

**SERIE POLÍTICAS SOCIALES**

**12**

**REFORMA DEL SECTOR SALUD,  
SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR  
Y CONTENCIÓN DE COSTOS**

**Jorge M. Katz y Ernesto Miranda**



**NACIONES UNIDAS**  
**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**  
Santiago de Chile, 1995

LC/L.927  
Diciembre de 1995

Este documento fue preparado por el señor Jorge M. Katz, Asesor Regional en Desarrollo Industrial y Tecnológico de la División de Desarrollo Productivo y Empresarial de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el señor Ernesto Miranda R., Consultor de la División de Desarrollo Productivo y Empresarial de CEPAL y Vicedecano de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Chile.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
RESUMEN .....	5
INTRODUCCIÓN .....	7
I. REFORMA SECTORIAL, SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR Y CONTENCIÓN DE COSTOS .....	9
II. MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS: FORMAS GENERALES DE ACUERDO A LAS EXPERIENCIAS DE PAÍSES DE LA COMUNIDAD EUROPEA Y DE LAS AMÉRICAS .....	11
III. PRESENTACIÓN ANALÍTICA DEL PROBLEMA Y OPCIONES GENERALES DE POLÍTICA .....	17
IV. POLÍTICAS PÚBLICAS ÓPTIMAS .....	23
V. CONCLUSIONES .....	31
ANEXO 1: ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES ESCENARIOS PARA LA POLÍTICA PÚBLICA DE REFORMA SECTORIAL .....	33
Notas .....	37
BIBLIOGRAFÍA .....	39

## RESUMEN

El sector salud atraviesa una etapa de gran conflictividad a escala universal. Los recursos parecerían no alcanzar para cubrir adecuadamente las necesidades de atención de la población y sin embargo son utilizados en el marco de un modelo de organización sectorial fuertemente cargado de irracionalidad en el que resalta la sobreprestación de servicios en ciertos ámbitos de la comunidad y la falta de cobertura en otros. La reforma del sector salud aparece así como un tema de suma importancia en la agenda de política pública tanto de países desarrollados como de aquellos en vías de desarrollo. La satisfacción del consumidor (SC) y la contención de costos (CC), aparecen como componentes críticos de dicha reforma sectorial. Los mismos pueden, sin embargo, estar inversamente relacionadas si los mercados de bienes y servicios demandados por el sector salud son librados a su propia dinámica. Contener costos en el presente contexto organizacional puede implicar reducir prestaciones y/o calidad de las mismas. Aumentar la satisfacción del consumidor puede querer decir incrementar los gastos en escenarios de mercado en los que la 'oferta crea su propia demanda'. El presente trabajo examina las fuerzas que inciden sobre ambas variables y trata de identificar los factores de la cultura sanitaria que condicionan el comportamiento de proveedores y usuarios de servicios de salud generando un 'círculo vicioso' que reclama ser desactivado.

## INTRODUCCIÓN

*"...la lección que se desprende de la experiencia de Europa a lo largo de los últimos quince años es que aquello previamente considerado como inimaginable, no solamente puede pasar a convertirse en pensamiento, sino que llegar a ser adoptado como política una vez que un gobierno es sometido a fuertes presiones para actuar."* Abel—Smith, B. (1992), p. viii.

Los niveles de salud de la población mundial han experimentado grandes avances en las últimas décadas en todos los países del mundo, los que han sido aún más notables en el caso de la mayoría de los países del tercer mundo. Esto se puede apreciar en la mejoría de los indicadores globales de salud —como son las tasas de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y mortalidad general—<sup>1</sup> y en el mejoramiento de algunos de los factores determinantes de los niveles de salud.

En paralelo a estos resultados favorables, que nos inducirían a pensar que todo marcha bien y que el futuro es auspicioso, se han ido manifestando fenómenos e insuficiencias que apuntan en la dirección contraria. La transición demográfica y su reflejo en los perfiles epidemiológicos se traduce crecientemente en morbilidades de mayor complejidad de resolución, lo que por sí sólo involucra la necesidad de incurrir en mayores gastos por parte de los países. Ello es reforzado por los notables avances en la medicina, en el perfeccionamiento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos —que sin duda han contribuido poderosamente a una mayor eficacia resolutive, brindando por tanto una respuesta adecuada a las necesidades emergentes— pero que también tiene una dimensión negativa en el creciente incremento de los costos. Estos últimos han aumentado persistentemente muy por encima de los aumentos de la eficacia, y en un significativo número de casos, los aumentos de eficacia son a lo menos discutibles si no francamente irrelevantes.

Por último en este bosquejo de los principales fenómenos, la dinámica de funcionamiento de los mercados de salud ha demostrado una y otra vez las dificultades que existen para su adecuada regulación, persistiendo y en muchos casos acrecentándose la inducción de consumo por parte de los proveedores, sobredemanda por parte de los usuarios, e innecesaria proliferación de tecnologías y equipos de alta complejidad, que son más marcadas aún en los segmentos de mercado de los grupos de altos ingresos. Lo que a su vez se ha traducido en crecientes disparidades en el acceso a la salud y en la calidad de las atenciones de salud que logran los distintos segmentos de la población.

El desarrollo de la conciencia sobre la importancia de la salud en cuanto componente significativo del bienestar de las personas está gradualmente llevando a las sociedades a enfatizar las acciones encaminadas a brindar mayor equidad en salud. Pero hoy en día es cada vez más claro que a los sentimientos humanitarios se suman muy buenas razones económicas para invertir en salud:<sup>2</sup> el sector posee una capacidad intrínseca para potenciar las habilidades y aumentar la productividad de los individuos; su creciente importancia como sector económico con elevado efecto multiplicador del empleo y de la producción; su impacto sobre el mejoramiento de la competitividad internacional, etc.

como sector económico con elevado efecto multiplicador del empleo y de la producción; su impacto sobre el mejoramiento de la competitividad internacional, etc.

Esta breve reseña de las tendencias observadas en la evolución del sector salud y de las potencialidades inmanentes a él sirven de marco para comprender por qué —a pesar de los avances logrados— tanto en los países desarrollados como en aquéllos en desarrollo, sus poblaciones manifiestan insatisfacción y existe una percepción bastante difundida de que los sistemas de salud se encuentran en crisis.<sup>3</sup> De aquí que la *reforma del sector salud* se encuentre en un lugar prioritario dentro de la agenda política de numerosos gobiernos y comunidades. Naturalmente, aunque muchos de los problemas son comunes, existen diferencias importantes en su incidencia entre países desarrollados y aquellos otros en vías de desarrollo.

En la mayoría de los países desarrollados existe prácticamente universalidad de cobertura a través de la población,<sup>4</sup> pero el envejecimiento de la misma ha generado gastos crecientes en salud simultáneamente con una disminución de los recursos aportados para su financiamiento en muchos de los países.<sup>5</sup> La tendencia al desfinanciamiento resultante es agudizada por el aumento de los costos de la atención de salud debido a las tendencias ya discutidas, que se traduce en aumentos significativos del gasto por persona cubierta. Las restricciones al gasto que se intenta efectuar por distintas vías llevan en muchos casos a los proveedores a efectuar "ajustes" disminuyendo la cantidad de atenciones y/o su calidad, lo que termina por deteriorar el acceso y/o la satisfacción de los individuos. Ésta también surge en el caso de los países con sistemas públicos de salud como Inglaterra, España e Italia, y en menor medida Canadá,<sup>6</sup> porque los segmentos poblacionales de ingresos altos aspiran a lograr mejor satisfacción de sus necesidades de salud que las que el sistema universal está en condiciones de proporcionar. Ellos están dispuestos a pagar por mayor satisfacción pero no existen mecanismos que así lo permitan.

En el otro extremo, en la mayoría de los países subdesarrollados existen grandes déficit de cobertura, grandes deficiencias de calidad —en lo técnico, en la humanidad del trato y en las amenidades—, e inequidad entre los distintos grupos sociales conjuntamente con ausencia de mínimos esenciales en el caso de los grupos de menores ingresos e indigentes. En lo específico de la región de LAC, existen estudios que permiten sostener que también existe gruesa ineficiencia en el uso de los recursos disponibles para salud<sup>7</sup> y que la emergencia de nuevas formas organizacionales —ya sea como resultado de políticas públicas activas o por *default*, esto es, como resultado del funcionamiento irrestricto de los mercados— ha hecho manifiesta las deficiencias de los sistemas actuales para dar respuestas adecuadas a las preferencias de los grupos de ingresos medios—altos y altos e incluso a muchos de los trabajadores del sistema formal de la seguridad social.

Así, la reforma del sector salud se convierte en el presente en un requisito indispensable para enfrentar los desafíos de recuperar las economías de la región LAC y para encaminarse en la senda de crecimiento sostenido y autosustentable. Y en el caso de los países desarrollados, en un desafío insoslayable para aumentar la satisfacción de los usuarios y contener los aumentos del gasto en salud.

## I. REFORMA SECTORIAL, SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR Y CONTENCIÓN DE COSTOS

La reforma sectorial persigue aumentar el *nivel de salud* de la población, el cual es un elemento principal del bienestar de las personas. Los aumentos del nivel de salud se logran mediante mejoras de la cobertura de prestaciones y de la cobertura poblacional, que determinan los *grados de equidad* del sistema de salud; aumentos de la *naturaleza y calidad* de los servicios y atenciones de salud; y *aumentos de la eficiencia* tanto productiva (producción al mínimo costo, para una calidad predeterminada) como asignativa (producción de los bienes y servicios que las personas perciben como necesarios).

Mejorar la *satisfacción del consumidor* (SC) —asunto que definimos en la sección III— es un componente de la reforma sectorial por al menos tres razones: uno, porque ella es función directa de la percepción que tengan las personas sobre la capacidad de los sistemas de salud para dar respuesta a lo que ellas entienden como sus necesidades de salud. En este sentido, está asociada con la eficiencia asignativa, siendo un componente de la maximización del bienestar. Dos, también es función directa de la *calidad* y del *acceso* a los servicios y atenciones de salud. Tres, la SC en salud es un componente importante de la gobernabilidad política bajo formas de gobierno democrático.

Las medidas de *contención de costos* (CC), por su parte, están dirigidas a moderar los aumentos de los precios de las atenciones y servicios de salud y los "excesos" de consumo, con la finalidad de limitar el aumento secular del gasto en salud. Ellas inciden tanto sobre la oferta como sobre la demanda, persiguiendo aumentar la eficiencia productiva, reducir la inducción de consumo, mejorar la asignación de los recursos empleados y perfeccionar las decisiones de las personas en cuanto a su consumo de atenciones y servicios. Son así un componente crucial de la reforma sectorial, contribuyendo a mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos.

*Satisfacción del consumidor* (SC) y *contención de costos* (CC), que son componentes críticos de la reforma sectorial, sin embargo pueden estar inversamente relacionadas si las características y fuerzas inmanentes en el sector salud son libradas a su propia dinámica. Entre dichas fuerzas cabe mencionar: las peculiaridades de los mercados de salud; la conducta de los proveedores de atenciones y servicios de salud; la dinámica del desarrollo científico y tecnológico que exhibe el sector; y la evolución demográfico—epidemiológica. Veamos a continuación cómo cada una de estas fuerzas inciden sobre la satisfacción del consumidor y las medidas de contención de costos.

Las *peculiaridades de los mercados de salud*,<sup>8</sup> dadas por la asimetría de información que media entre proveedor y usuario de los servicios y la imperfecta información que este último posee, así como la capacidad del proveedor para determinar su propia demanda; la priorización absoluta de la salud por encima de todas las necesidades; el desarrollo de mecanismos de financiamiento de un "tercero pagador" y el fenómeno de "moral hazard". Estas características obstaculizan el comportamiento de las personas como consumidores soberanos conscientes de las restricciones de recursos.

La *conducta de los proveedores* se refiere a la priorización absoluta del empleo de la tecnología de "punta" con el fin de minimizar el riesgo a todo costo; búsqueda de "ingresos objetivo", en el caso de los profesionales, y de la maximización de ganancias

en el caso de las empresas privadas con fines de lucro;<sup>9</sup> búsqueda de "cuasi—rentas innovativas" mediante la propiedad de la tecnología más avanzada, ya sea en la forma de equipamiento o capital humano;<sup>10</sup> participación en la propiedad de empresas proveedoras de atenciones y servicios ambulatorios y sanatoriales; acuerdos comerciales con los proveedores de atenciones y servicios no personales para obtener retribuciones por la derivación de pacientes, etc. Estos fenómenos resultan en que los proveedores no sólo tienen incentivos directos para aprovechar en su propio beneficio su capacidad para determinar la demanda por salud, sino que además desarrollan diversos mecanismos para maximizar sus ingresos en todas las dimensiones de la atención de salud. Esto refuerza los incentivos para inducir demanda, falta de *conciencia de costos* y presiones para que se establezcan mecanismos de "tercer pagador".

La *dinámica de mercado en el desarrollo científico y tecnológico* tiene que ver con el fenómeno de que la mayor parte del desarrollo tecnológico está centrado en la obtención de "cuasi—rentas innovativas", por lo que los productos se desarrollan predominantemente en las áreas de mayor lucratividad; diferenciación de servicios y productos y discriminación de precios; métodos de comercialización por parte de los productores de equipamiento y fármacos que inducen la sobreprestación por parte de los médicos y otros profesionales de la salud. Esto resulta en que el desarrollo tecnológico y su introducción refuerza el paradigma sanitario medicalizado y contribuye poderosamente a aumentar los costos.

La *evolución demográfico—epidemiológica* lleva a que las poblaciones experimenten un proceso de "envejecimiento" que da curso a la creciente prevalencia de morbilidades degenerativas, de mayor costo y aleatoriedad en la recuperación. Este solo proceso significa que con el tiempo todos los países —incluidos los de la región de Latinoamérica y el Caribe, aunque en distintas fases y con distinto ritmo— se vean enfrentados a prestar mayor atención a los sistemas de recuperación y curación de la salud antes que al fomento y la prevención, al menos por razones de urgencia. Inmerso este proceso en un ambiente medicalizado, como el que prevalece en el presente, agrega razones de urgencia y de vida o muerte a su reforzamiento, lo que contribuye a generar mayores presiones de costos y aumentos del gasto en salud.

Resulta así entonces que los aumentos de la *satisfacción del consumidor*<sup>11</sup> tienden a lograrse con sustanciales aumentos de los costos, ya que los mayores recursos necesarios para dichos efectos alimentan la dinámica "natural" del sector, la que permite a los proveedores aumentar sus ingresos personales y tasas de rentabilidad. Es obvio que en este juego no todos ganan siempre, y entre los que ganan, no todos ganan en igual medida. Pero sí es claro que las sociedades se ven obligadas a pagar una cuenta cada vez más onerosa, como lo demuestra la experiencia de las últimas décadas en la mayoría de los países del mundo, en especial la de los más opulentos.

La reforma sectorial, por lo tanto, se enfrenta al dilema de que dos de sus principales componentes son contrapuestos: las ganancias en satisfacción del consumidor implican aumentar los costos; contener costos, bajo las condiciones actuales, redundaría en una menor satisfacción del consumidor. Estas contraposiciones (trade—offs) no impiden la existencia de soluciones al problema de maximizar el bienestar, pero ellas necesariamente implicarían tener que sacrificar satisfacción del consumidor si es que se desea al mismo tiempo moderar los aumentos de costos y aumentos del gasto.

Sin embargo, si la reforma sectorial apunta también a enfrentar las características y fuerzas que hemos destacado, será posible aumentar la competitividad en estos mercados y la eficiencia del sistema de salud. Ello permitiría —al menos dentro de un rango— lograr simultáneamente aumentos de la satisfacción del consumidor y contención de costos, lo que significaría mayor bienestar para igual empleo de recursos.

## II. MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS: FORMAS GENERALES DE ACUERDO A LAS EXPERIENCIAS DE PAÍSES DE LA COMUNIDAD EUROPEA Y DE LAS AMÉRICAS<sup>12</sup>

El objetivo de esta sección es efectuar una descripción general y resumida de las diversas formas que adoptan las medidas de contención de costos (CC) según ellas han sido implementadas en algunos países, cuyas experiencias particulares no constituyen foco de nuestra atención en esta oportunidad. Lo que sí nos interesa es rescatar sus características comunes y discutir brevemente su estado de desarrollo actual con el fin de sustentar la viabilidad de su implementación en los casos tipológicos y escenarios que se discuten en las siguientes secciones.

A partir de los trabajos de B. Abel—Smith (1984), se ha convertido en práctica usual clasificar las medidas de contención de costos de acuerdo a si ellas operan por la vía de la demanda o a través de la oferta. Empleando esta clasificación, procedemos a discutir brevemente las medidas de CC más frecuentemente empleadas.

### a) *Vía demanda*

Son aquéllas que reducen el consumo de servicios de salud ya sea reduciendo la cantidad demandada o generando reducciones de la función de demanda.

i) *Recuperación de costos y copagos*. La recuperación de costos consiste en cobrar a los usuarios parte de los costos de su atención, y su ámbito de aplicación corresponde a los servicios públicos. En el caso de los sistemas privados se recurre a los co—pagos que efectúan los usuarios "de su propio bolsillo" (out of pocket money) ya sea al momento de comprar un voucher (o bono) que representa el valor total de la atención de salud, o la parte del valor de la atención que no es reembolsada por la entidad de financiamiento—gestión que los cubre.

Cuando no alteren los valores percibidos por los proveedores, su efecto sobre éstos es insignificante, pero sí reducen la cantidad de servicios demandados en la medida que significan imponer sobre los usuarios algún "costo". Por ello, no encontrarían mayor resistencia de parte de los primeros —incluso podrían ser muy bien aceptados si es que favorecen la mayor opcionalidad de proveedor— pero enfrentarán diversos grados de rechazo por parte de los usuarios dependiendo de su situación inicial, de la mayor o menor incidencia sobre sus ingresos, y de la forma cómo se diferencien según los niveles de ingreso y según las prestaciones de que se trate.

ii) *Reducciones en la cobertura de prestaciones*. Consisten de la disminución de las prestaciones y servicios de salud que los mecanismos establecidos garantizan a los usuarios. Típicamente, en los países desarrollados estas reducciones han comprendido las atenciones dentales, los lentes ópticos, el pago total o parcial de medicamentos ambulatorios, y la cobertura de morbilidades de mayor costo.<sup>13</sup> Esta modalidad de reducción de gastos ha adquirido características mucho más dramáticas —y ciertamente menos racionales— en la región LAC, donde las reducciones presupuestarias a los establecimientos de

salud han llevado a que éstos reduzcan las coberturas atendiendo a criterios muy variados y a que se exija —incluso en las hospitalizaciones— a los propios usuarios obtener parte o la totalidad de los insumos de salud indispensables para la realización de los procedimientos.<sup>14</sup>

iii) *Establecimiento de carencias (no claims bonus)*. Son períodos de tiempo —a contar del momento de la adscripción a un determinado sistema de seguridad social— durante los cuales los usuarios no pueden acceder a servicios de salud seleccionados: por ejemplo, a la cobertura de partos, de intervenciones quirúrgicas, atenciones dentales, etc. Ello es empleado como una forma de reducir la *selección adversa*, pero también permite disminuir los gastos al reducir la cobertura de prestaciones por un período de tiempo determinado. Esta modalidad ha sido empleada crecientemente en los seguros de salud, tanto en los países desarrollados como en la región LAC en los sistemas de prepago de salud y en las ISAPRES.

iv) *Exenciones de impuestos*. Ya sea por los montos correspondientes al pago de las contribuciones para salud (o primas de seguros), o de los copagos y *exención de la obligación de contribuir para salud*. Estas exenciones han sido establecidas con la finalidad de incentivar el desplazamiento de los usuarios desde los sistemas estatales hacia aquéllos privados, con la finalidad de concentrar estos últimos en los segmentos poblacionales de menores ingresos y en los indigentes. Ello se ha presentado en el caso de Irlanda, Portugal, parcialmente en el caso de España, e incluso para los ancianos en Inglaterra, entre otros. En el caso de Chile, las contribuciones obligatorias para salud están exentas del pago de impuestos, y ellas pueden ser empleadas para afiliarse a las ISAPRES, que son entidades privadas de financiamiento—gestión. En la medida que los sistemas de salud previamente existentes hayan sido de "reparto" (pay as you go) —como sucede en la mayoría de los casos— estas medidas necesariamente involucran su desfinanciamiento. Pero, por otro lado, tienen la ventaja de abrir nuevas opciones para las personas de modo de que puedan obtener servicios de salud acordes con sus preferencias, y por tanto mejoran la eficiencia asignativa.

v) *Fomento y prevención de la salud*. Corresponde a un cambio en la estrategia de salud,<sup>15</sup> enfatizando la preservación de la salud por encima de la curación una vez que la enfermedad se ha presentado. Está demostrado que estas estrategias son mucho más costo—efectivas, y por tanto tienen un fuerte impacto positivo en la reducción de los costos. Ello, no obstante que el progresivo envejecimiento de la población necesariamente involucra que las personas enfrentarán una mayor frecuencia de episodios mórbidos y ellos serán más agudos y el costo de recuperación mayor.

vi) *Cambios en las formas de pago a los proveedores*. Desde pagos por acción de salud a formas en que se retribuye a los proveedores por resultados. Los pagos por capitación y los nomencladores globalizados son ejemplos de estos últimos (vgr.: capitación a los General Practitioners; percapita de pago a proveedores de atención integral; DRGs; PADs, etc.). Actúan reduciendo la demanda inducida por los proveedores, y transfieren a éstos los riesgos derivados de la variabilidad de las prácticas médicas. Tienen por desventaja la posibilidad de que los proveedores reaccionen reduciendo la calidad o incluso defraudando el mecanismo, por lo que su implementación debe ser acompañada de mecanismos de monitoreo eficientes y fuertes penalidades por incumplimiento de los estándares y en caso de fraude.

vii) *Cambios en las formas de transferencia de los recursos financieros desde el nivel central a las unidades ejecutoras*. En el caso de los sistemas públicos, en los cuales dichas transferencias han sido tradicionalmente por la vía presupuestaria y mediante *per diem* en las hospitalizaciones. Persigue iguales finalidades que el cambio en la forma de pago a los proveedores, así como también recurre a mecanismos semejantes. Tendría

ventaja comparado a los anteriores en que por tratarse de unidades pertenecientes a una misma entidad (el sistema público) podría esperarse que los riesgos de reducción de calidad y defraudación sean menores que en aquéllos. Sin embargo, ello no estará de por sí garantizado, de modo de que el monitoreo será igualmente necesario a fin de al menos asegurar de que los estándares técnicos de proceso sean logrados así como también las metas de salud perseguidas.

viii) *Sistemas de intermediación (agentes informados)*. En el proceso de decisiones por parte del usuario, que permiten a éstos disponer de asesoría técnica en lo médico y financiero en cuanto a la efectividad de distintas alternativas de recuperación y al costo total y formas de financiamiento. Estos sistemas permiten reducir las asimetrías de información de los mercados de salud, por un lado, y ajustar las decisiones de los usuarios a su capacidad y disposición a pagar por los servicios de salud que se les ofrezcan. De este modo se consigue reducir los fenómenos de *moral hazard* y disminuir la sobredemanda y sobreprestación.

ix) *Desarrollo de medios de información*. Para todos los agentes respecto de la efectividad de los servicios de salud y de los distintos proveedores. Actúan en forma complementaria a los anteriores, aunque pueden existir en forma independiente. Naturalmente, mayor información por sí sola no logra iguales resultados en la reducción de las asimetrías de información, pero al menos contribuye a generar mayor cautela y conciencia de costos por parte de los usuarios.

## **b) Vía oferta**

Son las medidas de CC que afectan la función de oferta de servicios de salud, ya sea incidiendo sobre la eficiencia productiva o forzando a asumir los riesgos del proceso de atención por parte de los proveedores.

i) *Implantación de mecanismos de control presupuestario y de presupuestos prospectivos, en el caso de los sistemas públicos*. Ello persigue que el gasto esté directamente asociado a la programación de actividades a realizar en el período futuro, la que luego sirve de referencia para seguimiento y control de gestión, y en definitiva, disciplina y responsabilidad financiera. Constituye un avance con respecto a la presupuestación *retrospectiva* o histórica y la racionalización de índole administrativa y operacional que este proceso impone se traduce en mayor eficiencia productiva y control de los gastos, lo que constituye su ventaja. No obstante, de una parte, debe ir acompañado de incentivos adecuados con el fin de que los distintos agentes proveedores y usuarios estén identificados con las metas y comprometidos para su logro, y por otra, su principal desventaja radica en la falta de asociación con resultados de salud y con los grados de satisfacción de los usuarios.

ii) *Limitaciones a las dotaciones de personal como forma de forzar aumentos de su productividad*. También son referidas a los sistemas públicos principalmente, y su éxito dependerá crucialmente de las alternativas de trabajo que enfrenten los trabajadores de la salud. Requiere que existan holguras en la productividad del trabajo y en equipamiento e infraestructura en la situación inicial, y es preciso acompañar el proceso de medidas que permitan garantizar que se mantenga la calidad de las atenciones. Puede servir como medida de CC en el corto plazo al producirse presiones de gasto (como muestran las experiencias de Irlanda, Italia y España a partir de mediados de los 80s), o reducciones en los recursos (como sucedió en la mayoría de los países LAC durante los 80s), pero es insostenible en el mediano plazo si no se materializan actividades —como capacitación, intensificación del uso de capital y ajustes en la razón de uso de los distintos profesiona-

les de la salud— destinadas a sostener dichos aumentos de productividad en forma permanente.

iii) *Creación de alternativas para la atención hospitalaria.* Por ejemplo: cirugía ambulatoria; convalecencia ("colocación") extra hospitalaria (home nursing); desplazamiento de crónicos y ancianos hacia establecimientos de cuidado de largo plazo. Estas medidas buscan aumentar la productividad de la infraestructura propiamente hospitalaria, y de ese modo reducir los costos medios. En la mayoría de los países desarrollados estas medidas han sido implementadas desde hace bastante tiempo, pero en los países LAC su implantación es incipiente y la iniciativa ha estado concentrada en el sector privado.

iv) *Cambios en las formas de pago a los proveedores de servicios ambulatorios, sustituyendo los pagos por acción de salud por los pagos por resultado.* Estos últimos obligan al proveedor a asumir los costos por variabilidad de los diagnósticos y terapias, generando incentivos para controlar los costos, lo que opera como un aumento de la oferta de servicios. Su contrapartida está en las reducciones de la calidad y en la selección de riesgos que aquéllos pueden efectuar. Un ejemplo de este tipo de medidas es el pago por capitación, que induce a enfatizar la prevención y la detección precoz de enfermedades y a aumentar la efectividad de los tratamientos.

v) *Normatización y seguimiento de las prácticas médicas.* Persiguen establecer estándares de proceso que sirvan de referencia para implantar diferencias con respecto a lo que se determine como prácticas adecuadas. Las desviaciones no explicadas con respecto a aquéllas sirven para establecer un ordenamiento de los proveedores conforme su productividad, y como información para los agentes intermedios y para los usuarios. Sirve como un poderoso mecanismo de contención de costos al establecer en qué consiste la práctica razonable, permite mejorar progresivamente la productividad de los proveedores al inducirlos a atenerse a ellas, reduce los riesgos de hiatrogenia y aumenta la calidad técnica de los servicios. Ejemplos de seguimiento son el registro de los servicios prestados por los proveedores por cada episodio de una morbilidad; el registro y seguimiento de las prácticas de derivación de pacientes, de prescripción de fármacos y de otorgamiento de licencias por enfermedad, etc. En los países desarrollados, las compañías de seguros de salud mantienen estos registros en forma regular, y la introducción de las técnicas de *calidad total* a partir de los 80s han constituido avances en esta dirección. Distinto es el panorama en los países LAC, donde los sistemas de registro son débiles y sólo recientemente se han realizado experiencias de *calidad total* en consultorios de atención primaria en Bolivia, en hospitales públicos en Chile y en México.

vi) *Acreditación y límites al número de profesionales e instituciones* autorizados para ofrecer sus servicios tanto en los sistemas de seguridad social como en los seguros de salud. La lógica de estas medidas es limitar el crecimiento de la oferta de servicios de salud con el fin de limitar de ese modo la expansión de demanda que éstos finalmente terminarían por inducir. Casos notables de esta política son Inglaterra, Canadá, Irlanda y Francia, mientras en la mayoría de los países LAC sucede lo contrario, con países como Argentina y Uruguay donde ya a comienzos de los 90s existía una fuerte sobredotación de médicos, pero en muchos otros países ello sucederá durante la presente década.

Una segunda dimensión de este tipo de medidas es el límite al número de médicos autorizados para atender a pacientes de los seguros de salud y la seguridad social, lo que permite asegurar su calidad y atenuamiento a las normas convenidas al tiempo de asegurar una oferta adecuada a las necesidades. Varios países europeos tienen estas limitantes (Alemania, Dinamarca, Irlanda, Inglaterra, España y Portugal), pero la experiencia LAC es más incipiente. Si bien la seguridad social mantiene listados con los profesionales que pueden ejercer con su concurso, normalmente los requisitos habilitantes para ello no son restrictivos. En los países LAC en que las formas privadas han experimentado un fuerte

desarrollo, se produce el fenómeno inverso de que la seguridad social y el aparato público de salud deben efectuar especiales esfuerzos para retener la migración de profesionales, por lo que los estándares habilitantes tienden a reducirse progresivamente.

vii) *Control y límites a la incorporación y disponibilidad de equipamiento médico sofisticado y de elevado costo.* La lógica de estas medidas es similar a la discutida en el punto anterior. Baste con señalar que la mayoría de los países europeos tienen a lo menos alguna forma de control y regulación de este tipo, mientras en los países LAC no. En estos últimos son frecuentes la multiplicidad de equipamiento entre el aparato público, las distintas ramas de la seguridad social, y entre éstos y el sector privado. Casos notables de este fenómeno los encontramos en Argentina, Uruguay, Perú, Brasil y Chile, por señalar sólo algunos.

viii) *Regulación del precio de los insumos básicos (sueldos y salarios, por ej.); precio de los fármacos; precio de los insumos sanitarios.* Aunque las políticas públicas a este respecto varían, y en algunos países aún se fijan precios en forma más o menos arbitraria, de lo que se trata aquí es de identificar las características de las respectivas estructuras de mercado y obrar conforme principios económicos sanos. En el caso de los sueldos y salarios, dependerá en buena medida del poder monopsonico con que se cuente en dicho mercado de trabajo; en el caso de los fármacos, será necesario negociar con los proveedores de modo de aprovechar sus prácticas discriminantes de precio en favor de las economías locales cuidando de no afectar la inversión en desarrollo científico tecnológico; igual cosa sucede con los insumos básicos, aunque aquí la innovación es menos relevante. Prácticamente todos los países de la Comunidad Europea han implementado alzas de los salarios limitadas a los aumentos del costo de vida, mientras en Canadá se negocian anualmente entre las asociaciones de profesionales provinciales y las respectivas autoridades. En cuanto a los fármacos y los insumos generales, estas regulaciones se han basado ya sea en los costos o en los márgenes de utilidad, pero con resultados mixtos.<sup>16</sup>

En la región LAC se han aplicado controles de precios, pero sus efectos —por las mismas razones señaladas anteriormente— han sido generalmente de corto plazo, lo que se ha visto complicado por las presiones de los años recientes para respetar la patentabilidad de productos. Lo anterior no hace sino destacar la necesidad de mejorar la capacidad local para supervigilar y negociar con los proveedores, en el caso de los fármacos e insumos generales, y de adoptar una política unificada entre todos los demandantes de servicios de salud en el caso de los salarios y los aranceles profesionales.

ix) *Regulación del desarrollo de instalaciones y establecimientos, con el fin de evitar la sobre dotación.* Varios países de la Comunidad Europea han aplicado políticas de regulación en este ámbito, notablemente aquéllos que poseen aparatos públicos de salud fuertes —Inglaterra, Italia, España— pero incluso en otros como Francia la autoridad pública tiene decisiva injerencia. En Canadá existe regulación por la vía de autorizaciones, y en EE.UU. es escasa. En la región LAC sucede que en la mayoría de los países se dan duplicaciones incluso al interior de la propia infraestructura pública, mientras el sector paraestatal y en especial el privado —de creciente dinamismo en las décadas recientes— no están regulados. Sin embargo, algunos países exhiben coordinación al interior de la infraestructura pública y de la seguridad social —Cuba, Costa Rica y Chile— y en otros se acrecienta la necesidad de avanzar en esta dirección. Pero se trata de un ámbito en que queda mucho camino por recorrer.

x) *Regulación de los sistemas formadores de médicos, dentistas y otros profesionales de la salud* con el fin de asegurar su disponibilidad y niveles de calidad adecuados, evitando de ese modo la sobredotación. En este mecanismo también debiera procurarse que la "ideología sanitaria" de los profesionales enfatice el fomento y prevención de la salud y que ellos adquieran conciencia sobre la efectividad y costos de sus intervenciones.

Se trata de medidas de largo plazo destinadas a ajustar el crecimiento de la oferta de profesionales de la salud. La experiencia de los países de la Comunidad Europea es mixta en este sentido, con gran fuerza en el caso de Inglaterra y Francia, y empleo de formas de acreditación y licenciamiento en Alemania y Holanda, entre otros. En Canadá es el Estado quien regula el sistema formador de recursos de salud, mientras en EE.UU. son las propias asociaciones de profesionales las que ejercen control ya sea directo o por la vía de la acreditación y licenciamiento. En la región LAC es escasa la regulación en este ámbito, siendo determinada la expansión de la oferta básicamente por la capacidad de las universidades. Incluso en algunos países como Chile, en que las universidades estatales o paraestatales habían ejercido control en este ámbito hasta comienzos de los años 70s, dicha regulación dió paso a una fuerte expansión de las matrículas que ha llevado a una creciente sobredotación en el caso de los médicos, dentistas y farmacéuticos, y escasez de enfermeras y otro personal paramédico. Los casos de Argentina y Uruguay son ejemplos de extrema sobredotación de profesionales de la salud, al igual que Cuba.<sup>17</sup> Así, estamos en un área en que necesariamente deberá efectuarse un reforzamiento en el futuro, y en la cual las políticas públicas deberán incidir con gran energía.

Como conclusión de esta escueta revisión podemos destacar la existencia de una variedad amplia de medidas de CC que actúan tanto por la vía de la demanda como de la oferta. Las experiencias analizadas muestran resultados mixtos y que los avances en la región LAC son aún incipientes, lo que sugiere por un lado la conveniencia de aprovechar dichas experiencias rescatando sus elementos exitosos, y por otro lado, emplear este arsenal de ideas y mecanismos para abocarse a su perfeccionamiento, ajuste a las realidades de la región LAC y a su paulatina implementación.

Pese a que se ha avanzado algo en la identificación de las medidas de contención de costos tanto por el lado de la oferta como por el de la demanda, no se ha progresado de la misma forma en reconocer el impacto que cada uno de estos mecanismos tiene en lo que hace a satisfacción del consumidor. La teoría disponible en este sentido es mucho más frágil y reclama cierto esfuerzo inicial en la fijación de categorías analíticas y de identificación de situaciones "tipo". En la próxima sección y en el Anexo 1 intentamos avanzar de manera preliminar en esta dirección.

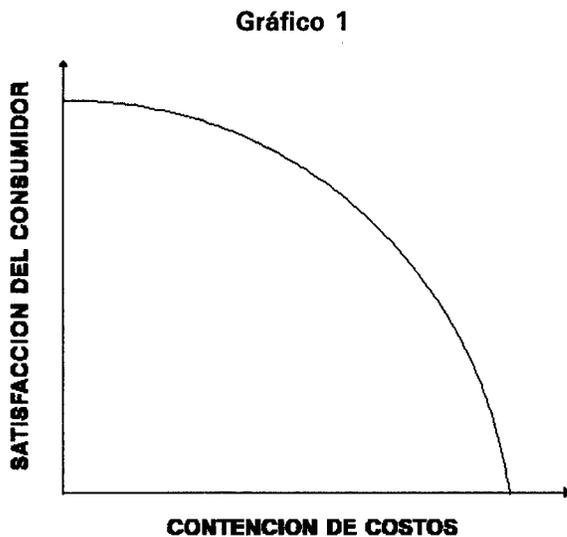
### III. PRESENTACIÓN ANALÍTICA DEL PROBLEMA Y OPCIONES GENERALES DE POLÍTICA

Esta sección está dedicada a efectuar una discusión analítica esquemática de las interrelaciones entre las medidas de *contención de costos* (CC) y los grados de *satisfacción del consumidor* (SC), que se complementa con la presentación de los diversos escenarios que se efectúa en el Anexo 1.

Entendemos a la *satisfacción del consumidor* como la utilidad que las personas perciben en las atenciones de salud que reciben, su calidad técnica, la humanidad del trato, las amenidades de las instalaciones y las facilidades que tiene para acceder a ellas. Por lo tanto, nos estamos refiriendo fundamentalmente a las características y calidad de las atenciones y no a su cantidad. La *contención de costos*, por su parte, son las medidas encaminadas a lograr que los precios o aranceles de las atenciones de salud —ajustando por los cambios en su calidad— sean disminuidos o al menos permanezcan constantes en términos reales (expresados en moneda de igual poder adquisitivo).

Nuestro punto de partida es que —como se discutió en la sección 1— los grados de satisfacción del consumidor y las medidas de contención de costos —bajo condiciones dadas del sistema de salud, de las formas de organización de la provisión de salud y las peculiaridades de los mercados de salud— son contrapuestos. Esto es, sólo pueden lograrse aumentos de la SC mediante aumentos de los costos.

Podemos representar el *trade-off* entre SC y CC bajo las condiciones señaladas en la forma usual para las curvas de transformación entre dos bienes cuya producción asumimos que evidencia rendimientos decrecientes.<sup>18</sup>

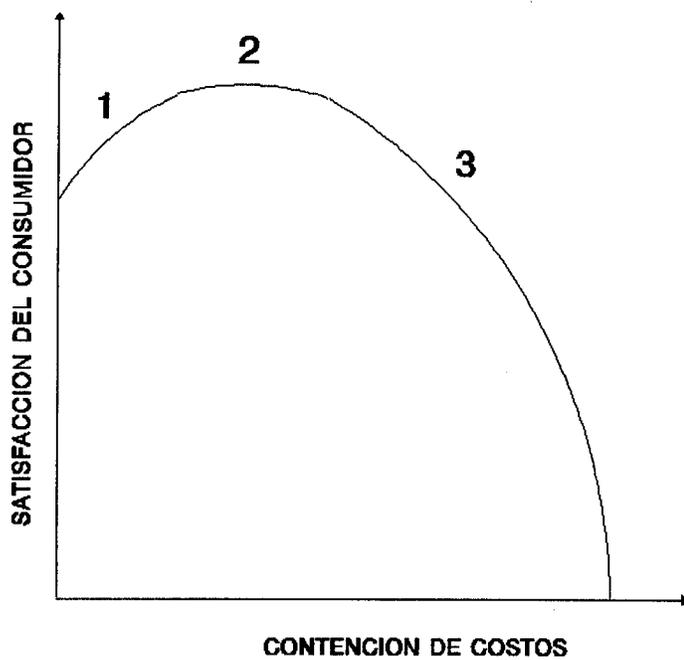


Así, en todos los tramos de esta función, sólo es posible aumentar la SC a costas de reducciones de la CC, o, lo que es lo mismo, los aumentos de la SC involucran aumentos de los costos.

Es preciso llamar la atención sobre el hecho de que las medidas de contención de costos que figuran en el eje de las abcisas significan que a medida que nos alejamos del origen —esto es, intensificamos y/o aplicamos un mayor número de medidas— se reducen los costos o modera su aumento, lo que se traduce en *reducciones del gasto en salud*.

Distinta sería la situación bajo un escenario de reforma sectorial, que representamos en el gráfico 2:<sup>19</sup>

Gráfico 2



La reforma sectorial permitiría introducir cambios en la productividad de los factores, dentro de un rango, de modo que la trayectoria desde la situación pre-reforma hacia la *situación con-reforma* —en el rango que denominamos TRAMO 1— permitiría implementar medidas de CC al mismo tiempo que aumentar la SC.<sup>20</sup>

En un TRAMO 2, medidas de CC adicionales tendrían un efecto neutro sobre la SC, mientras que en un TRAMO 3 volverían a afectar negativamente la SC, presentándose de nuevo el trade-off entre ambas variables.

Describimos a continuación el tipo de medidas de CC que corresponderían a los tres tramos discutidos.

**TRAMO 1:** en general, las medidas de reforma como son la racionalización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia; aumentos de la productividad y eficiencia productiva; el ajuste de la *estrategia de salud*. La introducción de *métodos y sistemas de calidad total* a nivel de los procesos productivos de servicios y también en los procesos administrativos, contribuirían simultáneamente a reducir o moderar los aumentos de costos y a aumentar la SC.

En los escenarios en que los mercados de salud están más desarrollados y formalizados, también entrarían en estas categorías la negociación de aranceles (nomencladores; pagos por acción de salud; capitación; etc.), que permitirían contener los costos y aumentar la SC por la vía de la reducción de los copagos, por ej.. Más y mejor información a las personas sobre alternativas de atención y costos, el desarrollo de sistemas de asesoría técnico-médica (agentes intermedios, médicos de familia, etc.), y el debilitamiento de las asociaciones colusivas entre proveedores, contribuirían a aumentar la competitividad en los mercados de salud. A los proveedores les sería inconveniente reducir la cantidad o la calidad, pero las reducciones de costos posibilitarían aumentar la SC.

**TRAMO 2:** los aumentos de la CC no tendrían efecto negativo aún sobre la SC. En este caso se encontrarían medidas como la *conglomeración de la demanda* ya sea en grupos de consumidores (vgr.: mutuales y cooperativas), en las entidades de financiamiento/gestión (como sucede con los fondos de salud en Alemania y Holanda) o en el

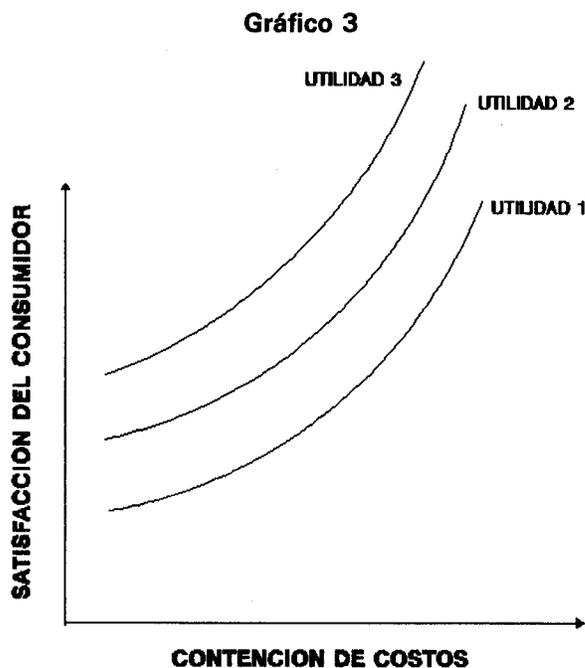
Estado (por ejemplo, una seguridad social fuerte; centrales de compra, etc.); el desarrollo de la capacidad de negociación del Estado con los proveedores internacionales de instrumental, equipamiento y fármacos; entre otras.

Más ampliamente, las diversas formas de Managed Health Care y los mecanismos de negociación de contratos de servicios entre proveedores y compradores de la forma de monopolio bilateral. En general, este tipo de medidas estarían asociadas con el empleo de los mecanismos del mercado mediante el reforzamiento o desarrollo de la capacidad de negociación del comprador frente a los proveedores. Ellas permitirían reducir los costos o al menos moderar sus aumentos, pero no estarían específicamente apuntadas a mejorar la SC.

TRAMO 3: corresponde a las medidas de CC que presentan grados de intolerancia creciente por parte de los proveedores, lo que dependerá en buena medida de las características de los sistemas de salud y las "culturas sanitarias" predominantes en cada realidad nacional. Por ejemplo, el establecimiento de nomencladores únicos para la totalidad de los proveedores —tanto públicos como privados— que no permitan por tanto diferenciar por la calidad de los servicios provistos. Ello llevaría a que los proveedores de mayor sofisticación reaccionaran ya sea reduciendo la calidad o, más probablemente fraccionando los servicios, y de ese modo evadirían las medidas de CC implantadas.

Hasta aquí hemos planteado el problema desde la perspectiva de la optimización de los recursos empleados en la *producción* de los dos "bienes" considerados, a saber, las medidas de CC y los grados de SC. A continuación abordamos la interrelación de ambos "bienes" desde la perspectiva del impacto que distintas combinaciones de ellos tendrían sobre los niveles de bienestar de la comunidad. Recurrimos para ello a los supuestos usuales del análisis de utilidad del consumidor, y asumimos adicionalmente que existe una función de utilidad social, agregativa o multiplicativa, que permite configurar *curvas de indiferencia* convexas con respecto al origen relevante.<sup>21</sup>

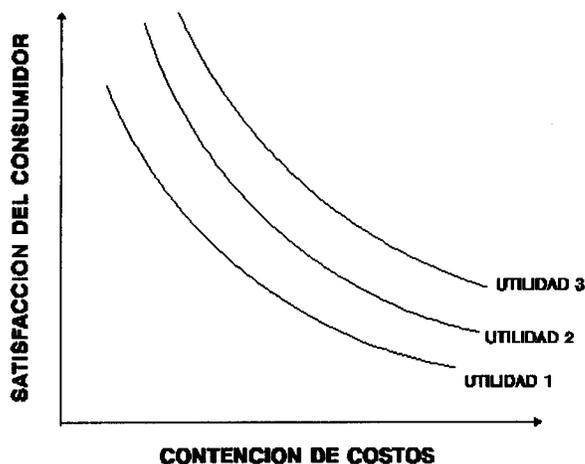
Se presentarán dos casos extremos de curvas de indiferencia:



**PERSONAS QUE NO PERCIBEN LOS COSTOS.** Se trata de las personas que no pagan nada de su bolsillo, por ejemplo: quienes tienen seguros de salud con bonificación del 100%, o quienes pertenecen a la seguridad social en iguales condiciones. Ellas perciben las medidas de CC como un *mal*, ya que dichas medidas no sólo no las benefician, sino que las restricciones asociadas les producen *desutilidad*.

Las respectivas curvas de indiferencia tienen por ejes el norte (la satisfacción del consumidor) y el *oeste*, porque mientras *menor* la CC, mayor su utilidad.

Gráfico 4

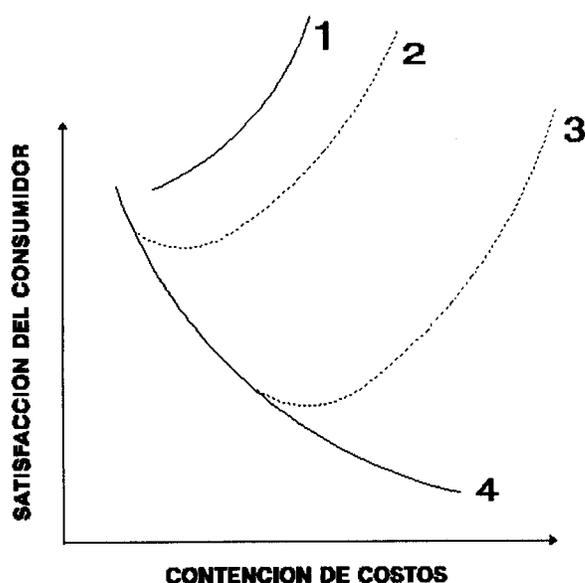


**PERSONAS QUE SI PERCIBEN LOS COSTOS**, y para quienes su reducción es un motivo de satisfacción. Estas percepciones se deben a que su cobertura involucra copagos de su propio bolsillo, y que son significativos para su nivel de ingresos.

Las curvas de indiferencia en este caso tienen la forma usual, con los ejes norte y este.

Podría postularse que la gran mayoría de las personas se encontrarán en situaciones intermedias entre los dos extremos discutidos. Ello daría origen a curvas de indiferencia

Gráfico 5



que presentarían inflexiones: las medidas de CC serían aceptables y generarían satisfacción para todos en sus formas menos restrictivas. Sin embargo, a partir de un cierto punto —que variará según las preferencias y costumbres— el "bien" CC pasaría a constituirse en un mal, lo que se reflejaría en la inflexión de las curvas de indiferencia y su posterior trayectoria noreste. Este fenómeno también será función de lo significativos que sean los gastos de salud "de bolsillo" en relación a los ingresos de las personas.

Tendríamos entonces *cuatro* tipos de curvas de indiferencia: uno, en dirección noreste en toda su trayectoria (caso 1); dos, con inflexión "alta", para personas tolerantes de las medidas de CC pero de ingresos

altos (caso 2 en gráfico 5); tres, con inflexión "baja", para personas tolerantes pero de menores ingresos relativos (caso 3 en gráfico 5); cuatro, personas de elevada tolerancia y de bajos ingresos (caso 4 en gráfico 5).

Todas las personas, con la excepción —tal vez— de los más ricos o de aquéllos con cobertura de salud ilimitada, tendrían algún grado de sensibilidad con respecto a los costos. Por lo que habrían algunos grados de tolerancia a las medidas de CC menos restrictivas: por ejemplo, medidas de racionalización del sistema de salud que configuren una red integrada y armónica de espacios definidos para los sistemas públicos y privados. Quienes sean menos sensibles a los costos —y/o más "intolerantes" a cualquier restricción— rápidamente dejarán de percibir utilidad en la CC y la considerarán como un mal.

Otros, debido a sus menores ingresos y gracias a sus costumbres (vgr.: beneficiarios de sistemas públicos con escasa o nula libertad de elección), tendrán mayor "tolerancia" a medidas de CC más restrictivas. Por último, los más pobres, los indigentes y aquéllos que recién accedan a algún grado de cobertura, aceptarán las medidas de CC en todo su rango.

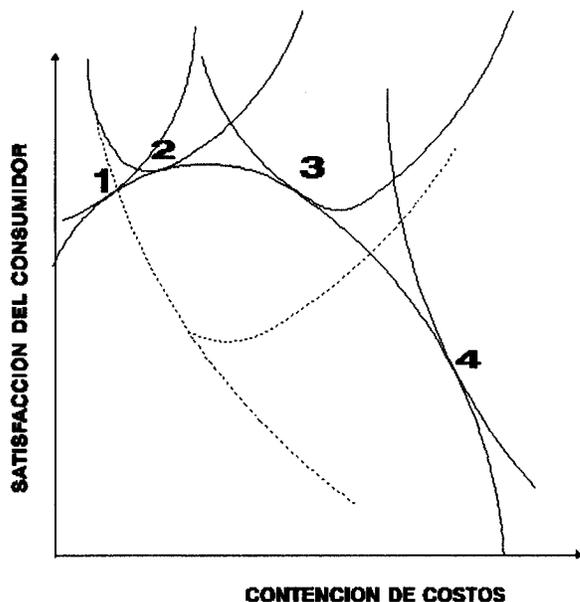
Naturalmente, la "tolerancia" a las medidas de CC será mayor cuanto mayor sea la asociación que las personas hagan entre aquéllas y los beneficios que les reporte tanto en forma individual como colectiva. Por lo tanto, una dimensión del problema es que existan ventajas reales derivadas de la CC (lo que es evidente en el caso de reducciones en los pagos "de bolsillo"), y la otra es que las personas tomen conciencia de dichas ventajas cuando ellas existan.

Asumiendo que pudiéramos representar a una sociedad determinada mediante estos instrumentos analíticos (tanto en la producción como en las preferencias y demandas), es de interés explorar cuáles serían las combinaciones de SC y CC que harían máximo el bienestar del conjunto. Recordemos que este último estará representado por la curva de indiferencia más alejada de su origen que se pueda alcanzar. El gráfico 6 siguiente nos permite visualizar las alternativas que se presentan.

Las funciones que definimos en los gráficos 1 y 2 corresponden a las **FRONTERAS DE ALTERNATIVAS** entre grados de SC y medidas de CC que enfrenta una sociedad para determinados recursos disponibles.<sup>22</sup> Entonces, la frontera representa los máximos de SC y CC que pueden ser "producidos" con los recursos disponibles y para una organización y eficiencia dados del sector salud. Los óptimos resultarán entonces de la tangencia de los cuatro tipos de curvas de indiferencia discutidos anteriormente con la *frontera de alternativas*. Ellos están representados en el gráfico 6, que pasamos a discutir.

El punto de tangencia **1** corresponde al caso de insensibilidad frente a los costos —cualquier medida de contención de costos es percibida como un mal— por lo que el óptimo se encontrará en el segmento creciente de la frontera de *alternativas con*

**Gráfico 6**



reforma. Cabría destacar que la aversión a las medidas de CC es tal que el máximo bienestar se alcanza no con la máxima SC posible en la frontera, sino que se está dispuesto a sacrificar SC antes que tolerar mayores medidas de CC.

El punto de tangencia **2** corresponde al óptimo para el caso 2 anterior. Esta solución presupone alcanzar prácticamente el máximo de SC, gracias a sensibilidad frente a los costos y/o una mayor tolerancia de las medidas de CC.

El punto **3** corresponde a personas con aún mayor sensibilidad a los costos, pero que de todos modos resisten las medidas de CC más restrictivas, mientras el punto **4** representa el óptimo para quienes las medidas de CC son tolerables en todo su rango, que son los más po-

bres e indigentes (es decir, la CC les genera utilidad).

Vemos así que si buscamos maximizar el bienestar de las personas, las posibilidades de implementar medidas de CC están fuertemente condicionadas por la tolerancia de aquéllas con respecto a estas últimas y las preferencias entre grados de SC y medidas de CC. Esto destaca el hecho de que las soluciones óptimas diferirán en cada sociedad, y al interior de ellas, entre los distintos grupos sociales. Desde la perspectiva de los usuarios —según sus preferencias— podría ser más ventajoso sacrificar SC antes que aceptar medidas de CC adicionales (caso 1); en el otro extremo, otros usuarios estarían dispuestos a sacrificar SC a cambio de mayores medidas de CC, porque en su caso —debido a su fuerte sensibilidad a los costos y sus costumbres— estas últimas son percibidas como beneficiosas (caso 4).

Naturalmente, desde la perspectiva de la sociedad estas dos soluciones no son equivalentes: si la primera solución fuera generalizada para el conjunto social, ella involucraría mayor empleo de recursos en el sector salud y la tendencia cierta a aumentar crecientemente los gastos; si la segunda solución discutida pudiera ser aceptada por el conjunto de la sociedad, el gasto en salud sería menor y las tendencias al aumento de costos serían morigeradas. Las soluciones intermedias (casos 2 y 3) representan alternativas de compromiso entre las anteriores, así como también podrían serlo *soluciones combinadas* en que coexistan simultáneamente varias de estas alternativas. Pero ello dependerá también de las actitudes de los proveedores frente a la CC, la que determinará la forma de la frontera de alternativas.

El análisis precedente (complementado con la discusión presentada en el Anexo 1) ha permitido acotar las condiciones que tienen que cumplirse para que la política pública tenga amplios grados de libertad en cuanto a la CC, al tiempo de enfatizar que las soluciones de reforma sectorial necesariamente deben pasar por afectar las prácticas y conductas de los proveedores y las preferencias y conductas de los usuarios. Como hemos visto, se trata de lograr que las soluciones óptimas en términos de bienestar —libremente seleccionadas por las propias personas— se encuentren para todos los segmentos de la población más hacia la derecha de la *frontera de alternativas*, y a su vez, que esta última esté más inclinada y se extienda el máximo posible en la dirección de aumentos de la contención de costos.

Para el caso de los proveedores, la política pública perseguirá aumentar su tolerancia a las medidas de control de costos, lo que se traduciría en que la *frontera de alternativas* permitiría la implementación de un mayor número e intensidad de las medidas de contención de costos. De modo que se lograría que el segmento creciente se extendería hacia un mayor nivel de satisfacción del consumidor; el segmento neutro también permitiría la implementación de un mayor número de medidas de contención de costos, para finalmente caer en el trade-off tradicional, pero con mayor rango para moderar los costos y gastos.

Pero también la política pública deberá incidir sobre las percepciones y preferencias de las personas, cambiando su cultura sanitaria y actitud y conducta frente a la salud. Tal vez sea este último el punto más relevante, puesto que incluso si se efectuara la reforma sectorial y ella tuviera el impacto deseado sobre las formas de producción, no se lograrían la totalidad de las ganancias potenciales si es que las actitudes y conductas de las personas no son modificadas en términos de aumentar su sensibilidad ante los costos y aceptabilidad de las medidas de CC. Ello requerirá una decidida acción de la política pública primero para enfrentar la cultura medicalizada imperante y a sus proponentes, y segundo, campañas de educación encaminadas a generar mayor responsabilidad de parte de las personas en el cuidado de su salud e información y capacidad para tomar sus propias decisiones.

#### IV. POLÍTICAS PÚBLICAS ÓPTIMAS

La región latinoamericana muestra un vasto mosaico de situaciones en lo que a organización y comportamiento del sector salud se refiere. Obviamente cada caso nacional constituye una realidad idiosincrática y compleja que sólo puede ser cabalmente entendida cuando se estudia a fondo en su contexto histórico e institucional propio. Para formular y poner en práctica prescripciones concretas de política pública es condición sine qua non trabajar en ese nivel.

En el plano analítico, sin embargo, resulta más adecuado operar en base a modelos simples de carácter "estilizado", a partir de los cuales resulta posible explorar la lógica de comportamiento de los actores sociales involucrados e imaginar procesos evolutivos a escala micro, meso o macroeconómica. Por fuerza, dichos modelos simplificados sólo son una razonable aproximación a la realidad y su utilidad depende crucialmente de los supuestos de base utilizados. Es con instrumentos de este tipo que el economista o sociólogo de la salud puede explorar, en el terreno lógico, el impacto esperado de distintos programas de política pública, o la evolución probable de un cierto escenario de salud ante un cambio en los datos de base que caracterizan al mismo.

TIPOLOGÍA DE SISTEMAS DE SALUD EN LAC			
FINANCIAMIENTO/ GESTIÓN	PUBLICO	PRIVADO	
PROVISIÓN			
PÚBLICO	TIPO I	T I	I P
PRIVADO		P O II	O III TIPO IV

Comenzaremos identificando algunos escenarios "prototípicos" de organización sectorial atendiendo a la naturaleza del modelo prestacional y al modelo de financiamiento y gestión de los recursos empleados en el sector salud de una determinada sociedad. Resulta factible así identificar unos pocos casos conceptualmente diferentes en los que existen razones a priori para esperar que el comportamiento de los actores sociales involucrados, las señales de mercado prevalentes, etc., difieran significativamente. Es también posible imaginar a priori que en esos distintos casos los actores —y el sistema

como un todo — habrán de reaccionar de manera diferente frente a medidas de contención de costos, dando lugar a nuevas formas de organización del acto médico/asistencial, a ritmos diferentes de incorporación de nuevas tecnologías, a modificaciones en la calidad de la atención, etc., que incidirán poderosamente sobre los grados de satisfacción del usuario. Podemos distinguir analíticamente cuatro escenarios "tipo".

Un primer caso *tipo 1* corresponde a aquél en que el financiamiento y la provisión de servicios de salud es enteramente pública. Los recursos provienen de impuestos generales, aunque podrían complementarse con contribuciones obligatorias para salud que fluyen hacia el Estado. Es este último también quien se encarga de la administración de los mismos, admitiendo distintos grados de descentralización en su manejo. La provisión de servicios ocurre en el marco de la infraestructura prestacional pública. Aquí, el médico actúa como un funcionario de Estado y percibe un salario por su actividad profesional. El hospital trabaja en base a presupuestos globales y muestra escasa o nula respuesta frente a cambios en las señales de precios en cuanto a la organización del trabajo médico/asistencial. Pese a ello, la eficacia prestacional y la equidad distributiva pueden ser relativamente elevadas, así como también los grados de satisfacción del usuario. El modelo cubano o de los países del Caribe inglés guarda relativo parentesco con un modelo organizacional de este tipo, aún cuando debemos evitar el suponer una correspondencia biunívoca entre modelo y realidad.<sup>23</sup>

En este tipo de escenario organizacional podemos a priori suponer que la comunidad alcanza un grado relativamente homogéneo de acceso a los servicios, aun cuando la calidad de los mismos puede operar como factor de ajuste cuando aumenta significativamente la restricción presupuestaria, como se ha podido observar en años recientes en el caso de Cuba o Barbados. Pese a que existen escasos incentivos para la contención de costos, la evidencia internacional sugiere que —por razones que examinaremos algo más adelante, pero que en el caso cubano tienden a atribuirse a la amplia difusión y al éxito que ha alcanzado el programa de médicos de familia en la reducción de la internación hospitalaria— los gastos unitarios tienden a crecer menos que en escenarios en los que el mercado juega un papel más preponderante. En algunos casos —véase, por ej., Gran Bretaña— este tipo de modelo puede responder deficientemente a los requerimientos de la demanda, mostrando tiempos de espera relativamente largos, falta de comodidades en el plano de las amenidades, etc.

Este primer tipo puede ser asimilado tentativamente al caso discutido en la sección anterior cuando tanto los proveedores como los usuarios son tolerantes a las medidas de contención de costos (ver gráfico A.2 en Anexo 1). Los proveedores no tienen mayores alternativas de trabajo sino en el aparato estatal, donde están contratados como funcionarios y su poder de negociación es escaso. Sólo tenderán a reaccionar frente a las medidas más restrictivas de CC, y ello sólo cuando afecten los aspectos más sensibles de su práctica profesional. Para los usuarios, la inexistencia de alternativas de atención a las estatales genera conductas pasivas frente a la atención de salud, por lo que sólo reaccionarán negativamente cuando los niveles de calidad, amenidades y humanidad del trato experimenten significativos deterioros. En este caso, lo harán cuestionando la organización sectorial en el plano global de la política como ocurre, por ejemplo, en Inglaterra.

Podría concluirse de lo anterior que este escenario proporcionaría soluciones óptimas. Sin embargo, en ausencia de incentivos para economizar, los niveles de eficiencia productiva son generalmente bajos, lo que se traduce en que las soluciones se encuentren al interior de la frontera de alternativas; la "pasividad" de los usuarios y la ausencia de alternativas puede afectar negativamente la calidad; y los grupos de población con menor tolerancia a las medidas de CC —los más ricos y con mayores alternativas— no logran maximizar su bienestar en la medida que tienen que aceptar el sistema

uniforme impuesto sobre la totalidad de la población. De modo que en este escenario existe un amplio margen para mejorar la eficiencia productiva y la satisfacción del consumidor.

Un caso *tipo II* corresponde a la situación en que el financiamiento de los servicios de salud sigue proviniendo de la recaudación fiscal —al gobierno central, estados o provincias y municipios— y contribuciones obligatorias del trabajo, como en el caso anterior, pero la prestación de los servicios puede ser tanto pública como privada. El escenario de Canadá es el que más se acerca a este modelo estilizado de organización. Se introducen aquí elementos novedosos con la aparición de situaciones formales de mercado y de competencia entre proveedores de bienes y servicios de salud, ya sea entre los de la esfera pública y la privada como al interior de cada uno de estos ámbitos prestacionales.

Al aparecer formalmente las figuras de mercado y competencia, este modelo reflejaría más adecuadamente las restricciones de presupuesto que el anterior y a raíz de ello, la calidad de los servicios y los esfuerzos de contención de costos serían mayores, al menos desde un punto de vista teórico y apriorístico. Asimismo, aparecen otros tipos de curvas de indiferencia en el modelo —como las ya discutidas en la sección III— desde el momento que habrían individuos con algún grado de soberanía para elegir, y también se presentarían otras alternativas en la *frontera de alternativas*, con lo cual existiría la posibilidad de otros puntos de equilibrio de mercado distintos a aquéllos presentes en el caso *tipo I*.

No podemos dejar de observar, sin embargo, que ante la aparición de incentivos de rentabilidad como factores determinantes de la conducta microeconómica de los agentes prestadores, es probable que en este tipo de escenario de mercado surjan conductas de selección de riesgo y de exclusión, tanto de patologías no rentables —enfermos crónicos y quemados, por ej.—, de tramos de edad —vgr.: personas de la tercera edad y mujeres trabajadoras en edad fértil— como de tramos de ingresos "médicamente indigentes" de la comunidad. Ello, sin duda resiente la equidad global alcanzada por aquélla en lo que a salud se refiere.

Pasemos ahora a un tercer caso *tipo III* en el que tenemos financiamiento privado —o también "paraestatal", cuando se trata de fondos recaudados por la seguridad social provenientes de contribuciones obligatorias para salud aplicadas sobre el trabajo, complementados con recursos provenientes de impuestos generales— y prestación pública o también "paraestatal" cuando la seguridad social tiene establecimientos propios de provisión de servicios de salud. Aquí la población que tiene acceso a los servicios es aquélla que goza de empleo formal y la universalidad de la cobertura no está garantizada a menos que el sector público tome a su cargo el financiamiento de los servicios de los trabajadores por cuenta propia y de los sectores indigentes.

Cuando la seguridad social esté fragmentada en diversas entidades recolectoras de fondos —en lugar de existir un único fondo colectivo— se genera un mecanismo de inequidad al interior del sistema originado en las diferencias de remuneración entre gremios y por ende el distinto monto de recursos por beneficiario de que puedan disponer las distintas ramas de la seguridad social. Las diferencias entre Costa Rica, México o Argentina pueden resultar ilustrativas en este sentido, aun cuando desde una perspectiva genérica todos éstos son casos en los que la seguridad social constituye una pieza central del modelo de financiamiento de los servicios de salud.

Un caso especial de este escenario lo constituyen las ISAPRES chilenas, puesto que estas entidades privadas de financiamiento y gestión pueden captar las contribuciones obligatorias al trabajo, y proporcionar los servicios de salud por sí o a través de terceros. Tanto el financiamiento como la gestión y provisión son esencialmente privados, pero el

origen del financiamiento es de naturaleza "social" debido a su compulsividad. Esta modalidad se encontraría entonces a mitad de camino entre el escenario tercero y el cuarto.

Es obvio que existen otras muchas diferencias de carácter político e institucional relacionadas con la posición que la seguridad social cumple al interior del cuadro de gobierno de estas sociedades, y ésto, sin duda tiene que ver con la manera en que las políticas de contención de costos pueden ser implementadas y conducidas al interior de la sociedad.

Los escenarios segundo y tercero anteriores pueden asociarse a los casos discutidos en la sección III anterior, en que los proveedores son poco "tolerantes" a las medidas de CC y los usuarios presentan elevada tolerancia (gráfico A.3 en Anexo 1), o viceversa (gráfico A.4 en Anexo 1). Ello dependerá de factores histórico—institucionales y de la cultura sanitaria predominante, así como también de la dirección del cambio del sistema. Será distinta la situación cuando el sistema se esté desplazando desde un escenario originalmente estatista a uno privado (como sucede en la mayoría de los países LAC), y de acuerdo a la importancia del sector privado en la provisión (nula o escasa actividad privada en la provisión, como sucede con Cuba y Costa Rica, por un lado, versus gran importancia del sector privado, como sucede en Brasil —en que el 70% de las camas son privadas— o Argentina, donde el 30% de las camas son privadas y están aumentando su participación), que cuando la autoridad esté intentando moderar la importancia del sector privado mediante el cambio del marco institucional (como son los cambios propuestos en el Plan Clinton para los EE.UU.).

Esperaríamos mayor tolerancia a las medidas de CC por parte tanto de los proveedores como de los usuarios cuando los sistemas se estén desplazando desde escenarios estatistas a privados que en el caso inverso. Los niveles de eficiencia iniciales serán cruciales para determinar la amplitud de la frontera de alternativas, o si nos encontramos al interior de ella; las insuficiencias de cobertura poblacional en estos escenarios incidirán en los niveles de bienestar alcanzados por la totalidad de la población; y la existencia o no de alternativas de atención —que sí estarían presentes cuando la seguridad social se encuentre fragmentada— determinarán que los distintos grupos sociales logren maximizar su bienestar, bajo la condición de que exista adecuada correspondencia entre los aportes y beneficios y de que éstos respondan a las necesidades que las personas persiguen satisfacer.

Un caso *tipo IV* corresponde al del financiamiento y gestión privados con prestación privada de los servicios, aunque subsiste un sector proveedor público con diversa importancia. Ejemplo de esta situación puede hallarse en las nuevas formas organizacionales de prepago de salud que han ido ganando terreno gradualmente a lo largo de la región, en Brasil, Argentina, Perú y Colombia, en las décadas recientes, y las Mutuales existentes en Uruguay desde el siglo pasado. A diferencia de la situación ya mencionada de las ISAPRES, en todos estos casos las contribuciones para salud son de carácter voluntario, y se pagan adicionalmente a los impuestos y contribuciones obligatorias. Estas instituciones pueden operar con o sin infraestructura prestacional propia, comprando en este último caso servicios de salud al sector prestador privado o incluso al sector proveedor público: su operatoria se asemeja así a la de una compañía de seguros en la medida en que sólo debe ocuparse de la administración y gestión financiera y de la operación. Cuando la entidad posee capacidad prestacional propia, debe adquirir y desarrollar "know how" de salud y capacidad sobre administración hospitalaria, adicionalmente.

En estos casos la dinámica competitiva es fuerte, la eficiencia microeconómica generalmente mejora, y se desarrollan progresivamente mecanismos de contención de costos mediante la transferencia de los riesgos de diagnóstico y terapia al proveedor así

como también son característicos el establecimiento de copagos con el fin de moderar los fenómenos de "moral hazard" y restringir la sobredemanda. Por otro lado, se establecen mecanismos de selección de riesgo, discriminación de usuarios y segmentación de mercado, a la vez de que quedan excluidos por definición los sectores de ingresos medios y bajos —a menos que las respectivas empresas efectúen aportes adicionales— y los indigentes.

Este cuarto escenario puede ser asimilado al caso discutido en el Anexo 1, en que los agentes proveedores y usuarios valoran poco las medidas de contención de costos, con todas las consecuencias allí discutidas (ver gráfico A.1 en Anexo 1). Ello se produciría tanto por la predominancia de la provisión estrictamente privada y su progresiva acentuación, como por las propias características de los usuarios, de ingresos medio-altos y altos, que valoran en extremo la libertad de elección y la calidad de la atención, lo cual es exacerbado por fenómenos de "moral hazard" derivados de los reducidos pagos de bolsillo que normalmente van asociados a estas modalidades así como también a las de los seguros de salud. Dinámicamente, este escenario se asemeja a aquél descrito en el gráfico A.5 en el Anexo 1, en que las ganancias de la reforma son mínimas en la provisión, y la valoración de las medidas de CC por parte de los usuarios es cada vez menor. En este caso, la solución que optimizaría el bienestar se encuentra en el punto de máxima satisfacción del consumidor, sin ninguna medida de contención de costos.

Desde el punto de vista del análisis económico, cada uno de estos escenarios prototípicos evoca un conjunto diferente de conductas microeconómicas en lo que se refiere a organización del acto médico/asistencial, control de costos, preocupación por la calidad, ritmo de incorporación de nuevas tecnologías, etc. Ello termina afectando la eficiencia microeconómica, la eficacia prestacional, el incremento de los costos y aumento del gasto en salud, y la equidad y universalización del acceso a la salud.

Ahora bien, en la realidad normalmente no existen modelos puros sino que conviven distintas mezclas de los escenarios previamente descritos. Esto, obviamente, agrega nuevas interrogantes al analista económico, ya que éste debe preocuparse de los problemas que emergen de la interdependencia entre distintos subsistemas, de los efectos de demostración que se generan por el lado de la demanda entre usuarios del subsistema público y usuarios del subsistema privado, y de las "señales" de precios provenientes del ámbito privado que acaban por influir sobre la organización y comportamiento del subsistema proveedor público.

Los objetivos centrales de la política de salud son mejorar la eficiencia microeconómica y global, la calidad y la equidad distributiva del sistema de salud. Dado que existen imperfecciones de mercado, asimetría e insuficiencias de información, costos de coordinación y transacción, externalidades, economías de escala y de ámbito, etc., es de imaginar que la política pública de salud deberá consistir en una mezcla de acciones desregulatorias, por un lado, con el fin de que las fuerzas del mercado operen efectivamente, en ciertos ámbitos y circunstancias. Y nuevas intervenciones regulatorias, por el otro, cuando sea previsible que la acción disciplinadora del mercado enfrente dificultades insuperables para modelar la conducta de los agentes económicos en pos de la maximización del beneficio social.

Exploremos ahora el comportamiento dinámico de estos distintos escenarios estilizados ante la imposición de diversas políticas de contención de costos, ya sea referidas a la demanda como a la oferta de servicios de salud.

Imaginemos primeramente el caso de un escenario del *tipo I* previamente descrito, en el que tanto el financiamiento como la prestación de los servicios de salud son llevados a cabo por el sector público. En este contexto, el Estado puede poner en práctica acciones en el ámbito financiero y prestacional dirigidas a contener costos y a disminuir la

incidencia del sector en el presupuesto público. Algunas de las posibles acciones en esta dirección serían :

a) búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento a nivel provincial, municipal, ONGs, etc.

b) establecimiento y/o incremento de copagos mediante de diversas formas de "ticket moderador".

c) establecimiento de exclusiones en la cobertura de prestaciones brindadas a la población: por ejemplo, en cirugía estética, medicamentos, procedimientos sofisticados de elevado costo, etc.

d) controles, y formas encaminadas a reducir las tasas de internación hospitalaria y, de manera más general, reducción de las tasas de utilización de los servicios.

e) control del ritmo de aumento de los salarios del personal médico, paramédico y de otros profesionales de salud.

f) medidas para generar competencia entre los establecimientos públicos.

g) medidas para mejorar la coordinación en la atención, como son mecanismos y criterios de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos de atención primaria y la de atención hospitalaria de segundo y tercer nivel de complejidad.

h) regulación del precio de los medicamentos, favoreciendo un uso más difundido de genéricos.

El impacto dinámico de acciones de este tipo serían: los bajos salarios reales relativos del personal médico y del resto del personal de salud puede derivar en el surgimiento y expansión de mercados "informales" al interior de la infraestructura prestacional del Estado, así como también el paulatino desarrollo de la práctica privada paralela por parte de los profesionales; y aumento de las listas de espera y de los tiempos de espera y deterioro de la calidad de los servicios. En situaciones de este tipo, las medidas de contención de costos tendrían como contrapartida una disminución del grado de satisfacción de los consumidores.

El incremento del financiamiento municipal podría liberar recursos del presupuesto de la administración central, pero no es improbable que al hacerlo aumente el grado de inequidad prevalente al interior del sistema, ya que algunas comunas o municipalidades estarán en mejores condiciones que otras para solventar los nuevos requerimientos de recursos. La competencia entre unidades prestadoras de servicios puede mejorar la eficiencia microeconómica, induciendo el aprovechamiento de economías de escala operacionales, mejor utilización de equipos "sofisticados" de elevado costo, etc. La experiencia en años recientes de países como Cuba, Gran Bretaña o la ex-URSS revelan que muchas de estas inferencias lógicas han tenido una contrapartida empírica en los hechos cotidianos de estas sociedades, pero son múltiples los otros ejemplos que podrían citarse también.

Consideremos ahora que el paquete de acciones regulatorias anteriormente indicado se aplica en el marco de los escenarios *tipo II* y *tipo III*, en los que el financiamiento puede ser público, paraestatal y con creciente participación de las contribuciones obligatorias aplicadas sobre el trabajo, y la prestación de los mismos puede ser tanto pública como privada. Las predicciones analíticas que podrían efectuarse aquí son que la presencia de proveedores privados —esto es, de prestadores que persiguen maximizar la rentabilidad del capital invertido— hará que se manifiesten las deficiencias propias de mercados imperfectos ya señaladas, en los que las patologías menos rentables terminarán siendo sólo cubiertas por el aparato prestador público y las de mayor rentabilidad por los efectos privados. Este escenario reclama un aparato regulatorio fuerte que vigile y frene el desarrollo de procesos de este tipo. Al introducir la existencia de un segmento prestador privado se abre la posibilidad de una eventual fragmentación del aparato proveedor en dos

subsistemas en los que la organización del acto médico/asistencial difiere marcadamente, presentándose entonces una potencial problemática de equidad ante la diferente calidad de los servicios brindados por la infraestructura pública y la privada.

En estos escenarios, la intolerancia de los proveedores a las medidas de CC serán mucho más patentes que en el primero, y menores las posibilidades para la autoridad para actuar en forma directa. También, la creciente fragmentación del aparato proveedor tendrá su reflejo en la manifestación de diferenciaciones en la valoración de dichas medidas por parte de los distintos segmentos de la población, permitiendo así que también se "dualicen" los patrones de demanda. Todo ello restringirá los grados de libertad para la política pública para la implementación de la reforma y aprovechar en forma íntegra sus potenciales ganancias, haciendo que sea cada vez más insostenible la mantención de sistemas únicos de financiamiento, gestión y provisión si es que se persigue optimizar los niveles de bienestar de cada uno de los referidos segmentos poblacionales. Tal como se discutió en la sección III, la implementación de medidas de CC deberá ser cuidadosamente programada, y aún así, sus rangos serán más estrechos y por ende, menores las posibilidades de lograr reducir el gasto o al menos moderar su incremento.

En el escenario *tipo IV* —financiamiento y gestión privados con prestación privada predominante y pública de menor significación —se abren nuevas preguntas de interés. Si la infraestructura prestacional pública habrá de competir abiertamente por pacientes financiados por las entidades financieras y de gestión del ámbito privado, no sólo el marco legal e institucional debe estar diseñado para esos fines —en la gran mayoría de los países no lo está— sino que los sistemas de atención de los hospitales estatales deben estar acondicionados para brindar servicios de alta calidad. En caso de no ser así, estos últimos tenderán a ser utilizados por las entidades de financiamiento sólo como receptores de enfermos crónicos y de patologías de menor rentabilidad relativa, reteniendo los enfermos más "rentables" en la infraestructura prestacional privada. Los fenómenos de fragmentación discutidos en los dos tipos anteriores, la creciente disparidad e inequidad en el acceso y diferenciación en calidad, entre otros, serán aquí más agudos y progresivos. La dinámica "natural" conduciría indefectiblemente a soluciones crecientemente intolerantes y de menor valoración de las medidas de contención de costos, haciendo que prácticamente no sea posible materializar en este escenario ganancias significativas de la reforma en cuanto a satisfacción del consumidor sino que a costas de *reducciones* de las medidas de CC.

## V. CONCLUSIONES

La discusión precedente pareciera destinada a favorecer la preservación de los escenarios *tipo I* —financiamiento, gestión y provisión públicas— que empíricamente han mostrado una mayor capacidad para contener los aumentos de costos y expansión del gasto, como lo demuestran las experiencias de países como Inglaterra, Canadá, España, entre otros, que también exhiben sobresalientes indicadores de salud. La reforma de dichos sistemas ofrece mayor amplitud para la política pública en cuanto a mejorar la eficacia y eficiencia en la provisión. Pero nuestra discusión también se ha centrado en perseguir aumentos de la satisfacción del consumidor y optimización del bienestar de los distintos segmentos poblacionales, áreas en que sin embargo estos países muestran cada día más insuficiencias que son precisamente lo que los ha impulsado a proponerse también la reforma de salud. Además, en los años 80 también se han manifestado crecientes presiones de costos que han generado en definitiva expansiones del gasto y deterioros crecientes de la calidad y satisfacción de los usuarios.

Las soluciones no son por lo tanto triviales, y existe un reconocimiento universal de que el avance del sector privado es ineludible; que la competencia al interior de los sistemas públicos es imprescindible, así como también necesaria la competencia entre los subsistemas públicos y privados; que los mercados de salud son desde ya una realidad incluso al interior de los propios sistemas públicos, y naturalmente lo son en el ámbito puramente privado. Reconocidas estas realidades, correspondería avanzar hacia la "formalización" de los mercados de salud, lo que permitiría afrontar la tarea de cambiar el rol del Estado en cuanto a desarrollar y fortalecer su capacidad normativa, de regulación, y de seguimiento e intervención selectiva.

Lo realmente novedoso del presente análisis residiría, sin embargo, en que lo anterior por sí solo sería insuficiente a menos que la política pública identifique y aborde con energía la tarea de modificar la esencia de la cultura sanitaria predominante en los proveedores y el aumento de la valoración de la contención de costos por parte de los usuarios.

La acción sobre los proveedores implicará algo más que la mera secuenciación de las medidas de CC: será necesario alterar radicalmente las estrategias de salud, centrándola en el fomento y prevención de la salud antes que en la recuperación; cambiar las ideologías predominantes en los profesionales de la salud en cuanto a la forma de concebir la relación médico—paciente y la organización del acto médico/asistencial; cambiar la forma de concebir el ejercicio de la profesión, que en el presente prioriza el ejercicio liberal de la profesión convirtiendo de ese modo al proveedor —en un ambiente de mercado con insuficiente regulación— en un empresario privado que goza de poder monopólico; cambiar la concepción de lo que se denomina como "ética profesional", que por un lado propende a la excelencia profesional y humana, pero que al mismo tiempo opera como un poderoso factor de conglomeración y de desarrollo de prácticas colusivas.

Por el lado de los usuarios, llamamos la atención sobre el hecho de que la política pública deberá afrontar la tarea de modificar radicalmente su valoración de las medidas de contención de costos con el fin de afectar significativamente sus preferencias. Hemos

visto que mientras mayor sea su valoración y tolerancia de aquéllas, mayores serán los rangos para implementar medidas que tiendan a reducir y moderar los aumentos de costos y expansión del gasto. Y también hemos efectuado un llamado de atención sobre el hecho de que la creciente diferenciación de los patrones de preferencias y consumo de salud entre los distintos segmentos de la población haría aconsejable abandonar los sistemas únicos y optar por sistemas múltiples que permitan a todos los diversos grupos de usuarios optar por diversas alternativas acordes con sus particulares preferencias y concepciones.

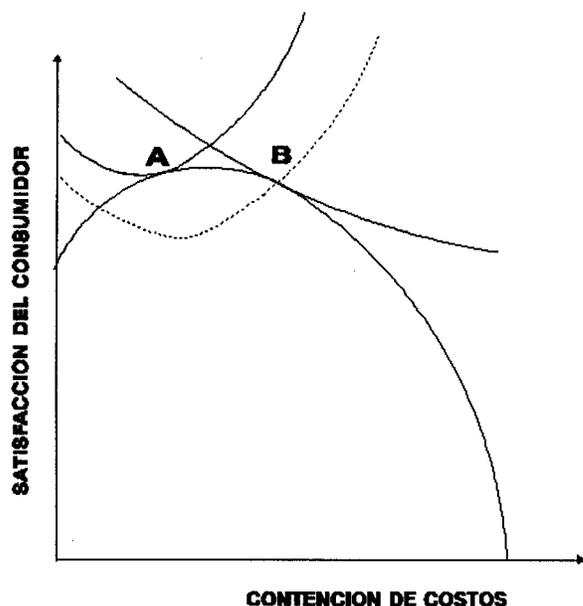
## ANEXO 1

### ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES ESCENARIOS PARA LA POLÍTICA PÚBLICA DE REFORMA SECTORIAL

La mayor o menor aceptación de los agentes (proveedores y usuarios) de las medidas de CC se refleja en la forma tanto de la *frontera de alternativas* como en la inclinación y sentido de las curvas de indiferencia. Para los proveedores, la mayor aceptación se refleja en la existencia de un tramo creciente de la frontera, y en el rango de medidas de CC que puedan ser implementadas antes de que se manifieste nuevamente el trade-off entre SC y CC en dicha frontera. Ello fué presentado y discutido en relación a los gráficos 1 y 2 de la sección III.

Para los usuarios, ya se discutió en el texto el efecto en lo referente al sentido (orientación) de las curvas de indiferencia. En cuanto a la inclinación, recuérdese que la *pendiente* de la curva de indiferencia equivale a la inversa de la razón de las respectivas utilidades marginales. Entonces, para el caso de las personas que *sí perciben* los costos (gráfico 4 en sección III), mientras mayor la valoración relativa de las medidas de CC, mayor será la pendiente de la curva de indiferencia en toda su extensión.<sup>24</sup> Por otra parte, para las personas que *no perciben* los costos (gráfico 3 en sección III), dado que

Gráfico A.1



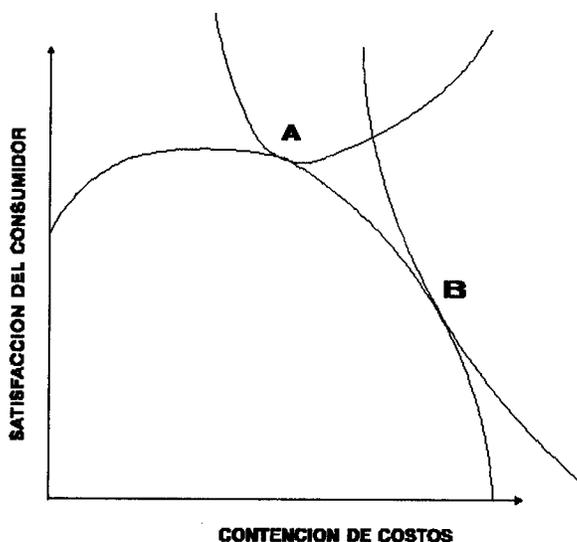
toda medida de CC es percibida como un *mal*, mientras mayor sea la aversión a la CC mayor será la pendiente de la curva de indiferencia en toda su extensión, y viceversa. Analizamos a continuación los escenarios analíticos que se pueden presentar.

Un primer caso será aquél en que los agentes tengan una valoración baja de las medidas de CC, que representamos en el gráfico A.1. La frontera de alternativas tendrá un tramo creciente debido a que se ha implementado la reforma del sistema de salud. En el caso de los usuarios, sus curvas de indiferencia tendrán una pendiente baja en el tramo en que las medidas de CC son percibidas como un bien, y elevada inclinación en el tramo en que las medidas de CC son intolerables.

En este escenario, el óptimo se encontrará en el punto A para quienes acepten las medidas de CC sólo hasta un cierto grado (curva en U, continúa), próximo a la máxima

SC en la frontera, pero con el mínimo tolerable de medidas de CC, y en *B* para quienes las consideren como un bien en todas sus formas (curva continúa). Si la CC en *B* fuera de algún modo impuesta a los primeros, entonces su nivel de bienestar alcanzado sería inferior al máximo en su caso (curva de indiferencia segmentada). En esta sociedad sólo serían aceptables las reformas que aumentarían la eficiencia del sistema de salud (tramo creciente y horizontal de la *frontera*), pero no sería viable implementar medidas adicionales de CC pues ellas reducirían el bienestar de la población. En estas condiciones, los grados de libertad para la política pública son estrechos, y reducidas las ganancias de la reforma sectorial en términos de lograr un mejor uso de los recursos.

Gráfico A.2



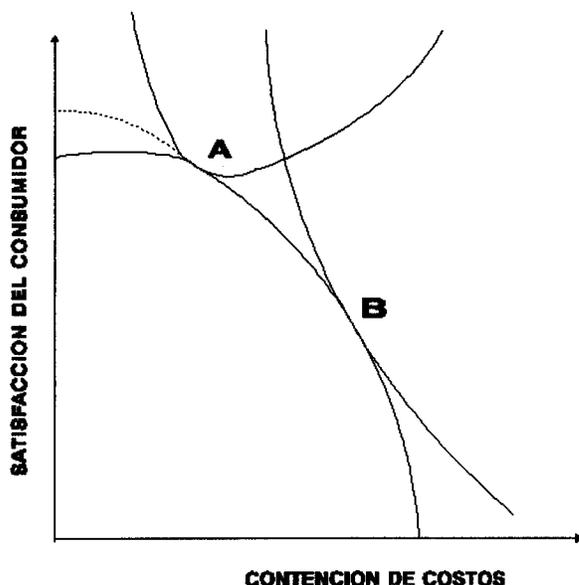
Un segundo caso será, en el otro extremo, el de sociedades en que los agentes tengan una elevada valoración de las medidas de CC (gráfico A.2). Aquí, la mayor aceptación por parte de los proveedores permite que el rango de la frontera sea mayor que en el caso anterior antes de que se manifieste nuevamente el trade-off entre SC y CC en la "producción". Para los usuarios, sus curvas de indiferencia tendrán elevada inclinación en el tramo en que la CC es percibida como un bien, y baja inclinación en el tramo en que ellas se hacen intolerables. El óptimo se encontrará en este escenario en el punto *A* para quienes acepten las medidas de CC sólo hasta un cierto grado, y en *B* para quienes las consi-

deren como un bien en todas sus formas. También aquí si se pretendiera imponer las medidas de CC óptimas para los segundos a los primeros, éstos ya no estarían en óptimo y su bienestar se vería reducido.

Una primera consecuencia del análisis anterior es que al comparar ambos extremos, en el segundo caso los óptimos de los grupos considerados permiten mayores medidas de CC que en el primero, lo que significa mayores grados de libertad para la política pública y en todo caso mayores posibilidades de economizar.

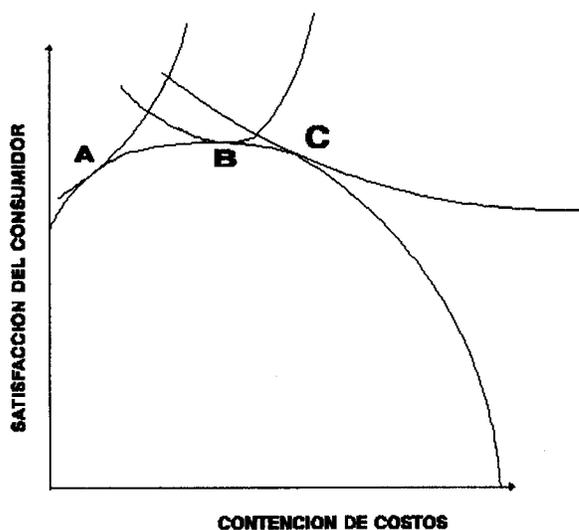
Una segunda consecuencia es que si los distintos grupos de la sociedad tienen marcadas diferencias en sus preferencias entre grados de SC y medidas de CC, entonces imponer los óptimos de cualquiera de esos grupos a la totalidad de ellos reduciría el bienestar. Se justificaría entonces establecer *sistemas múltiples* con el fin de que cada

Gráfico A.3



el óptimo *A* para quienes tienen una tolerancia parcial, y en el punto *B* quienes tienen mayor grado de tolerancia. Ambas soluciones involucran mayores grados de libertad para la política pública que el caso de intolerancia, y mayores medidas de CC.

Gráfico A.4



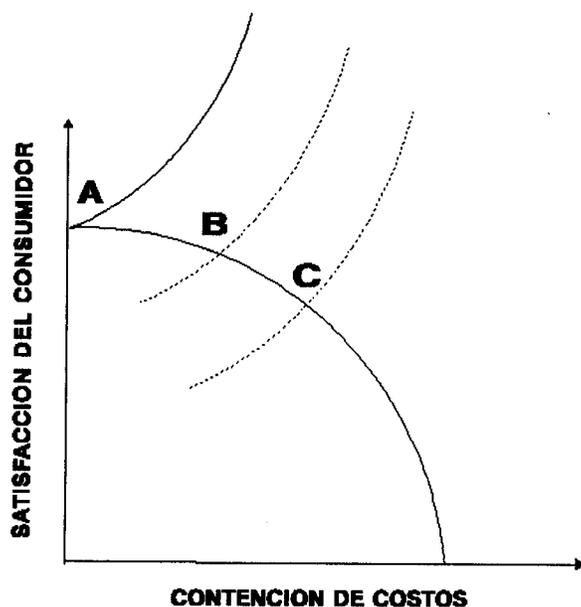
nuevamente en este escenario las ganancias de la *política pública ejercida exclusivamente sobre la oferta* se ven limitadas por las percepciones y conductas de las personas con respecto a las medidas de CC. El corolario evidente de esta situación es que no bastarían en estos escenarios las acciones sobre la oferta, sino que sería indispensable actuar también sobre la demanda si es que se busca maximizar los resultados de la reforma sectorial.

uno de dichos grupos logre maximizar su bienestar.<sup>25</sup> Naturalmente, lo anterior presupone que no pueda modificarse la aversión a las medidas de CC discutidas en el primer caso, y que esas preferencias adversas a la CC no sean diseminadas al conjunto de la población. Como veremos más adelante, existen fuerzas inmanentes en el paradigma sanitario predominante en la actualidad que apuntan precisamente en esta última dirección.

Existirán casos intermedios, como por ejemplo que los proveedores sean poco tolerantes a las medidas de CC, y las personas sean muy tolerantes a ellas, lo que se presenta en el gráfico A.3. Aquí, las preferencias de las personas que sí perciben los costos las llevarán a situarse en

En la situación inversa —y poco plausible, por lo ya discutido y lo que sigue— tendríamos gran tolerancia de parte de los proveedores e intolerancia de parte de las personas (ver gráfico A.4). Las soluciones óptimas se situarían aquí en todos los casos en torno al máximo de SC en la frontera de alternativas, incluso en el caso de quienes tienen gran sensibilidad a los costos, como es el caso de la solución *C*. Lo que significa que la reforma surtiría efectos sólo en el tramo en que se obtienen ganancias de eficiencia y productividad, pero la mayoría de las personas no estaría dispuesta a sacrificar satisfacción del consumidor a cambio de más medidas de contención de costos. Así,

Gráfico A.5



Queda por discutir finalmente cuáles son las tendencias que se derivarían del efecto de las fuerzas inmanentes en los sistemas de salud bajo el paradigma sanitario medicalizado prevaeciente. Este escenario dinámico se presenta en el gráfico A.5. Dichas fuerzas conducen inexorablemente a *reducir la aceptabilidad y tolerancia de las medidas de CC* y a enfatizar por sobre todas las cosas las soluciones individuales, "personalizadas", siendo la relación de confianza y exclusividad entre el profesional tratante y el paciente el centro del proceso de recuperación de la salud.

Tanto a nivel de los sistemas de provisión "cerrados" y con limitada libertad de elección (vgr.; sistemas estatales, la seguridad social y los sistemas de atención administrada),

pero especialmente en los sistemas de atención privados, se fomentan conductas contrarias a las medidas de CC, debido a que éstas limitan las opciones tecnológicas y la libertad de acción de los proveedores y establecen diversas formas de control de las prácticas médicas.

A medida que los sistemas de salud se desplacen hacia soluciones de mercado, y mientras éstas sean menos reguladas y sistémicas, gradualmente se reducirán los grados de libertad para las políticas públicas en este campo y las ganancias derivadas de la reforma. En el límite, la solución "óptima" se encontrará en una esquina —como la señalada por el punto A, con el máximo de SC pero eventualmente sin ninguna medida de CC. Esto es, las curvas de indiferencia tenderán a asemejarse a aquéllas de los grupos insensibles a los costos (gráfico 3 en sección III) —lo que será tanto mayor cuanto más se desarrollen mecanismos de tercer pagador y gratuidad de la atención—, y la frontera de alternativas tenderá a asemejarse a aquélla en que la reforma sectorial no tenga ningún impacto en cuanto a generar ganancias de productividad y efectividad, como la descrita en el gráfico 2 de la sección III. Huelga destacar que esta tendencia es explosiva en cuanto a los costos y no ofrece mejor solución que incrementar permanentemente el gasto en salud.

## Notas

- <sup>1</sup> Véase Banco Mundial (1993), pp.22-27, y OPS-CEPAL (1994), pp. 15-21.
- <sup>2</sup> Se sugiere revisar OPS-CEPAL (1994), p.9, "Cinco razones para invertir en salud en el marco de la Transformación Productiva con Equidad".
- <sup>3</sup> Se sugiere revisar a Blendon et al (1990 y 1991) y Centro de Estudios Públicos (1993).
- <sup>4</sup> La excepción más notable a esta característica son los EE.UU. donde sin embargo el problema radica principalmente en la desprotección de los segmentos poblacionales de ingresos medios-bajos. Éstos son muy "ricos" para calificar para los subsidios de Medicaid y muy pobres como para disponer de recursos suficientes para comprar seguros de salud. Este es uno de los principales problemas que persigue resolver la propuesta de reforma efectuada por el Presidente Clinton.
- <sup>5</sup> Lo que sucede es que los sistemas de pensiones y de salud han sido característicamente de reparto ("pay as you go", en terminología anglosajona), por lo que el financiamiento de los pensionados deriva de las contribuciones de los trabajadores activos. En la medida que la proporción de trabajadores contribuyentes en relación a los pensionados disminuye -lo que sucede al aumentar la proporción de "viejos" en la población- los recursos aportados por los primeros se hacen insuficientes para financiar a los segundos. Fenómeno que se agudiza si el costo de salud de estos últimos es creciente.
- <sup>6</sup> Se sugiere ver Miranda (1993b), p. 29-33.
- <sup>7</sup> Se sugiere revisar Guerra de Macedo (1989), p.12. El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS sostuvo en la oportunidad que: "...si bien no se dispone de datos precisos que sustenten científicamente esta presunción, estimaciones muy ajustadas indicarían que entre el 25% y el 30% de los recursos que administra el sector salud constituyen un ineficiente despilfarro...".
- <sup>8</sup> Nos limitamos a señalar los componentes de estas características y fuerzas porque ellos son suficientemente conocidos y aceptados en la literatura de economía de la salud.
- <sup>9</sup> Bajo condiciones competitivas, habida cuenta de las externalidades y un marco regulatorio adecuado, la maximización de ganancias permite optimizar la eficiencia. Pero estos requisitos no se dan en forma natural en los mercados de salud —entre otros— sino que por el contrario, son particularmente no competitivos, con fuertes externalidades y dificultades para regular.
- <sup>10</sup> Ver Katz y Muñoz (1988) y Katz et al (1993).
- <sup>11</sup> Los aumentos de la satisfacción del consumidor pueden lograrse en salud gracias a una mayor cobertura de riesgos y variedad de alternativas, aumentos de la calidad de las prestaciones y de su cantidad, mayores facilidades de acceso, y mayor humanidad del trato. Ver sección III.
- <sup>12</sup> Lo que sigue está principalmente basado en Abel-Smith (1984 y 1992), Fuchs (1986), Márquez (1990) y Miranda (1993a).
- <sup>13</sup> Un caso muy destacado es la experiencia implementada en el estado de Oregón en EE.UU. donde las atenciones de salud susceptibles de cobertura han sido priorizadas —contemplando la valoración que los usuarios tienen de ellas— de tal forma que la cobertura efectiva depende en última instancia de la disponibilidad de recursos.
- <sup>14</sup> En el caso de Chile, por ejemplo, en los años ochenta los propios usuarios debían proporcionar insumos como algodón, jeringas, y los fármacos principales al momento de efectuarse procedimientos quirúrgicos.
- <sup>15</sup> Entendemos por *estrategia de salud* a los grandes lineamientos de la política de salud en lo que se refiere a los grados de énfasis sobre las intervenciones intersectoriales de salud —que afectan las condiciones de vida y medio-ambientales de las personas— y las atenciones de salud propiamente tales, por un lado, y al énfasis sobre las acciones de salud de fomento, prevención y recuperación de la salud. Se ha demostrado que las medidas intersectoriales son determinantes principales de los niveles de salud, y que las medidas de fomento y prevención tienen un mayor costo-efectividad que las de recuperación, por lo que un mayor énfasis en este tipo de acciones permitiría elevar los niveles de salud a un menor costo.

<sup>16</sup> Los resultados no han sido siempre permanentes, debido a las prácticas de transferencia de precios (transfer pricing) de los laboratorios farmacéuticos, a la diferenciación de productos y a la inhibición de la inversión local.

<sup>17</sup> Se sugiere revisar Katz y Miranda (1994), donde se analizan las características de los mercados de salud y algunas medidas de regulación posibles.

<sup>18</sup> Efectuamos el supuesto analítico de que en la producción de ambos "bienes" existen rendimientos decrecientes, de lo cual necesariamente se deriva la concavidad de la frontera de alternativas. Pero no disponemos de evidencia empírica que sustente este supuesto —aunque intuitivamente sea razonable— por lo que el análisis que sigue tiene características de hipótesis más que de conclusiones definitivas.

<sup>19</sup> No existen estudios acabados que permitan avalar íntegramente la secuenciación de las medidas de CC que aquí efectuamos, ni su impacto sobre la satisfacción del consumidor. Nos atrevemos a efectuar este planteamiento a modo de hipótesis basados en los estudios que empleamos como referencia y en indicios aislados provenientes de distintas experiencias que sería largo enumerar en esta ocasión, pues ellas por sí solas justificarían una extensión mucho mayor de la que aquí disponemos.

<sup>20</sup> Los aumentos de productividad permitirían aumentar la SC para cada nivel de gastos por la vía de aumentar la cobertura, la calidad técnica o mejoras en la atención que signifiquen mayor humanidad en el trato a los pacientes. Esto podría lograrse mediante la implementación de métodos de administración de la calidad total (Total Quality Management- TQM).

<sup>21</sup> El origen relevante está definido por el sentido de las preferencias, de modo que cada "bien" considerado genera utilidad a partir del origen.

<sup>22</sup> El concepto de *frontera* implica que las alternativas representadas por su contorno corresponden a máxima eficacia y eficiencia productiva: los aumentos de una de las alternativas son sólo posibles reduciendo los niveles de la otra.

<sup>23</sup> Una descripción más refinada de este modelo podría, por ejemplo, incorporar la idea de que se van gestando modelos informales de mercado aun al interior de una estructura prestacional pública, asociados a pagos no registrados por la contabilidad formal. La literatura sobre el caso soviético ha descrito de esta manera el desarrollo de mercados 'informales' de atención 'privada' dentro de los hospitales públicos a cambio de pagos 'en negro' al personal médico o paramédico.

<sup>24</sup> Ello explica por qué el máximo de utilidad para una persona que valore en extremo las medidas de CC se encontrará en un punto de la *frontera de alternativas* con baja SC y elevada CC, como es la solución 4 en el gráfico 6. Mientras que si la misma persona tuviera una valoración relativamente menor de la CC *vis a vis* la SC, su óptimo se encontraría en un punto de la *frontera de alternativas* por encima de la solución 4, con mayor SC y menor CC.

<sup>25</sup> Las ISAPRE chilenas son un ejemplo de sistemas múltiples, pero por la forma en que el sistema fue diseñado han generado efectos redistributivos regresivos que han afectado el financiamiento del sistema de salud y han favorecido la "dualización" de la provisión. Se sugiere ver Miranda (1993c y 1992).

## BIBLIOGRAFÍA

- Abel—Smith, B. (1984), *Cost Containment in Health Care. A Study of 12 European Countries 1977—1983*, Bedford Square Press/NCVO, Londres.
- \_\_\_\_\_ (1992), *Cost Containment and New Priorities in Health Care*, Avebury Ashgate Publishing Ltd. Aldershot, Gran Bretaña.
- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*, Washington D.C., julio.
- Blendon, R. J. et al (1990), "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations", *Health Affairs*, Summer.
- \_\_\_\_\_ (1991), "Spains Citizens Assess Their Health Care System", *Health Affairs*, Fall.
- Centro de Estudios Públicos (1993), "Percepciones y opiniones de la calidad de la salud en Chile", en *Estudio Social y de Opinión Pública N°20, Julio de 1993*, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile.
- Ellis, R. P. y T. G. McGuire (1990), "Optimal Payment Systems for Health Services", *Journal of Health Economics 9* 375—396, Holanda.
- Fuchs, V. R. (1986), "Has Cost Containment Gone Too Far?", *The Milbank Quarterly Journal*, N° 64.
- Guerra de Macedo, C. (1989), "Seminario interagencial de descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales", Proyecto PNUD/ILPES y OMS/OPS, Brasilia, octubre.
- Hurst, W. J. (1991), "Reforming Health Care in Seven European Nations", *Health Affairs*, Fall.
- Katz, J. y E. Miranda (1994), "Morfología, comportamiento y regulación de los mercados de bienes y servicios de atención de salud", Presentado para publicación en el segundo semestre de 1994 en la *Revista de la CEPAL, N°54*, Santiago de Chile.
- Katz, J. y A. Muñoz (1988), "Organización del sector salud: puja distributiva y equidad", CEAL, Buenos Aires.
- Katz, J. et al (1993), "Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y el Uruguay", en *Cuaderno Técnico N° 36*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Márquez, P. (1990), "Control de costos en salud: una revisión de experiencias de países en las Américas", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud, vol. 109, N°2, agosto*, OPS, Washington, D.C.
- Miranda, E. (1992), "Evaluación de la experiencia chilena con las ISAPRES", en *Tendencias económicas de los sistemas de salud*, Virgolini, M. y González—García, G., editores, Asociación de Economía de la Salud Argentina, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (1993a), "Sistemas de salud en el mundo, parte I: un marco conceptual para el análisis", *Documento de Trabajo N° 203*, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, noviembre.
- \_\_\_\_\_ (1993b), "Sistemas de salud en el mundo, parte II: casos seleccionados y sus lecciones para Chile", *Documento de Trabajo N°203*, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, noviembre.

- \_\_\_\_\_ (1993c), "Aportes de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) a la seguridad social", *Corporación de Salud y Políticas Sociales—CORSAPS*, Santiago de Chile, diciembre.
- OPS—CEPAL(1994), "*Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*", Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile y Washington D.C., respectivamente, marzo (versión preliminar).
- Schieber, G. J. y J. P. Poullier (1991), "International Health Spending: Issues and Trends", *Health Affairs*, Spring.

## SERIE POLÍTICAS SOCIALES

- | Nº | Título   |
|----|--|
| 1  | Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres?, (LC/L.777), septiembre de 1993.                                      |
| 2  | Ignacio Irarrázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos, (LC/L.812), enero de 1994.            |
| 3  | Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar, (LC/L.815), febrero de 1994.   |
| 4  | Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas, (LC/L.851), agosto de 1994.  |
| 5  | Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina, (LC/L.864), octubre de 1994.   |
| 6  | Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño, (LC/L.867), diciembre de 1994.                     |
| 7  | María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales, (LC/L.898), mayo de 1995.  |
| 8  | Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes, (LC/L.923), noviembre de 1995.   |
| 9  | Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar, (LC/L.924), diciembre de 1995. |
| 10 | John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile, (LC/L.925), diciembre de 1995.  |
| 11 | Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile, (LC/L.926), diciembre de 1995.                                  |
| 12 | Jorge Katz y Ernesto Miranda R., Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos, (LC/L.927), diciembre de 1995.                  |