos competitivos. Algunos resultados preliminares adicionales sobre los efectos de la competencia en atención médica provienen de Holanda y Suecia. La introducción de contratación selectiva en Holanda a comienzos de los 90 resultó en una reducción entre un cuarto y un tercio de los precios de dispositivos médicos. La introducción de elementos competitivos en Suecia (el “modelo Estocolmo”) resultó en un incremento sustancial en la productividad de los médicos.

Aunque es demasiado temprano para conclusiones definitivas sobre el efecto de la competencia sobre los costos, resulta interesante pensar sobre los efectos *esperados* de la competencia. Parecería que los políticos tuvieran expectativas sobre el resultado de un mercado competitivo de atención médica que no se corresponden con la teoría económica. Los políticos se centran con fuerza en la contención de costos en el sentido de estabilizar la fracción del producto bruto nacional que se gasta en atención médica. A menudo consideran la competencia regulada en atención médica como un sustituto de la regulación detallada del gobierno en relación a precios, volumen y capacidad con el objeto de contener los costos. Sin embargo, la teoría económica predice que bajo ciertas condiciones (ideales)⁹ la competencia puede mejorar la eficiencia, calidad, innovación y sensibilidad ante las preferencias de los consumidores —ninguna de las cuales es sinónimo de contención de costos en el sentido político—. Puede esperarse que la competencia regulada produzca más “*value for money*”. Sin embargo, si la atención médica adicional puede contribuir a la salud de cada uno, y si la competencia en atención médica produce más *value for money* y si la mayoría de las personas considera que una buena condición de salud es lo más importante en la vida (más importante que un buen matrimonio, casa o

9. Por ejemplo, el ingreso abierto al mercado, consumidores bien informados, una política adecuada anti monopolio, la transparencia del mercado y la protección de la población contra el charlatanismo.

trabajo) —como lo hace el 60% de la población holandesa— no puede excluirse la opción de que un sistema competitivo de atención médica produzca a la vez más eficiencia (menores costos unitarios) y mayores costos totales (unidades de mayor calidad y/o mayor número de unidades).

Como consecuencia del aumento de los gastos de atención médica pueden también aumentar los subsidios cruzados que son necesarios para garantizar el acceso a la atención médica para las personas enfermas y de bajo ingreso.^{10 xxxviii}

Opciones en atención médica

Dada la tendencia ya indicada hacia una atención médica orientada hacia el mercado y un tope en el gasto público en atención médica que son necesarios para los subsidios cruzados para las personas enfermas y de bajo ingreso, surgen algunas preguntas cruciales: ¿A qué tipo de atención médica debe proporcionar acceso el seguro de salud obligatorio? ¿Debe tener acceso la totalidad de la población a través del seguro de salud obligatorio a toda la atención en condiciones de producir algún beneficio positivo, independientemente de los costos? ¿Puede conservarse la equidad en un sistema competitivo de atención médica?

En 1991 el Comité del gobierno holandés sobre Opciones en Atención Médica dictaminó que sólo la atención que se hubiera demostrado efectiva debía incluirse en el paquete de beneficios del seguro de salud obligatorio.^{xxxix} Toda la atención médica que no se hubiera demostrado efectiva, *no* debía ser incluida en el paquete de beneficios del seguro obligatorio. Además el Comité aconsejó excluir aquellos beneficios propios del seguro de salud obligatorio cuyos costos son altos y los beneficios esperados muy bajos. Esto excluye tipos de atención médica que son conocidos como atención “costo-inefectiva”. El Comité enfatizó que es importante considerar la efectividad de un cierto tratamiento en relación a la indicación médica y la condición del paciente.

En diferentes exposiciones sobre el informe del Comité que fueron presentadas por este autor a médicos, el interrogante planteado fue: ¿qué porcentaje de la atención que está siendo pagada actualmente por el sistema de segu-

ro social de salud considera usted que ha demostrado ser efectiva? La mayoría de las estimaciones de los médicos holandeses se ubicaron en un rango entre el 20 y el 40% y ninguna por encima del 50%. Ejemplos frecuentemente mencionados de atención médica ineffectiva son: las pruebas de laboratorio de rutina, la fisioterapia permanente, los antibióticos en caso de resfriados simples provocados por un virus, el uso crónico de píldoras para dormir, los exámenes físicos de rutina y la psicoterapia permanente. La aplicación del criterio de “efectividad” probablemente reduciría substancialmente el derecho a beneficios cubiertos por el seguro de salud obligatorio. Sin embargo, es casi imposible dejar fuera del paquete básico algunos servicios específicos sobre la base del criterio de (costo)-efectividad. La razón es que la efectividad de la atención debe ser considerada en relación a la indicación médica y la condición del paciente. Por consiguiente, el Comité coloca la responsabilidad por la atención costo-efectiva fundamentalmente sobre las profesiones y sus organizaciones. Ellas deben trabajar en colaboración con otros para desarrollar las normas de la atención costo-efectiva. La profesión médica debería ser activa en establecer procedimientos de decisión en situaciones en las cuales la posibilidad de éxito médico es baja. Las áreas que podrían recibir atención son, por ejemplo, neonatología, quimioterapia para cáncer y trasplantes. Del mismo modo, las profesiones deberían establecer estándares y pautas para la atención cotidiana y utilizarlas para asegurar la calidad del servicio. Dado que los pacientes vulnerables en cuanto a necesidad de atención tienen una muy alta disposición a pagar para aferrarse a alguna esperanza (*to graps at a straw*), el gobierno debería proteger a la población contra la comercialización de atención vana —“su dinero o su vida”— por la industria médica que tiene un interés, al igual que cualquier otra industria, en ampliar sus negocios. Con el objeto de reducir la demanda del consumidor por atención fútil, de baja productividad, la población debería estar bien informada sobre la baja efectividad de ciertos procedimientos médicos para condiciones específicas. El Comité sugiere la provisión de infor-

10. Para argumentos en torno a si el gobierno debe o no establecer un presupuesto global sobre el gasto en atención médica total, ver nota final # xxxviii.

mación bajo la forma de hojas de información comprensibles, líneas telefónicas gratuitas y el desarrollo de programas de elección sobre dilemas comunes, tales como realizar o no una operación de próstata. El público debería estar altamente comprometido en la definición del paquete básico de beneficios. Los médicos deberían explicar a sus pacientes *por qué* determinada prueba o intervención es innecesaria para su condición específica. Esto incrementaría la comprensión del paciente y su disposición a abandonar la idea de que “más es mejor”. Todas estas actividades deberían estar apoyadas con incentivos financieros. El Comité se expide en favor de la introducción de incentivos económicos específicos para los proveedores, de modo tal que la utilización de tecnología no esté recompensada en mayor medida que una consulta con el paciente, el relevamiento de la historia clínica y el examen físico. Bonos y contratación selectiva pueden proporcionar incentivos complementarios para trabajar en forma costo-efectiva. Aunque los incentivos financieros deben estar dirigidos fundamentalmente a los médicos, podrían también ser orientados, como ya se señaló, hacia los pacientes.

Elección de contrato de seguro por el consumidor

Conforme a las propuestas de la reforma holandesa (1988), el asegurado puede elegir entre varios contratos de seguro ofrecidos por los aseguradores. Todos los contratos de seguro deben cubrir (al menos) el paquete estándar básico de beneficios. Un asegurador puede ofrecer varios contratos de seguro en tanto los derechos del asegurado se respeten conforme a lo establecido por la ley. Además de una póliza denominada de “Libertad Total”, que reembolsa todas las facturas de todos los proveedores de atención sin ninguna restricción, los aseguradores pueden también ofrecer los llamados “planes de proveedor limitado”, como HMOs o arreglos de seguro de proveedor limitado. La mayoría de los costos en ese caso sólo serían reembolsados cuando el servicio es provisto o prescrito por proveedores contratados y cuidadosamente seleccionados. Especificando

calidad, volumen, precio y eficiencia de la atención en los contratos con los proveedores, los aseguradores deben ofrecer atención costo efectiva. El Comité sobre Opciones en Atención Médica aconsejó que se permitiera a los aseguradores rehusar el reembolso de costos por atención inefectiva. Denominó a ese tipo de contrato de seguro como póliza de “Atención Apropriada”. (Existe una clara analogía entre tal póliza de Atención Apropriada y los contratos de atención coordinada ya discutidos). El asegurado debería estar en libertad de comprar, por ejemplo, una póliza de Libertad Total, que reembolsa sin condiciones todos los gastos de salud, pero, por supuesto, la prima de esta última póliza sería mucho mayor que la asignada a la primera. Los subsidios cruzados para los beneficiarios enfermos y de bajo ingreso deben depender solamente de la condición de salud del asegurado y no de la póliza elegida. Si existen grupos de consumidores que prefieren recibir atención de una determinada red de proveedores de atención médica, debe esperarse que los aseguradores respondan a tales preferencias ofreciendo pólizas especiales vinculadas a tales redes. Esto permite que los consumidores elijan un contrato de seguro u otro, según sus preferencias, sus concepciones sobre atención médica, su estilo de vida o creencias. El contrato de seguro debería estar vinculado por un lado a las condiciones en que la atención será recibida (por ejemplo: ¿qué proveedores? ¿qué instalaciones? ¿qué pautas?) y por el otro a la prima del seguro. De este modo el consumidor puede hacer importantes “opciones en atención médica” a través de su opción de contrato de seguro.

Una diferencia entre la póliza de Atención Apropriada y la póliza de Libertad Total puede ser la siguiente: Supongamos que exista un cierta enfermedad o afección que pueda ser diagnosticada y curada por diferentes métodos con diferentes grados de certidumbre y diferentes precios: método 1, con 99% de certidumbre, que cuesta \$100, y método 2 con 99,9% de certidumbre que cuesta \$10.000. La póliza de Atención Apropriada con una prima relativamente baja cubriría probablemente el método 1 y no el método 2, mientras la póliza de Libertad Total con una prima

muy alta cubriría el método 2. Otro ejemplo: supongamos una cierta situación con amenaza de vida para la que exista un tratamiento con un 1% de probabilidad de éxito a un precio de \$500.000. La póliza de Atención Apropiaada no cubriría este tratamiento por su bajo costo-efectividad, mientras la de Libertad Total podría cubrirlo (siempre que el tratamiento no fuera perjudicial para el paciente). La idea de dar al consumidor este tipo de opción sobre el contrato de seguro es similar a las propuestas de Pauly¹¹ de competencia entre planes de salud sobre la base de la tasa de introducción de tecnología. Ofreciendo una opción sobre contratos de seguro, el consumidor puede hacer —dentro de un cierto rango de límites— una opción basada en sus propias preferencias con respecto a la atención, estilo de atención y precio. Con el objeto de proteger al público frente a una situación en la cual, después de haber desarrollado una enfermedad grave, se lamenta la opción realizada sobre contrato de seguro, cada contrato debería contener al menos una lista especificada de beneficios (motivo de “bien meritario”).

Equidad

Supongamos que la sociedad hace una opción explícita en relación a que el método 2 y el tratamiento de \$500.000 no serán incluidos en el paquete básico de beneficios del seguro de salud obligatorio. La cuestión que se plantea es si un sistema de atención médica de este tipo, en el cual aquellos que pueden pagar reciben el método 2 y el tratamiento de \$500.000, y aquellos que *no* pueden pagar *no* los reciben, es aceptable para países donde la solidaridad y la equidad ocupan un lugar importante en la agenda política.¹¹ Para responder a esta cuestión es necesario comprender que *dado* un monto limitado de dinero disponible para subsidios cruzados desde los beneficiarios más saludables y de alto ingreso hacia los enfermos y de bajo ingreso, tales opciones no sólo son necesarias, sino también justas. No hacer explícitas tales opciones producirá un sistema indeseable y arbitrario de dos tercios. Resultará en listas de espera y pobre calidad en el sector de atención médica financiado *públicamente* y servicios

prontos y atención de élite de alta calidad en el sector financiado *privadamente*. Aquellos que pueden pagar siempre encontrarán la forma, afuera o en su propio país. Por ejemplo, en Irlanda y en el Reino Unido se permite a los médicos asalariados que trabajan en un hospital público tratar a pacientes privados en su práctica privada por un honorario privado. Consiguientemente, aquellos que pueden solventarlo reciben el tratamiento hoy, y aquellos que no pueden tienen que esperar uno o dos años. La forma más exitosa de contención de costos se vincula a la longitud de las listas de espera y al crecimiento del sistema de dos tercios. En varios países de Europa del Este la atención médica es “gratuita para todos” formalmente hablando. Sin embargo, en muchos casos los pacientes tienen que realizar pagos al proveedor “por debajo de la mesa”. De modo que el *ingreso* total del médico asalariado a menudo es un múltiplo de su *salario* formal. Si la sociedad considera injusto que exista un diferente acceso a servicios de atención médica básicos para aquellos que tienen y aquellos que no tienen “hacer opciones explícitas hoy” es necesario para “compartir y seguir compartiendo mañana”.

Dado un monto limitado de dinero disponible para los subsidios cruzados a los beneficiarios enfermos y de bajo ingreso, la interpretación de “equidad” como “igual acceso a atención costo-efectiva en un período de tiempo razonable” parece ser defendible. Sin embargo, esta forma de pensar es nueva para una gran mayoría de la población en muchos países desarrollados y puede ser difícil de aceptar. Hasta recientemente, todo lo que era médica y técnicamente posible en atención de salud tenía que ser hecho. Sin embargo, debería comprenderse que en otros sectores en los cuales salud, vida y muerte están en juego, factores de promoción de salud que son técnicamente posibles parecen ser económicamente imposibles, porque —después de pesar costos y beneficios— las personas no están preparadas para pagar por ellos. Esto se ve, por ejemplo, en la seguridad en el tránsito (autos, aviones, cruces a nivel), centrales de energía nuclear, seguridad ocupacional y la altura de los diques (un bien conocido problema en

11. Si la opción de contrato de seguro *no* está relacionada con el poder de compra de un individuo, reflejará el gusto y preferencias de cada consumidor y no será necesariamente un problema.

Holanda). El hecho de que no proporcionar alguna atención costosa a un determinado paciente puede resultar en una muerte *identificable*, mientras las futuras víctimas de una accidente de tránsito o una inundación son muertes *estadísticas*,^{xii} no debería ser relevante para los planificadores. Si el valor marginal del último dólar gastado en atención médica es menor que el valor marginal del último dólar gastado en bienes diferentes de la atención médica, la aplicación del criterio de costo-efectividad en atención médica puede mejorar la eficiencia general en la sociedad. Aquellos que piensan que es injusto que las personas de bajo ingreso no puedan solventar el método 2 y el tratamiento de \$500.000 deberían comprender que otros elementos con influencia sobre salud con probablemente un efecto mayor en salud, como autos seguros y buena vivienda (sin polución ambiental, ni humedad, ni contaminación por ruido) pueden ser libremente comprados por aquellos que pueden solventarlos y están dispuestos a pagarlos.

Además del efecto de “desigualdad” que resulta de permitir a algunos pocos felices —si lo desean— comprar el método 2 y pagar el tratamiento de \$500.000, existe también un efecto positivo. A lo largo del tiempo la relación entre calidad/precio de estas nuevas tecnologías probablemente mejorará, al igual que sucedió con computadoras y aparatos de fax de modo que después de un cierto período de tiempo la sociedad puede decidir incluir estas tecnologías en el paquete básico de beneficios. Si no se hubiera permitido a Mercedes y Volvo implementar nuevas tecnologías de seguridad como ABS y sacos de aire en sus lujuriosas limosinas, estas tecnologías no estarían ahora disponibles en Volkswagen a un precio razonable. En función de que no se bloqueó la innovación dinámica un Volkswagen es ahora mucho más seguro que un Mercedes o Volvo hace 30 años. Otro efecto positivo es que las nuevas tecnologías médicas tienen primero que aprobar exitosamente la prueba del mercado. El mercado dará señales a la industria respecto a si las nuevas tecnologías, que son factibles técnicamente, son también factibles económicamente, o no lo son. Si incluso los grupos de más alto ingreso no consideran que una nue-

va tecnología “vale la pena”, no será necesario incluirla en el paquete básico obligatorio de beneficios.

Es imposible definir sobre la base del criterio de costo-efectividad un paquete básico de beneficios obligatorio para todas las sociedades en cualquier momento. Cada sociedad tiene que formular sus propias opciones en relación a si los trasplantes de órganos (riñón, corazón, pulmón y combinaciones), los trasplantes de médula, las operaciones de *bypass* coronario, la nutrición parenteral total, las resonancia magnética, las operaciones oculares con láser (como un sustituto de los anteojos) y los medicamentos costosos (por ej. el interferón beta Bretaseron, que cuesta alrededor de \$20.000 por paciente por año) tienen un costo que merece ser solventado, y si el paquete básico debe cubrir un marcapasos de mil pesos o de cinco mil. ¿Qué puede la sociedad solventar? ¿Cuán amplias son las preferencias altruistas en el interior de la sociedad? ¿Cuáles son los costos de oportunidad de gastar un dólar extra en atención médica? Cada sociedad debe hacer sus propias opciones y debe actualizarlas de manera continua.

Conclusión y discusión

En este artículo hemos indicado algunas tendencias internacionales en las reformas de la atención médica y hemos explorado potenciales opciones futuras. Desde una perspectiva internacional podemos observar una tendencia hacia seguro de salud obligatorio universal, contratos entre terceras partes compradoras y proveedores de atención, competencia entre proveedores de atención y un reforzamiento de la atención primaria. Puede esperarse que estas tendencias continúen. Una cuestión más controvertida es si debería también haber competencia entre las terceras partes compradoras y si en el largo plazo se producirá una convergencia hacia algún modelo “ideal”. La introducción en la atención médica de elementos orientados al mercado (incentivos, competencia regulada) tiene la ventaja de permitir la ruptura del círculo vicioso de gastos siempre crecientes. En muchos sistemas de atención médica hay más incentivos al crecimiento de costos que a su decremento. La industria médica tiene interés en

ampliar sus negocios, los médicos son a menudo remunerados sobre una base de honorario por servicio (también para atención innecesaria y para atención innecesariamente costosa), las terceras partes compradoras a menudo no tienen interés en la contención de costos, y el consumidor tienen costos bajos o ningún costo marginal en pagos de bolsillo por la existencia de seguro de salud. De modo que a menudo existe una fuerte coalición en el sector atención médica sin interés en la contención de costos. A partir de elementos de mercado todas las partes puede incorporar algún interés, en diferentes niveles, para hacer un *trade-off* entre costos y calidad.

Sin embargo, aunque puede esperarse que la competencia regulada en atención médica produzca más *value for money*, no puede garantizar que los gastos de atención médica no tendrán aumento adicional, o incluso disminuirán. No podemos excluir la opción de que un sistema competitivo de atención médica produzca al mismo tiempo más eficiencia y mayores costos totales. Una pregunta importante, sin embargo, es: ¿puede ser conservada la equidad en un sistema de atención médica competitivo? Se ha argumentado que esto puede lograrse si interpretamos equidad como "igual acceso a atención costo-efectiva dentro de un lapso razonable".

Dado que la efectividad de la atención debe ser considerada en relación a la indicación médica y la condición del paciente, la responsabilidad por atención costo efectiva descansa fundamentalmente en los proveedores de atención. Pautas y protocolos deben ser desarrollados por la profesión y apoyados por incentivos financieros incorporados en los contratos.

Se ha argumentado que las terceras partes compradoras podrían concentrarse en los contratos con médicos de atención primaria. La contratación con otros proveedores (atención de especialistas e institucional) puede ser un complemento natural de tales contratos y de hecho apoyar las condiciones acordadas en los contratos entre el comprador y el médico de atención primaria. Los contratos de atención coordinada entre terceras partes compradoras y el consumidor de atención pueden

ofrecer a este último incentivos monetarios para acudir a proveedores eficientes.

La elección por el consumidor del contrato de seguro puede proporcionarle la oportunidad de hacer importantes opciones en atención médica a través del tipo de contrato seleccionado. Sin embargo, cada sociedad tiene que formular sus propias opciones sobre qué atención debería estar disponible para todos independientemente del poder de compra de cada uno.

Bibliografía

- i. OECD. 1992. *The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Health Policy Studies n° 2. París.OECD.
- ii. OECD. 1994. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Health Policy Studies n° 5. París OECD.
- iii. Abel-Smith B, Mossialos E. 1994. "Cost containment and health care reform: a study of the European Union". *Health Policy* 28:89.
- iv. Ham C, Brommels M. 1994. "Health care reform in the Netherlands. Sweden and the United Kingdom". *Health Affairs* 13 (5):106.
- v. van de Ven WPM, Schut FT, Rutten FFH. 1994. "Forming and reforming the market for third -party purchasing of health care". *Social Science & Medicine* 39:1405.
- vi. Saltman R, von Otter C. 1992. *Planned Markets and Public Competition*. Buckingham: Open University Press.
- vii. Hillman AL. 1987. "Financial incentives for physicians in HMOs. ¿Is there a conflict of interest?". *New England Journal of Medicine* 317: 1743.
- viii. Kitzhaber J, Lenny AM. 1995. "On the Oregon trail". *British Medical Bulletin* 51:88.
- ix. van de Ven WPM. 1995. "Choices in health Care: a contribution for the Netherlands". *British Medical Bulletin* 51: 781.
- x. Cooper MH. 1993. "Core services and the New Zealand health reforms". *British Medical Bulletin* 51: 799.
- xi. Calltrop J. 1995. "Sweden; no easy choices". *British Medical Bulletin* 51: 791.
- xii. Klein RP, Redmayne S. 1995. "Rationing in the NHS: the dance of the seven veils- in reverse". *British Medical Bulletin* 51: 769.
- xiii. Wennberg JE. 1987. "The paradox of appropriate care". *Journal of American Medical Association* 258: 2568.
- xiv. Mokkink HGA. 1986. *Ziekenfondscijfers ajs Parameter voor het handelen van Huisartsen*. Disertación, Universidad de Nijmegen.
- xv. Roper WL, Winkenwerder W, Hackbarth GM, Krakauer H. 1988. "Effectiveness in health care: an initiative to evaluate and improve medical practice". *New England Journal of Medicine*, 319:1197.

- xxvi. Wennberg JE, Blowers L, Parker R, Gittelsohn AM. 1977. "Changes in tonsillectomy rates associated with feedback and review". *Pediatrics* 59:821.
- xxvii. Dyck FJ et al. 1977. "Effects of surveillance on the number of hysterectomies in the province of Saskatchewan". *New England Journal of Medicine* 296: 1326.
- xxviii. Lomas et al. 1989. "Do practice guidelines guide practice?" *New England Journal of Medicine* 296: 1326.
- xxix. Gornick M, Lubitz J, Riley G. 1991. "U.S. initiatives and approaches for outcomes and effectiveness research". *Health Policy* 17: 209.
- xxx. Krasnik A. et al. 1990. "Changing remuneration systems: effects on activity in general practice". *British Medical Journal* 300: 1698.
- xxxi. Hemenwal D, Killen A, Cashman SB, Parks CL, Bicknell WJ. 1990. "Physicians' responses to financial incentives". *New England Journal of Medicine* 322, 1059.
- xxxii. Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ. 1989. "How do financial incentives affects physicians' clinical decisions and the financial performance or health maintenance organizations?" *New England Journal of Medicine* 321: 86.
- xxxiii. Van Tits MH, Nuyens WJFI. 1990. "The impact of financial incentives on the behavior of general practitioners: an experiment". Paper presented at the *Second World Congress on Health Economics*, Zürich.
- xxxiv. Enthoven AC. 1989. *Management information and analysis for the Swedish health care system*. Working paper n° 7. Swedish Institute for Health Economics.
- xxxv. Culyer A, Posnett J. 1990. "Hospital behaviour and competition". En: Culyer A, Maynard A, Posnett J. (eds.) *Competition in Health Care*. Londres: MacMillan: 12-74.
- xxxvi. van de Ven WPMM, Schut FT. 1994. "Should catastrophic risks be included in a competitive health insurance market?". *Social Science and Medicine* 39:1447.
- xxxvii. van de Ven WPMM, van Vliet RCJA, van Barneveld EM, Lamers EM. 1994. "Risk adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands". *Health Affairs* 13:120.
- xxxviii. van de Ven WPMM, Schut FT, Rutten FFFH. 1994. "Forming and reforming the market for third party purchasing of health care", op. cit. nota # v.
- xxxix. Enthoven AC. 1994. "On the ideal market structure for third-party purchasing of health care". *Social Science & Medicine* 39: 1413.
- xxx. Chinitz DP. 1994. "Reporting the Israeli health care market". *Social Science and Medicine* 39:1447.
- xxxi. Luft HS 1981. *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*, Nueva York: John Wiley.
- xxxii. Manning WG, Leibowitz A, Goldberger GA, Rogers WH, Newhouse JP. 1984. "A controlled trial of the effect of a pre-paid group practice on use of services". *New England Journal of Medicine* 310: 1505.
- xxxiii. Miller RH, Luft HS. 1994. "Managed care plan performance since 1980: a literature analysis". *JAMA* 271:1512
- xxxiv. Enthoven AC 1993. "Why managed care has failed to contain health costs". *Health Affairs* 12:27.
- xxxv. Wholey D, Felmand R., Christianson JB. 1995. "The effect of market structure on HMO premiums". *Journal of Health Economics* 14:81.
- xxxvi. Feldstein PJ, Wickizer TM. 1995. "Analysis of private health insurance premium growth rates 1985-1992". *Medical Care* 33:1035.
- xxxvii. Zwanziger J, Melnick GA, Bamezai A. 1994. "Cost and price competition in California hospitals, 1980-1990". *Health Affairs* 13:118.
- xxxviii. van de Ven WPMM. 1995. "Regulated competition in health care: with or without a global budget?". *European Economic Review* 39:786
- xxxix. Government Committee on Choices in Health Care. 1991. *Choices in Health Care*. Ministerio de Bienestar, Salud y Asuntos Culturales, Holanda.
- xl. Pauly MV. 1990. "Financing health care". *Quarterly Review of Economic and Business* 30:63.
- xli. Keeney RL. 1994. "Decisions about life-threatening risks". *New England Journal of Medicine* 331: 193.