

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-017-1 (Volumen I)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

POLÍTICAS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ

Joseph White

I. DISPOSICIONES FINANCIERAS BÁSICAS

Tanto Canadá como los Estados Unidos son casos excepcionales comparados con otras naciones industrializadas. Mientras Canadá confía mucho más en el sistema de seguros público, los Estados Unidos confían mucho más en el sistema de seguros privado.¹

1. FINANCIAMIENTO CANADIENSE

El cuadro 1 muestra las fuentes de financiamiento del programa de salud canadiense. Las cifras del gasto federal y provincial reflejan el hecho de que cada una de las diez provincias canadienses actúa como el asegurador médico fundamental de sus ciudadanos. El seguro provincial se paga comúnmente con los ingresos generales de la provincia y recibe como suplemento las transferencias federales que favorecen levemente a las provincias más pobres. Además, cuatro provincias recolectan impuestos a partir de las planillas de sueldos, y dos cobran algunas primas a sus beneficiarios.

1. Para comparaciones de países ricos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), véase Joseph White (1995a); para comparaciones de países de Latinoamérica véase cálculos de la OMS/PAHO y Govindaraj, Murray y Chellaraj (1995).

CUADRO 1
GASTO TOTAL DE SALUD EN CANADÁ,
POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO, 1994
(En porcentaje)

| | |
|---------------------------------|------|
| Sector público | 71.8 |
| <i>Gasto provincial</i> | 66.3 |
| Transferencias federales | 21.9 |
| Fondos de la provincia | 44.4 |
| <i>Gasto federal directo</i> | 3.6 |
| Municipal | 1.2 |
| Compensación a los trabajadores | 0.8 |
| Sector privado | 28.2 |

Fuente: *National Health Expenditures in Canada: Highlights*, pp. 16 y 20.

Con el propósito de recibir fondos federales, las provincias deben cumplir con los requisitos de la ley de salud de Canadá. La ley exige que el seguro de la provincia sea:

- *De gran alcance*: que cubra todos los servicios “médicamente necesarios” que imparten los médicos.
- *Universal*: que suministre protección a todos los residentes legales de una provincia (con un período de espera de tres meses).
- *Administrado públicamente*: por el gobierno provincial mismo o por una autoridad asignada para ello.
- *Transterritorial*: de modo que los beneficiarios estén protegidos cuando se encuentren lejos de su provincia de residencia, o, si se mudan, hasta que estén en posesión del plan de su nueva provincia.
- *Accesible*: lo cual significa que no existan barreras financieras para el acceso; es decir, que no exista cobro extra a los pacientes por sobre los aranceles pagados por el seguro de la provincia. Una provincia está expuesta a perder los aportes de fondos federales en una cantidad igual a cualquier cobro extra que realice.

Las transferencias federales como proporción del gasto provincial han caído desde 1977, y se espera que continúen cayendo. Esta caída crea una preocupación en relación con la capacidad de implementar la actual ley de salud de Canadá, debido a que las provincias tienen relativamente poco dinero que perder.² No obstante, la estructura descrita aquí representa el "modelo canadiense" de la forma en que ha operado en las últimas tres décadas.³

Cada plan de seguro de salud garantiza el acceso a todos los servicios médicos y hospitalarios considerados "medicamente necesarios". En la práctica, esto se define como todo lo que un hospital puede hacer, a menos que esté específicamente excluido, y todo lo que esté comprendido en los esquemas de cobros de los médicos de cada provincia. Más allá de la cobertura básica, los beneficios de las provincias difieren. Ninguna provincia cubre "lujos" tales como cirugía estética a elección y habitaciones privadas. Los beneficios de los hogares de ancianos (y su suministro) varían. En general, las provincias apoyan los servicios de salud pero no necesariamente con un subsidio completo.

Cada provincia tiene un plan de beneficios farmacéuticos propio, que no incluye contribución o norma federal. Normalmente, estos planes proporcionan beneficios mucho mejores a ancianos, personas discapacitadas e indigentes. Cubren aproximadamente el 40% de los remedios prescritos que no se entregan directamente en los hospitales (la provisión directa de los hospitales se incluye en el presupuesto de estos).

Una de las estipulaciones básicas del seguro médico canadiense es que es ilegal vender seguros médicos privados que entreguen los mismos beneficios incorporados en los planes de seguros públicos. El seguro privado lucrativo es, sin embargo, un suplemento común de los planes públicos. Aproximadamente, un 80% de la población tiene protección privada en ítem tales como habitaciones privadas y atención farmacéutica y dental, la que se financia básicamente a través de los empleadores y contempla algunos subsidios.

2. Para una fuente de estas preocupaciones, véase CCHSE (1995, p. 13).

3. La actual definición de "accesibilidad", sin embargo, fue materia de legislación sólo en 1984.

2. FINANCIAMIENTO ESTADOUNIDENSE

Comparado con el sistema canadiense, las disposiciones financieras del programa de salud estadounidense son un mezcla de programas del gobierno nacional, programas federales-estadales, y seguros privados. Gracias al programa federal *Medicare*, prácticamente todos los norteamericanos de 65 años y más tienen un seguro de salud importante. Sin embargo, aproximadamente uno de cada seis jóvenes norteamericanos no está asegurado.

Debido a que no existe un sistema de seguro coherente, tampoco existe una estimación fidedigna de los que no están asegurados. Los datos de encuestas más comúnmente utilizados mostraban que al menos 39.4 millones de norteamericanos no estaban asegurados en 1994. La proporción de no asegurados ha estado creciendo desde 1989 (aunque el aumento de la tasa de empleo puede estar deteniendo esta tendencia), y datos más recientes muestran que un mayor número de norteamericanos no se encuentran cubiertos en un mismo instante durante un año determinado (FBRI, 1996).

El cuadro 2 muestra las fuentes de financiamiento del seguro médico en los Estados Unidos.

Aunque la mayoría de los norteamericanos poseen algún tipo de seguro médico privado, más de un tercio del gasto total personal en salud se paga mediante dos esquemas de seguro público: *Medicare* y *Medicaid*. Estos planes cubren especialmente a la población de más alto costo: los ancianos y los discapacitados. Si se incluyen otros programas de gobierno, tales como los programas para veteranos, para la investigación médica y la educación, y para hospitales públicos establecidos en ciudades y condados mucho tiempo antes de que el *Medicaid* fuera promulgado,⁴ la participación pública en el gasto total en cuidados de salud en los Estados Unidos se alza por sobre el 44%.

El *Medicare* se compone de dos partes, el "Seguro hospitalario" (SH) y el "Seguro médico suplementario" (SMS). Cubre todos los cuidados

4. El *Medicare* y el *Medicaid* solos pagan cerca del 45% de los cobros de los hospitales. Véase *Health Care Financing Review Statistical Supplement 1995*, septiembre, p. 1; Levit, Lazenby y Sivarajan (1996).

CUADRO 2
GASTO EN SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS,
POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO, 1991
(En porcentaje)

| | |
|--|------|
| Pagos del empleador: | 33.6 |
| - Privado | 28.2 |
| - Gobierno | 5.4 |
| Pagos públicos provenientes de los ingresos fiscales generales | 29.5 |
| Pagos individuales: | 33.9 |
| - Seguro | 14.1 |
| - Del bolsillo | 19.8 |
| Otros | 3.0 |

Fuente: Centro Nacional para las Estadísticas de la Salud, *Health United States, 1994*, Hyattsville, MD, Servicio de Salud Público, 1995, cuadro 121 con cálculos del autor.

Notas: "Pagos del gobierno", en la categoría del empleador, se refiere a los pagos dentro de los esquemas de seguros para empleados del gobierno.

"Pagos del empleador", incluye además las contribuciones del empleador a los impuestos de nómina del *Medicare*.

"Pagos individuales" por seguros, incluyen contribuciones del empleado al *Medicare* y planes de "auspicio del empleador", así como otras compras de seguros individuales.

"Otros", principalmente consiste en contribuciones en forma de donaciones.

médicos y hospitalarios médicamente necesarios, más ciertos beneficios que pueden ser vistos como complementarios de la asistencia hospitalaria, tales como: facilidades para la atención de enfermería especializada después de una estadía en el hospital, atención en hospicios, o visitas médicas al hogar como parte de un plan de tratamiento médico. No suministra cobertura farmacéutica (a excepción de todos los remedios entregados en el hospital) ni cobertura de hogares de ancianos, excepto cuando se requieren después de una hospitalización y con un costo superior al de la mayoría de los esquemas de seguro médico nacionales. Con el propósito de cubrir esas diferencias casi el 70% de los ancianos norteamericanos tienen alguna clase de seguro privado del tipo conocido como *Medigap*, aparte del apoyo que entrega el gobierno mediante el *Medicaid*.

Aun cuando existen muchas complejidades en la contabilidad y el financiamiento del *Medicare*, básicamente el SH se financia con un impuesto que grava el salario de los actuales trabajadores y a los pequeños

empleadores,⁵ y el SMS principalmente con ingresos federales generales y una parte de las primas de beneficiarios individuales, recursos que se canalizan hacia los pobres mediante contribuciones estatales a través del *Medicaid*.

El *Medicaid* entrega beneficios a cerca de 35 millones de norteamericanos, es administrado por los estados y costado con una mezcla de fondos federales y estatales. Cubre a madres y niños en situación de pobreza, a los discapacitados, y a los ancianos que necesitan de hogares de ancianos pero que tienen pocos recursos para pagarlos; además, suplementa al *Medicare* en lo que dice relación con la población de la tercera edad empobrecida. El *Medicaid* cubre a casi la mitad de los norteamericanos que viven en la pobreza (condición que en 1993 se definía por un ingreso anual de 11 890 dólares para una familia de tres miembros), más otra población "médicamente necesitada". Por ejemplo, el gobierno federal demanda que los estados cubran a mujeres embarazadas y en puerperio, y a niños menores de 6 años, si los ingresos de sus familias equivalen o son inferiores al 133% del nivel de pobreza.⁶

El *Medicaid* tiene los problemas comunes de los programas que son "testeados en medias muestrales": gente que entra y sale del programa dependiendo de los cambios en sus condiciones de elegibilidad; desincentivos para trabajar y tener ingresos; personas que no saben que son elegibles; estigma en torno a los beneficiarios, y los costos de administración y confusión en que se incurre para determinar la población elegible. Tiene, además, los defectos de un programa débilmente constituido, en que los gobiernos intentan ahorrar dinero pagando por los servicios menores tarifas que las recibidas por los proveedores en el mercado, lo que hace difícil encontrar proveedores en algunos casos. Adicionalmente, gran parte de la población del *Medicaid* reside en vecindarios poco atractivos y con escasez de proveedores. Así, los beneficios del *Medicaid*, aunque generosos en principio, no están siempre disponibles en la práctica.

5. El impuesto al salario en 1995 era el 86% de los ingresos totales para el fondo, y más del 94% de los ingresos excluyendo las transferencias de valores en la forma de "interés" pagado por el gobierno federal a sí mismo. Cálculos del autor del *Annual Report*, 1996, p. 32.

6. Véase el grupo de cuadros de "Where is Medicaid Spending Headed?", documento presentado en la conferencia auspiciada por la Comisión Kaiser sobre el futuro del *Medicaid*, Washington, D.C., 3 de diciembre de 1996, gráfico 1.

Dado que el 70% de sus beneficiarios son madres y niños en situación de pobreza o cercana a ella, el *Medicaid* es vulnerable a las críticas políticas que se generan en algunos sectores. Aún más, en el programa de asistencia, cerca del 70% del gasto financia servicios para ancianos y discapacitados, quienes son mucho más "populares" en términos políticos. Es por esto que en 1995 los republicanos se encontraron con que ahorrar dinero en el *Medicaid* en aquel momento no era tan fácil como criticar la "asistencia social".

En todo sistema de gasto compartido, un determinado nivel del gobierno puede aprovecharse de otro. Las provincias canadienses tienen legítimas quejas sobre las reducciones de la participación del gobierno federal en el gasto en asistencia en salud. Ese es el peligro de un sistema en el cual el gobierno nacional presupuesta su aporte y luego realiza aportaciones menores para equilibrar su balance. La experiencia en el *Medicaid* estadounidense revela los riesgos opuestos: los de un sistema en que el gobierno nacional suministra una ilimitada "subvención igualitaria" y tiene poco control directo sobre otros acuerdos para la prestación de servicios y reembolsos. Los estados continuamente se quejan de los mandatos federales que buscan aumentar la cobertura, pero son muy hábiles para inventar formas muy ingeniosas de extraer fondos federales sin que necesariamente aumenten su gasto.

La mayoría de los norteamericanos no ancianos obtienen un seguro médico por sus propios medios o a través de los contratos de empleo de un miembro de la familia. En 1994 aproximadamente un 64% de la población no anciana —145.9 millones de personas— estaba cubierta por seguros médicos obtenidos a través del empleo, y poco más del 7% tenía seguro privado independientemente de la situación de empleo (EBRI, 1996). De manera que los empleadores tienen un papel importante en la contratación de seguros médicos privados en los Estados Unidos comparado con Canadá, donde los empleadores solo contribuyen con un aporte suplementario. Además, los empleadores norteamericanos tienen mayor capacidad de afectar el sistema de seguros médicos que en otros países, como por ejemplo Alemania, donde el empleo es una base importante de las contribuciones pero los empleadores tienen menos poder para definir el tipo de seguros.

Las aseguradoras privadas norteamericanas son objeto de controles muy limitados respecto de con quién y cómo comercializan, y sobre sus formas y niveles de cobros. Así, los términos de la protección varían

mucho, existiendo desde organizaciones de pensiones de salud que suministran cuidado completo virtualmente sin costo, hasta los seguros "catastróficos" que solo cubren gastos por sobre algún deducible superior a 4 000 dólares por año. Muchos aseguradores pueden elegir no vender a individuos o grupos que estiman ser muy riesgosos, o cobrarles primas que vuelven inaccesible el seguro. Los aseguradores, además, cobran los costos de comercialización, de suscripción del seguro y otros por sobre la póliza individual, de modo que las primas para grupos muy pequeños o para individuos son del orden de un 40% mayores que para grupos grandes. Algunos planes tienen períodos de carencia, y muchos excluyen la cobertura de algunas condiciones preexistentes. Hasta la aprobación de la "ley Kassebaum-Kennedy", en 1996, una persona podía cambiar de empleador y fácilmente ser excluido de la cobertura del nuevo empleador. Incluso ahora, su situación en este aspecto varía de estado a estado.

El "cuidado administrado" se ha expandido en los Estados Unidos como una forma de contrato de seguro que los empleadores tienden a elegir. Mientras la teoría de la competencia regulada presupone que los individuos escogerán entre muchos planes, en la práctica la existencia de alternativas expone al empleador a problemas de selección adversa incrementándose de ese modo los costos. Por lo tanto, alrededor de tres cuartas partes de los empleadores ofrecen solo un plan.⁷ Más importante aún, la participación de los empleadores es enteramente voluntaria. Paradojalmente, aquellos empleadores que contribuyen con este esquema suelen pagar una parte mayor de los costos que los empleadores que lo hacen en los sistemas de fondos de enfermedades. En 1993, en promedio, los empleados pagaron el 18% de las primas por protección individual y el 29% de las primas por protección familiar (EBRI, 1996, p. 20).⁸ Sin embargo, como lo muestra el cuadro 2, una vez que separamos los pagos del empleado y del empleador en el *Medicare* e incorporamos el pago del seguro de desempleo, en 1991 los servicios y suministros de salud fueron de cargo de los empleadores, los individuos y los ingresos del gobierno general, aproximadamente en proporciones iguales. Lo que

7. Los empleadores más grandes son más inclinados a ofrecer alternativas, de modo que cerca de la mitad de los empleados tienen solo una opción. Para las consecuencias de la elección del programa, véase Jones (1990, pp. 161-166); para observar la tendencia véase Lipson y De Sa (1996, pp. 63-64).

8. Nótese que estas proporciones habían caído de un 74% a un 54%, en 1980.

esto significa es que la proporción de los costos en salud pagada por los empleadores en los Estados Unidos *como grupo*, es probablemente inferior a la pagada por los empleadores en cualquier otro país. Aún más, *aquellos empleadores que están cotizando* pagan una proporción mayor de la cuenta, y por ello tienen fuertes incentivos para reducir sus costos; adicionalmente, el hecho de que la asistencia en salud sea mucho más cara en los Estados Unidos incrementa esta carga.

En Europa, los planes de seguros basados en una sola compañía (*Betriebskrankenkassen*, en Alemania) están desapareciendo ya que es más seguro y administrativamente ventajoso distribuir el riesgo. La versión estadounidense, llamada "auto-seguro", está empezando a prosperar. Los empleadores toman riesgo sobre ellos mismos (incluso si contratan una compañía de seguros para administrar el plan), porque la ley federal les permite evadir la mayor regulación de modo tal que los planes de auto-seguro no pueden estar sujetos a ninguna clase de transferencia entre planes que implique subsidios a los trabajadores más pobres y menos sanos. De este modo, el seguro suministrado por el empleador en los Estados Unidos disuelve la "relación entre riesgo y subsidio" en mayor medida que el sistema de fondos de enfermedades. Ello exacerba el problema fundamental, cual es que, en un sistema con primas cobradas según costos esperados y costos administrativos mayores para grupos menores, el seguro tiende a ser menos ofrecido por las empresas pequeñas u otras en los sectores de bajos salarios. La cobertura de seguros, de hecho, es mucho menor entre empleados de aquellas empresas (EBRI, 1996, pp. 8 y 18).⁹

Otro punto importante es que, debido a que la participación del empleador es voluntaria, la protección con base en el empleador en los Estados Unidos está disminuyendo. En 1989, el 92% de los empleados de tiempo completo de firmas grandes y medianas participaban en un plan médico auspiciado por el empleador; en 1993 esa cifra había caído al 82%.

9. Para ilustrar la interacción del tamaño de la firma y los efectos del nivel de salarios en 1992, véase White (1995a, p. 41). Nótese que las diferencias en los sistemas de fondos de enfermedad entre empleadores de distintos tamaños son semejantes, solo que países tales como Alemania y Japón crearon seguros obligatorios, parcialmente subsidiados, para grupos de tamaño menor y de salarios más bajos.

En resumen, el pago de la atención de salud en los Estados Unidos es de cargo y en proporciones aproximadamente iguales de los empleadores, los ingresos generales del gobierno, y las primas de pago individual y gastos directos del bolsillo. Al menos el 15% de los norteamericanos no tienen seguro médico, de modo que deben depender de una mezcla de pagos personales, servicios directos de cargo público, y lo que equivale a servicios de beneficencia por parte de los proveedores. Los programas públicos brindan beneficios menos adecuados que los esquemas de seguros nacionales en otras naciones industrializadas avanzadas: el *Medicare*, porque sus beneficios son menores, y el *Medicaid*, porque accede a una oferta limitada de proveedores. Por su parte, la cobertura del seguro privado varía mucho. Incluso personas con un buen seguro pueden no estar tan ciertas de mantener el seguro en el tiempo como los ciudadanos de otros países industrializados.

II. OFERTA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ

Tanto en Canadá como en los Estados Unidos el número de camas de cuidado intensivo por persona ha estado cayendo lentamente. Canadá tiene cerca de media cama más por cada mil personas; los Estados Unidos muestran un número creciente de médicos. Si bien algunos países latinoamericanos tienen un número similar de camas y médicos por habitante que los Estados Unidos y Canadá, estos últimos tienen mucho mayores recursos en materia de enfermería y provisión de equipos. De este modo, la dotación de servicios de apoyo puede ser una de las diferencias más significativas.

Mientras Canadá tiene un número comparable de médicos y más camas que los Estados Unidos, este último registra un mayor índice per cápita de equipamiento de alta tecnología. Por ejemplo, un estudio encontró cinco veces más equipos de resonancia magnética y diez veces más *lithotripters* en California que en Ontario (Redelmeier y Fuchs, 1993, pp. 775-777). No obstante, las ventajas de los Estados Unidos sobre Canadá en el acceso a algunos servicios (tales como cirugía electiva y por imágenes), parecen estar compensadas por dos factores. Primero, las ventajas en la capacidad de suministro de los Estados Unidos pueden ser tan excesivas que algún servicio extra no ayuda a los pacientes

(sobreuso). Muchas más unidades de cirugía cardíaca significan más operaciones de uso dudoso, y más equipos de cirujanos que realizan menos operaciones que las que parecerían necesarias para garantizar los estándares más altos del ejercicio de esta profesión. Segundo, las ventajas canadienses en otros aspectos, tales como visitas médicas y hospitalizaciones más frecuentes, balancean las desventajas con respecto a los Estados Unidos. Más claramente aún pocos canadienses dejarán de recibir tratamientos por no poder hacer frente a los gastos. Además, a los pacientes norteamericanos que generalmente obtienen los resultados de los exámenes más rápidamente que los canadienses, puede haberles tomado más tiempo acceder al médico. *Canadá tiene una mayor duración promedio de estadía para los pacientes hospitalizados y posee menor equipamiento en los hospitales. En parte, los pacientes se quedan más tiempo esperando sus exámenes* (White, 1995a, pp. 133-136 y 140-149).

Canadá y muchos otros países tienen mejores indicadores sobre mortalidad infantil y expectativa de vida que los Estados Unidos.¹⁰ La discrepancia con los Estados Unidos en lo relativo a la esperanza de vida se reduce con la edad, especialmente dentro de la población mayor de 65 años. Comparativamente, los Estados Unidos tienen niveles de patologías sociales algo superiores a los que presentan otras naciones ricas. Esto parece explicar parte de las diferencias de resultados en salud y, en la medida que se suponga que las patologías sociales tienen mayores efectos en edades menores, debiera esperarse que las estadísticas de los Estados Unidos mejoren en los grupos de mayor edad. La mejora particular que se observa sobre los 65 años sugiere que la disponibilidad de asistencia en salud también importa: son los ancianos, a diferencia de otros norteamericanos, quienes tienen asegurados los servicios médicos. En general, la calidad del total de la asistencia en salud de Canadá parece ser al menos equivalente a la de los Estados Unidos.

Al medir las desigualdades es importante recordar los siguientes puntos:

i) Ningún país ha alcanzado igualdad en los servicios de salud o en los resultados. Tanto en los Estados Unidos como en Canadá, un nivel socioeconómico inferior y algunas condiciones étnicas —particularmente el ser

10. La siguiente sección resume este argumento desarrollado en Joseph White (1995a).

un habitante nativo (aborigen)— predicen peores resultados en salud. Si un grupo es más propenso que otro a toparse con una enfermedad y algunos tratamientos fallan, entonces, aun con igual cuidado de salud, el grupo con mayor propensión tendrá peores resultados. Además, ni siquiera Canadá es una excepción a lo afirmado por Marilyn M. Rosenthal en el sentido de que “el paciente bien educado y asertivo está más capacitado para forzar al sistema a una mega atención y mejorar el nivel de satisfacción” (Rosenthal, 1992, p. 334). Personas con más dinero pueden obtener comodidades tales como habitaciones privadas, e incluso algunos pueden optar por trasladarse a los Estados Unidos para una determinada cirugía; en cualquier caso, a la gente de una condición socioeconómica superior le es más fácil relacionarse con los médicos. Todas estas desigualdades constituyen factores de privilegio a través de los cuales el que tiene más medios obtiene mejor salud que la establecida por la norma social.

Las diferencias socioeconómicas que crean desigualdades en ambos países, se complican en los Estados Unidos por las peculiares dificultades raciales internas, y se exacerban con las desigualdades del seguro. Mucha gente pobre tiene acceso a los servicios médicos estadounidenses a través de programas tales como el *Medicaid*, la beneficencia u otros programas gubernamentales, pero persisten las diferencias en los niveles de algunos servicios básicos (tales como los de inmunización), así como también en los resultados.

ii) Por sobre cierto nivel, las desigualdades del servicio pueden justificar alguna preocupación pero no frustración. Algunas desigualdades parecen casi imposibles de eliminar. Como el fallecido Aarón Wildavsky le dijera a este autor, “ni siquiera Stalin y Beria podrían conseguir médicos para que se mudaran al campo”. Ni los Estados Unidos ni Canadá proveen igual asistencia a las áreas urbanas y rurales. La gente en las áreas rurales naturalmente tendrá que viajar más para conseguir servicios básicos, y recorrer un camino aún más largo para obtener servicios de asistencia mayor. El estándar de asistencia para los habitantes rurales (a pesar de que ha sido bastante alto) puede no ser tan elevado como en las áreas urbanas, y será siempre un tema político. En el caso de los Estados Unidos las diferencias rurales/urbanas no son grandes.

iii) Un seguro más igualitario conlleva una asistencia y resultados más igualitarios. El seguro estadounidense por ser menos equitativo exagera

las desigualdades en salud. En 1994, más de un tercio de los norteamericanos con ingresos familiares inferiores a los 20 mil dólares estaban sin seguro (a pesar de la existencia del *Medicaid*), en comparación con menos del 12% de los norteamericanos de ingresos superiores en igual situación (EBRI, 1996).¹¹ Algunos norteamericanos con un seguro médico insuficiente encontrarán la forma de obtener asistencia. Ellos pueden pagar directo de su bolsillo o lograr alguna asistencia de carácter benéfico. Algunos, incluso (uno podría llamar a esto una prueba de que el "mercado" responde a cualquier necesidad u oportunidad), si creen estar próximos a morir, pueden vender sus pólizas de seguro médico a un precio rebajado a fin de conseguir el dinero para los cuidados que aminoran su infortunio.¹² Esto último, más que sugerir una opción espantosamente cruel, pone en evidencia los costos de estar sin un buen seguro de salud: personas que tienen alta esperanza de vida quedarían marginadas de esta opción.

Varios estudios muestran que, controlando por situación de salud, la falta de un seguro claramente implica una calidad inferior o menores servicios médicos. Cuando son admitidos en los hospitales, los no asegurados llegan más enfermos, reciben menos atención general y están más propensos a morir como resultado de una condición dada (Hadley, Steinberg y Feder, 1991, pp. 374-379). Los niños no asegurados tienen una posibilidad que casi duplica la de los niños asegurados de no acceder a una atención ambulatoria (Stoddard, St. Peter y Newacheck, 1994, pp. 1421-1425). Un análisis más reciente de los datos disponibles mostró que los no asegurados tienen un 25% más de riesgo de mortalidad, conforme a otras variables, y que también es menor su probabilidad de recibir los servicios.¹³ Un trabajo de 1996 encontró que un 45% de los no asegurados, contra solo el 11% de los asegurados consultados, dijeron "que necesitaban asistencia en salud y que no podían conseguirla en algún momento de 1995". Además, "solo un 37% de los no asegurados que reportaron problemas al pagar las cuentas médicas dijeron que habían recibido asistencia médica gratis o por un cobro reducido durante 1995",

11. Cálculos del autor basados en datos del cuadro 5, sobre "no asegurados en 1994".

12. Este negocio se conoce como servicios de "viáticos"; véase Allen (1996, pp. 13-17 y 28-32).

13. Estudio del Instituto de Urbanidad incluido en el *BNA's Health Care Policy Report*, 6 de mayo de 1996.

a pesar de los argumentos planteados frecuentemente en los Estados Unidos de que la gente sin seguro recibe asistencia de carácter benéfico a cambio.¹⁴

Entonces, parece justo decir que,

• *La principal falla en la calidad de la asistencia en salud de los Estados Unidos, en comparación con Canadá, es la desigual distribución del seguro médico.* Dado que Canadá tiene resultados similares pero por mucho menos dinero, parece que maximizar la extensión del seguro es más eficiente y también más equitativo que intensificar los servicios disponibles para algunos ciudadanos mientras se atiende a otros con servicios muy inferiores.

III. MECANISMOS DE PAGO Y CONTROL DE COSTOS

A través de todo el mundo, los responsables de las políticas gubernamentales se preocupan de maximizar los beneficios obtenidos de los dólares gastados en salud en sus respectivos países. Canadá y los Estados Unidos proveen una base interesante para el análisis, en dos aspectos. Primero, los Estados Unidos son la fuente de muchas teorías sobre los potenciales ahorros derivados de las "reformas orientadas al mercado", tales como la "competencia regulada" de Alain Enthoven. Pero, como el mismo Enthoven ha admitido, no es en los Estados Unidos donde se debería buscar consejo sobre cómo controlar los costos de la asistencia en salud. Canadá misma muestra mejores resultados. No obstante, ambos países protagonizan un interesante "experimento natural", en el cual sus tendencias de costos muestran una significativa divergencia a partir de 1971, fecha en que se produce la implementación total del seguro nacional de salud en Canadá. Tanto las asimetrías de costos como las similitudes fundamentales de cultura y de oferta médica, sugieren que son las diferencias de política las que explican los distintos resultados.¹⁵ Así, el comparar las

14. "Health Costs Pose Problems for Millions, A Study Finds", *New York Times*, 23 de octubre de 1996, A18; además véase "Study of Access to Medical Care Finds Outlook Remains Grim for Uninsured", *Wall Street Journal*, 23 de octubre de 1996.

15. Para un excelente ejemplo de tal análisis, véase Evans, Barer y Hertzman (1991, pp. 481-518). Analizo algunas explicaciones que ellos no discuten tan completamente, en EBRI (1996).

actuales políticas de los Estados Unidos y Canadá entrega información sobre cómo funcionan los controles de costos regulados, información que parece coincidir con la experiencia de otras naciones.

Segundo, y más importante aún, los "sofisticados" analistas de las políticas de salud tienden a poner demasiada atención en el volumen y no suficiente en los precios. La correcta observación de que las restricciones en el precio de los servicios tienden a producir incrementos en el volumen, no debería llevar a nadie a concluir que controlar los precios es una política ineficiente. Pagar precios más bajos es mucho, pero mucho mejor que pagar precios más altos.¹⁶ Veremos, además, que los métodos para reducir los aranceles directamente en respuesta a incrementos inesperados en los volúmenes, pueden acrecentar la eficacia de la regulación de estos aranceles. El menor incremento de los costos en Canadá con respecto a los Estados Unidos, se debe en parte al hecho de que Canadá ha logrado llevar a presupuestos fijos un gran grupo de servicios de salud y de asistencia hospitalaria. En contraste, los analistas norteamericanos han soñado con incorporar en los presupuestos una porción mayor de los costos, a través de las organizaciones de mantención de la salud, pero de hecho han proyectado un sector reducido porque solo una pequeña fracción de norteamericanos pertenece a este tipo de planes. Por último, una restricción en la capacidad del sistema de asistencia de salud puede ayudar a controlar los costos, aunque uno debería ser cuidadoso al suponer que esto siempre puede hacerse manteniendo la calidad de la asistencia.

Los cuadros 3 y 4 entregan datos básicos, que se explicarán a continuación.

Como se observa en el cuadro 3, los costos de salud de Canadá han crecido más lentamente que en los Estados Unidos, desde 1970. Los incrementos de costos en los Estados Unidos se moderaron alrededor de 1992, mientras que en Canadá se estabilizaron y empezaron a caer.

16. Para una discusión de por qué los argumentos económicos estándares contra "los controles de precios" no se aplican a la asistencia en salud, véase White (1994a, pp. 6-11).

CUADRO 3
GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PIB.
ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ: 1965-1994

| | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Estados Unidos | 5.7 | 7.1 | 8.0 | 8.9 | 10.2 | 11.4 | 12.1 | 12.9 | 13.3 | 13.6 |
| Canadá | 6.0 | 7.1 | 7.2 | 7.4 | 8.5 | 9.0 | 9.4 | 10.0 | 10.2 | 10.2 |

Fuente: Health Canada, "National Health Expenditures in Canada, 1975-95"; Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, "Health United States, 1995".

CUADRO 4
TENDENCIAS DE COSTOS DE LA ASISTENCIA DE SALUD
EN LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ: 1989-1995

| | | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|------------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|
| CANADÁ | | | | | | | | |
| Porcentaje del PIB | (1) | 8.9 | 9.3 | 9.9 | 10.1 | 10.1 | 9.7 | 9.5 |
| Incremento per cápita | (2) | 7.4 | 6.0 | 6.5 | 3.1 | 2.1 | - | - |
| Incremento real per cápita | (3) | 2.7 | 0.5 | 2.7 | -0.5 | 0.0 | - | - |
| ESTADOS UNIDOS | | | | | | | | |
| Porcentaje del PIB | (4) | 11.4 | 12.1 | 12.9 | 13.3 | 13.6 | - | - |
| Incremento per cápita | (5) | 10.1 | 11.0 | 7.9 | 8.3 | 6.0 | 5.4 | - |
| Índice estimado del costo de salud | (6) | 9.4 | 10.9 | 7.7 | 8.4 | 4.3 | 3.1 | 3.2 |
| Incremento real per cápita | (7) | 5.0 | 5.3 | 3.5 | 5.1 | 2.9 | 2.8 | - |
| Incremento de primas privadas | (8) | - | - | - | 10.8 | 8.1 | 4.8 | 2.2 |
| Primas del plan FFS | (9) | - | - | - | 11.0 | 9.0 | 5.1 | 2.7 |

Fuente: (1-3) Health Canadá, "National Health Expenditures in Canada, 1975-1995".

(4) Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, *Health United States, 1995*, p. 240.

(5-9) Paul B. Ginsburg y Jeremy D. Pickreign, "Tracking health care costs", *Health Affairs*, verano boreal, 1996. Nótese que la línea 5 está calculada en base a los datos de las cuentas de salud nacional de la Health Care Financing Administration; la línea 7 es una modificación del autor a la línea 5 usando las cifras del índice de precios al consumidor del cuadro B-58 del *Economic Report of the President*, febrero de 1997; la línea 6 es un índice de costo basado en información del proveedor, mantenido por la firma de seguros Milliman y Robertson, y ajustado por Ginsburg y Pickreign para incluir los efectos del Medicare; líneas 8 y 9 son de una encuesta base de KPMG/Peat Marwick; una encuesta de la firma Hay-Huggins, también informada por Ginsburg y Pickreign, entrega resultados similares.

1. CONTROL DE COSTOS EN LA ASISTENCIA DE SALUD EN CANADÁ

Los aseguradores de las provincias de Canadá entregan un presupuesto dado a los hospitales y pagan aranceles a los médicos individuales por servicios específicos. Esta provisión de fondos no integrados a los servicios funciona porque se controla cada una de las partes componentes.

Si bien los hospitales pueden recibir algunas contribuciones benéficas y algunos pagos privados por servicios no cubiertos por el seguro de la provincia, la gran mayoría de sus ingresos proviene de fondos provinciales. El sistema de definir una estructura presupuestaria para los hospitales en Canadá es tan racional como cualquier otro proceso de establecimiento del presupuesto. En tiempos malos, las agencias rara vez dan información útil a los que proporcionan los fondos para que decidan donde recortar. Ambos, los proveedores y los operadores de las agencias (en este caso los hospitales), tienden a favorecer las operaciones de corto plazo por sobre las inversiones de capital. De cualquier modo, sea quien sea el que elabore un presupuesto, existirá especial interés de su parte en reducir las protestas y en aparecer siendo justo ante los ojos tanto de los destinatarios como de los poderosos agentes externos (como los legisladores). Esto no implica una asignación objetiva, sino solo cambios menores en las partidas existentes.¹⁷ Normalmente, los diseñadores de presupuestos restringen gastos con algún tipo de fórmula general, hasta que alguna presión severa o alguna oportunidad de oro les permite hacer más recortes con determinados objetivos.¹⁸ De este modo, en los años recientes de crisis fiscal los gobiernos de las provincias de Canadá han dependido más de sus propias fórmulas de asignación internamente desarrolladas que de las propuestas de los hospitales. Para los administradores de los hospitales, el diseño de los presupuestos de las provincias les ha parecido cada vez menos una negociación y cada vez más una imposición.

17. De este modo, cuando las provincias revisan sus sistemas de salud, siempre se argumenta la necesidad de incrementar la planificación. Por otra parte, no hay nada de típicamente canadiense en esto; yo tengo en la pared de mi oficina un artículo sobre una comisión llamando a racionalizar la distribución del hospital en el área metropolitana de Londres (en 1982).

18. Para una discusión más extensa acerca del presupuesto para la asistencia sanitaria, véase White (1994b, pp. 44-57).

Mientras, por un lado, los funcionarios encargados elaboran presupuestos más estrictos, por otro, a los ejecutivos y médicos de los hospitales se les pide que hagan más con menos. Sorprendentemente, los hospitales de Canadá se han vuelto más y más eficientes: como señala Robert G. Evans, "la capacidad de los hospitales en Canadá ha estado subiendo constantemente a la vez que la disponibilidad de camas ha estado constantemente cayendo" (Evans, 1995, p. 221; Jerome-Forget, White y Wiener, 1995, p. 221).

Parece haber dos razones básicas para esta tendencia positiva. Primero, a diferencia de muchas situaciones de diseño de presupuestos de gobierno, los administradores de los hospitales de Canadá no tienen el monopolio de sus recursos. Si un hospital canadiense gasta el dinero que tiene de una forma particularmente mala, los encargados del presupuesto podrían destinar tales recursos hacia otro hospital. Esto implica que siempre opera alguna forma de competencia dentro de los presupuestos en la asistencia hospitalaria de Canadá, aunque nunca se le llamó "competencia regulada".

Segundo —como Evans ha señalado—, los servicios médicos en los hospitales de Canadá en gran parte los proporcionan los médicos que atienden al paciente cuando éste ingresa, como en los Estados Unidos. Los médicos que se pagan vía cobro-por-servicio, tienen un fuerte interés en maximizar la cantidad de atenciones del hospital. Ellos ejercerán presión internamente y amenazarán con trasladar a los pacientes a otros hospitales. Los administradores, en cambio, pueden insistir en que los diferentes servicios encuentren formas de incrementar su eficiencia, lo que es del propio interés de los médicos. Así fue como, en un hospital que visité, la necesidad de vivir con presupuestos restringidos provocó que los cardiólogos y los cirujanos cardíacos revaluasen los procedimientos y priorizasen los casos.¹⁹

Los incentivos a la eficiencia en Canadá pueden cotejarse con los del Reino Unido. En el Reino Unido, por su más limitada disponibilidad de instalaciones, los hospitales son más propensos a ser básicamente productores monopolísticos para el gobierno (a través del Servicio Nacional de Salud). Si una institución relativamente monopolística actúa con pobreza

19. Aquí voy más allá del argumento de Evans citado en la referencia anterior, basado en mis entrevistas y observaciones, pero el punto básico acerca de médicos y hospitales es suyo.

de recursos, los cotizantes tienen poco espacio de maniobra para alterar su comportamiento. *Para que la competencia incremente la eficiencia, debe haber algunos componentes del sistema que sean flexibles.* Por ejemplo, en el Reino Unido, los especialistas a sueldo de los hospitales no obtienen nada de una mayor productividad en el hospital, y en cambio pueden lograr un negocio privado extra si la lista de espera pública es larga.

Uno no debería exagerar la importancia de los incentivos económicos. El orgullo profesional y el avance tecnológico por sí solos llevan a una mayor producción, incluso en el servicio público. No obstante, el ejemplo canadiense muestra que puede existir una forma virtuosa de competencia sin ningún acuerdo formal de "mercado". Cualquier estructura de regulación, tal como los presupuestos hospitalarios restringidos, funcionará mejor si los incentivos de fondo son adecuados.

Canadá, además, en relación con los Estados Unidos, es un típico ejemplo de restricción de costos a través del presupuesto de capital. Nadie exigirá que el proceso sea "racional", pero sí que el balance conjunto de los incentivos fiscales y políticas parezca razonable. En Canadá estos incentivos han hecho que los equipos de alta tecnología, como las máquinas MRI, tiendan a concentrarse en centros médicos académicos y se usen más intensivamente que en los Estados Unidos. Tanto los costos de las máquinas como los sueldos de sus operadores están insumidos en un mayor consumo, resultando en costos más bajos por servicio (Evans y otros, 1989, pp. 573-574; Barer, 1993; Redelmeir y Fuchs, 1993, pp. 775-777). En esencia, las políticas distributivas fomentan una difusión geográfica de las instalaciones, mientras que las políticas de prestigio mantienen una concentración de los servicios más caros en los centros establecidos.

Los médicos canadienses se pagan por servicio, de acuerdo a programas de aranceles establecidos por cada provincia. Con el tiempo, los programas de aranceles han llegado a fijarse tras un complejo y variado proceso de negociación entre los gobiernos de las provincias y las asociaciones médicas. En palabras de Jonathan Lomas, "el valor relativo de los ítem de salarios ha sido, en la mayoría de las provincias, una determinación celosamente cuidada por las asociaciones de médicos" (Universidad de McMaster, Centro para el Análisis de la Economía de la Salud y Política, 1992, p. 184). Los gobiernos se preocupan mucho más del factor de conversión, que de cuánto se paga por cada punto de valor relativo. Cuestión que ha llegado a ser, más que un asunto de negociación, una imposición en el tiempo.

Las grandes diferencias de precios entre Canadá y los Estados Unidos son una razón importante para la desigualdad que se observa en los costos totales de los dos sistemas. A lo largo de dos décadas, los cargos por servicios en Canadá cayeron a un 59% de los aranceles pagados por el *Medicare* de los Estados Unidos y, según estimaciones, también cayeron a menos de la mitad de los aranceles promedio pagados por los planes de seguros privados.²⁰ Los métodos canadienses para establecer los aranceles de la asistencia ambulatoria también han contribuido a los bajos niveles de inflación en los fármacos y la odontología, donde los precios son fijados principalmente por el mercado (Tuohy, 1997, p. 59).

Debido a que los proveedores compensan parte de la baja en precios incrementando el volumen, superar los resultados de los Estados Unidos no es muy difícil. Los diseñadores de política en Canadá han procurado acrecentar la regulación de precios (un método ha sido restringir los pagos a los médicos particulares). La estrategia más importante es la de definir un objetivo para el gasto total y establecer los aranceles presuntos; y luego, si se determina que el gasto está creciendo por sobre la meta, fijar los aranceles hacia abajo lo más pronto como sea posible. La fuerza de tales medidas depende de dos factores: de la meta de gasto y de la velocidad de retroalimentación.²¹ Las provincias de Canadá se han movido en distintas formas hacia el tipo de ajuste rápido y decisivo adoptado en Alemania en 1985. La provincia y los médicos no negocian aranceles establecidos, sino más bien un presupuesto. El resultado es

20. Comparaciones con planes privados son difíciles porque existe una amplia variedad de tales planes. Además, muchos planes pagan según distintas bases: de acuerdo a diferentes definiciones de servicios, por capitación, o según algún otro pago "atado". Incluso cuando se compara con el *Medicare*, las diferencias de clasificación implican que un buen número de servicios no pueden compararse. Sin embargo, es significativo el hecho de encontrar una gran diferencia en un gran número de comparaciones. De hecho, la diferencia parecía haberse ampliado cuando apareció Welch y otros (1996, pp. 1410-1416), para los servicios que se estudiaron; un índice de todos los aranceles en Canadá fue del 46% del nivel del *Medicare*. Véase además Welch, Katz y Zuckerman (1993, pp. 41-54); Katz, Zuckerman y Welch (1992, pp. 141-149); Fuchs y Hann (1990, p. 886).

21. Si el cotizador fijara los aranceles en una forma tal que el gasto proyectado fuese el 110% del total del año anterior, entonces la imposición de tales aranceles podría resultar en un menor gasto. Por otro lado, si el cotizador fijara los aranceles de modo que resultaran en el 90% del gasto total del año anterior, pero la imposición contemplara recortar aranceles dos años después por un 10% de una cifra que aún no se ha negociado, los médicos se darían cuenta del ingreso de cualquier monto extra que ellos alcancen a generar. Al cotejar los dos sistemas, uno debe entonces comparar tanto los objetivos (precios por el volumen esperado) como la oportunidad de la imposición (que determina cuán rápidamente el cotizante podría tomar para sí cualquier excedente de los volúmenes más altos esperados).

nuevamente un sistema de regulación con incentivos positivos: en esencia, no para reducir servicios (lo que es lo lógico de la restricción) sino para incrementarlos (así los médicos pueden protegerse a sí mismos en caso de que otros médicos los incrementen). Esto puede no ser bueno para los médicos, pero parece positivo para el público.

2. PAGOS POR SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS

La forma como se paga la asistencia médica en los Estados Unidos depende de quien hace el pago. La mayoría de los proveedores norteamericanos reciben por los mismos servicios diferentes niveles de pago de distintos cotizantes, e incluso facturan por distintas categorías. El Hospital John Hopkins, por ejemplo, en 1993 tenía 1 800 categorías de cobros por pagos de 500 planes de seguros diferentes (Rich, 1993, p. A1).

Mientras algunos médicos norteamericanos reciben sueldos o participación de las utilidades dentro de consultorios de grupos "capitados" (considerados per cápita), la mayoría de ellos, individualmente o como grupo, pactan contratos con una amplia variedad de aseguradores, y con una amplia variedad de tarifas. Estas pueden ser aranceles por servicio, contratos "capitados" para proveer un rango de servicios, o incluso contratos "capitados" ajustados por riesgo, en los cuales un médico o grupo de médicos es responsable no solo por los servicios que entregan directamente, sino por los costos de algunos de los servicios.

La diferencia fundamental entre los sistemas de pago de Canadá y los Estados Unidos es que, en este último, existe un sistema de *contratación selectiva* mientras que en el primero se tiene un sistema de *pago coordinado*. El término "cuidado administrado", que en el lenguaje común parece referirse a los procesos administrados de tratamiento de pacientes individuales, en la jerga de la economía de la salud en los Estados Unidos normalmente se refiere a contratos selectivos, "cuya característica definitoria es su dependencia de redes restringidas de proveedores". Los suscriptores que usan proveedores fuera de estas redes, o no están cubiertos de modo alguno por su asegurador o deben pagar una parte significativa de sus gastos médicos directo de su bolsillo (Oberlander, 1996, pp. 3-4).²² Mientras la contratación selectiva en algún momento

22. Oberlander es seguidor de los planes de cuidado administrado, expuestos por Miller y Luft (1994, pp. 437-459).

resultó ser la excepción, hoy en día la mayoría de los pagos privados son de algún modo selectivos; ciertamente, pocos cotizantes pagan "cargos usuales y de costumbre" a cualquier proveedor licenciado.

Un efecto de la contratación selectiva es que la comunidad que adquiere estos servicios no es responsable por la capacidad ni tiene control sobre el gasto total en que la sociedad incurre para proveer los servicios. En la práctica, el gobierno, en su calidad de mayor contribuyente y responsable del interés público, tiene que intervenir para superar esta deficiencia; así, el *Medicare* paga la educación médica y entrega apoyo extra a varios "proveedores básicos". En esencia, los otros planes dentro de los convenios de contratación selectiva adolecen del síndrome del ventajista (*free rider*): no contribuyen al bien público porque piensan que el participante más grande en el mercado lo hará. Esto, desde luego, le da a las firmas que contratan selectivamente una ventaja, ya que al compararlas con el *Medicare* parecerán "menos caras" de lo que realmente son. Además, los planes de contratos selectivos competitivos, dado que tanto los participantes beneficiados como los proveedores son mayoritariamente voluntarios, tendrán más libertad para imponer regulaciones internas sin tener que preocuparse de temas tales como el proceso de organización general del sistema proveedor.²³

Sin embargo, los pacientes podrían sentirse menos satisfechos si la oferta de proveedores fuese menor. Ningún cotizante individual en un mercado competitivo tiene poder de mercado similar al del "pagador único" o al de la "alianza de pagadores", en los sistemas no competitivos. Algunos métodos de administración funcionarían más eficientemente en un contexto no competitivo.²⁴ Además, cualquier sistema con múltiples cotizantes genera un mayor nivel de gastos administrativos, en la medida en que los cotizantes deben manejar sistemas separados de reembolso y los proveedores deben pagar los costos de hacer convenios con muchos sistemas por separado. Esto último es una de las razones más importante de que en algunas estimaciones los costos de administración del sistema

23. Los puntos de este párrafo son muy buenas ilustraciones de los principales argumentos de dos trabajos clásicos, *The Logic of Collective Action* de Mancur Olson (1965) y *Exit, Voice, and Loyalty*, de Albert O. Hirschmann (1970).

24. Un ejemplo obvio es cualquier tipo de clasificación de los consultorios médicos. Resultará ser más barata en promedio y más exacta si se realiza sobre un archivo de facturas de una consulta completa, que sobre los archivos separados por el subgrupo de cada cotizante de una consulta.

de salud en los Estados Unidos sean sustancialmente mayores que en Canadá (cerca de un 1% del PIB) (Canadá, Oficina General de Contabilidad Gubernamental, 1991, pp. 64-65; Oficina de Presupuesto del Congreso, 1993, p. 7). Todo esto explica por qué un sistema de contratos selectivos puede ser menos satisfactorio y eficiente que un sistema de pago coordinado.

No obstante lo anterior, solo el primero de estos argumentos es relevante para la competencia en el mercado de seguros estadounidense. Las redes de seguros y planes han tendido a ampliar o a crear opciones de puntos de servicios que permiten a los pacientes salirse de la red, con una mayor participación en los costos. Los otros factores no son relevantes porque las redes estadounidenses no están compitiendo con un sistema de pago coordinado sino que con aseguradores tradicionales que contratan de manera menos selectiva. Además, el interés de los individuos en la selección de los médicos no es tan significativo como podría ser, porque son los empleadores los que eligen los planes. De este modo, el crecimiento de los contratos selectivos no dice nada acerca de su ostensible superioridad como sistema de financiamiento.

Existen pocas dudas de que la proliferación de planes de contratos selectivos permite también la proliferación de métodos de administración que podrían ser implementados menos libremente, pero más eficientemente, dentro de un sistema coordinado. La pregunta es, si la administración de los tratamientos para hacerlos más apropiados funciona mejor en un contexto de contratos selectivos, o si la búsqueda de la eficiencia a nivel del servicio individual es la mejor ruta para lograr la eficiencia a nivel global.

El segundo punto envuelve una confusión básica de las investigaciones acerca de los sistemas de salud. Muchos servicios pueden no valer su costo marginal, pero eso no significa que recortar los servicios vaya a aumentar el valor del sistema per se. Si hay menos servicios por el mismo costo (por ejemplo, con los incentivos de la capitación), se obtiene menos por el mismo dinero. Pero si hay más servicios por el mismo costo (por ejemplo, con los incentivos de la fijación de aranceles ajustados por volumen), la eficiencia total aumenta. Desde el punto de vista del paciente y del sistema, lo que importa es el valor en dinero del paquete completo de servicios.

El primer punto requeriría un libro para discutirlo completamente. En una perspectiva latinoamericana, lo importante es recordar que la

administración de los tratamientos involucra un amplio abanico de medidas que deben ser valoradas individualmente.

Una revisión de los mecanismos de utilización, por ejemplo, implica fijar estándares a los tratamientos, que se imponen ya sea por el rechazo a pagar por servicios que no cumplen los estándares o por requerir la aprobación por adelantado de ciertos procedimientos. El análisis se realiza normalmente por teléfono o revisando las fichas, y es ejecutado por personas que no ven a los pacientes. Resulta fundamentalmente burocrático y parece ser lo más útil para un limitado número de aplicaciones, sobre todo, la hospitalización para servicios a elección.

El sistema de grupos prepagados, a través de las tradicionales organizaciones de mantención de salud (OMS), es la forma de cuidado administrado más apreciada por los analistas de política. En varios estudios, las OMS más conocidas —como Kaiser-Permanent y Group Health of Puget Sound—, han mostrado mejores resultados en el control de costos que los inmanejables sistemas de cobro-por-servicio, con una calidad de asistencia similar. Sin embargo, el crecimiento de las OMS en los Estados Unidos en años recientes tiene poco que ver con el modelo tradicional, el cual tiene serias debilidades competitivas: proporciona una selección más limitada de médicos, los pacientes deben viajar para recibir los servicios, y los costos de capital son altos. En resumen, el modelo de OMS tradicional no está ganando presencia en el mercado estadounidense, lo que, al igual que el triunfo del sistema de contratos selectivos en general, no dice mucho acerca de sus méritos como método de entrega de asistencia médica.

En forma alternativa, sistemas de ingreso con ajuste de riesgo se están volviendo mucho más significativos en los Estados Unidos. En esencia, ello significa que algún médico o grupo de médicos acepta una tasa de capitación no solo por la asistencia que proveen ellos mismos (como en las OMS tradicionales), sino por la asistencia de terceros que ellos prescriben. Un médico tiene, por ende, incentivos para limitar los servicios que ofrece, lo cual logra minimizando los riesgos que inciden en su propio ingreso. Al transferir el riesgo desde el asegurador a un médico de asistencia primaria, la responsabilidad de racionar los servicios queda en manos del médico que ve al paciente, y no en reglas generales impuestas por una burocracia distante. Esta alternativa permite también a los pacientes disponer de una opción (visible) más amplia de proveedores, y a la vez, requiere menos inversión de capital que el

sistema de las OMS. Por otro lado, sin embargo, involucra mayores riesgos en calidad: un médico independiente podría tener varios contratos separados, cada uno para un pequeño número de pacientes. Bajo tales circunstancias un médico puede fácilmente cometer alguna infracción o perder un bono por razones enteramente aleatorias. Poner a un médico a manejar los riesgos de los costos de pequeñas combinaciones de pacientes contradice la lógica del seguro, cual es, dispersar el riesgo lo más ampliamente posible. De hecho, entrega poderosos incentivos para dar un mal servicio, como una cuestión de autoprotección. Es mucho más fácil defender la lógica de control de acceso (*gatekeeping*) cuando el ente controlador (*gatekeeper*) es un grupo grande de médicos, de modo que puedan dispersar el riesgo más ampliamente.²⁵

En la práctica, los planes de contratación selectiva en los Estados Unidos persiguen el control del nivel de pagos tanto mediante una mezcla de las medidas mencionadas anteriormente, como mediante la búsqueda de rebajas a través del expediente de aranceles más bajos. Nadie sabe realmente la incidencia relativa de ambas tácticas. Lo único que se puede decir es que durante el período 1992-1996, el crecimiento del costo del seguro privado, entre todas las formas de seguros, cayó en forma dramática, debido probablemente a aranceles más bajos antes que a formas específicas de administración.

El cuadro 4 muestra como, después de años de extraordinario fracaso, los métodos de control de costos del sector privado estadounidense han comenzado recientemente a mostrarse más eficaces. Si bien el nivel de costos en los Estados Unidos aún es alto en comparación con el de Canadá, los incrementos se han desacelerado notablemente. Además, si uno mira solo las primas del sector privado, en 1995 su crecimiento ha sido menor a la tasa de inflación. Un factor explicativo es que si bien la tendencia al alza de costos en sistemas más restringidos aumenta más que en el tradicional seguro indemnizatorio, el hecho de que el primero parta de niveles más bajos implica que el proceso de trasladar beneficiarios hacia él causará un caída temporal de las tasas de inflación del sistema. La evidencia disponible sugiere además que las condiciones de mercado cambiaron de un modo tal que se les dio a los cotizantes la ventaja de beneficiarse de una mejor competencia de precios entre los

25. Como Alan Zwerner de la Comisión de Calidad Médica lo apuntara, "es torpe capitar médicos". Véanse sus comentarios y otros en Pretzer (1996, p. 166).

proveedores de servicios de salud y los aseguradores. Esto ocurrió incluso en lugares donde la penetración de mercado del cuidado administrado es bastante baja. Por ejemplo, en Columbia, Carolina del Sur, incrementos del 25% anual en las tasas se han transformado en disminuciones del 10%. En Houston, Texas, los incrementos en las tasas cayeron desde un promedio de 14-20% a 0% (Miller y Luft, 1994, pp. 114-116; Lipson y De Sa, 1996, pp. 65-66).²⁶ En base a la misma información sobre incrementos totales de las primas, el cuadro 4 muestra que las primas por planes de cobro-por-servicio cayeron casi tanto como el total. Existen muchas teorías acerca de por qué la competencia en precios se volvió más intensa, pero la respuesta no puede ser que los mercados siempre funcionan de ese modo, porque no funcionaban así antes.

Existe alguna evidencia de que, tanto en un mercado competitivo como en un sistema de salud presupuestado, la restricción obliga a las instituciones a ser más eficientes (Zwanziger y Melnick, 1996). Sin embargo, hay también evidencia de que los proveedores norteamericanos reaccionan a la restricción en una forma tal que dañan a los pobres; por ejemplo, reduciendo sus niveles de atenciones de beneficencia (Gruber, 1992).²⁷ Comparando la restricción de precios en un sistema de pagos coordinados con los efectos en un sistema competitivo, esta tiende a discriminar más en contra de los proveedores en el último sistema. Los presupuestos públicos o cuasi públicos intentan distribuir (o transferir) "participaciones justas". El hecho de contratar selectivamente, sin embargo, hace que algunos proveedores obtengan los contratos y otros no. En algunos casos, esto puede llevar a proveedores de menor competencia fuera del mercado, y en otros, los perdedores pueden ser aquellos que tienen un costo extra, bueno para el sistema pero de poco interés para los cotizantes, como puede ser el entrenamiento médico o la atención de beneficencia. Ellos pueden ser incluso proveedores de alta calidad y, por

26. Una historia similar parece darse con los incrementos de costos del *Medicaid*, los que se han moderado tanto o más en áreas donde el cuidado administrado no fue relevante como en las áreas donde sí lo fue; los datos fueron presentados por John Holahan, del Instituto de Urbanidad, en el informe de la Comisión Kaiser sobre el futuro del *Medicaid* y la "Alianza para la Reforma de la Salud", Washington, D.C., 3 de diciembre de 1996. En resumen, todo lo que ha estado pasando en el sistema de salud estadounidense en el período 1995-1996 ha incluido comportamientos de mercado, ajenos a las medidas para controlar la conveniencia de los servicios.

27. Véase además, "Effects of Markets Reforms on Doctors and their Patients", Blumenthal, p. 180.

esa misma razón, atraer a los pacientes más caros. Pero, ser conocidos por entregar el mejor tratamiento para la diabetes, por ejemplo, puede no ser del interés del plan si la gente tiene alguna posibilidad de elegir a qué planes se afilia. Por ello, existen buenas razones para pensar que los efectos sobre la calidad y el acceso de los controles de costos competitivos son mayores que los riesgos de la regulación dentro del pago coordinado. No hay, sin embargo, datos sistemáticos para probar el caso en uno u otro sentido.

Los Estados Unidos tienen de hecho experiencia con algunas formas de control de costos usadas en sistemas de pagos coordinados como el de Canadá. El gobierno estadounidense afecta el pago de los servicios de salud principalmente a través de la forma en que él mismo paga por la asistencia en programas públicos, más que regulando a otro tipo de pagadores. En 1994, el *Medicare* pagó el 30% de toda la asistencia hospitalaria, el *Medicaid* pagó el 14%, y el conjunto de los programas gubernamentales ascendió al 59% de los costos hospitalarios totales. El gobierno no pagó solo el 32% de los servicios médicos, y menos en otros ítem.²⁸ Los niveles de pago, sin embargo, fueron bastante altos como para tener efectos sustanciales en el mercado de los servicios médicos, hospitales y hogares de ancianos. En el pago de hospitales y médicos, el *Medicare* tiene tal control del mercado que ha instituido acuerdos de pago único entre los diversos sistemas de pagos (en seguros privados).

El *Medicare* paga a los hospitales principalmente a través del Sistema de Pago Eventual (SPE) para grupos de diagnóstico relacionado. El SPE es, en esencia, una forma de crear paquetes de aranceles. Los hospitales se pagan de acuerdo al diagnóstico principal que justifica una admisión. Si sus costos exceden el cobro, ellos pierden dinero. Si sus costos son menores, los hospitales obtienen una utilidad. El SPE simplifica la facturación desde la óptica del gobierno (aunque el hospital podría aún generar una lista de cobros incomprensible para el paciente), proporciona a los hospitales un fuerte incentivo a la eficiencia y, como cualquier proceso que amarra costos, limita la habilidad de los proveedores para aumentar servicios. Comparado con los presupuestos hospitalarios de Canadá, el SPE parece ser más racional porque vincula los recursos directamente a los resultados. Es, sin embargo, más vulnerable a la manipulación del proveedor: los hospitales, por ejemplo, "codifican" los

28. Levit, Lazenby y Sivarajan (1996, p. 139), y cálculos del autor del Exhibit 8.

diagnósticos según el nivel más caro justificable. Con todo, su implementación aparece vinculada a un quiebre marcado en la tendencia al alza de los costos para los pacientes del *Medicare*.

En cuanto a los servicios médicos, el *Medicare* durante los años 90 ha implementado una débil reproducción de los controles de costos de las provincias de Canadá, denominada Estándares de Cumplimiento por Volumen del *Medicare* (ECVM). En esencia, el *Medicare* es el cotizante exclusivo de servicios de cobertura de salud para una población y ha creado una escala relativa de valores para todos los servicios. Entonces, el factor de conversión se fija sobre una base regional (estadual o inferior), de acuerdo a la cual la leyes del congreso fijan metas para el gasto total (originalmente dividido en tres categorías —asistencia primaria, cirugía, y otros servicios—, pero ahora fusionado en una). Si el gasto para un año dado excede la meta, los aranceles se reducirán para cubrir la diferencia el próximo año. Es decir, la evidencia de un mayor gasto en 1996, establecida en 1997, llevará a una rebaja de aranceles en 1998. A la inversa, si el volumen y por ende los costos totales crecen menos de lo esperado, los aranceles podrán crecer más (de hecho eso ocurrió en 1994, por efecto de un menor volumen de gasto que el esperado en 1992) (Levit, Lazenby y Sivarajan, 1996, p. 137). Debido al atraso en su ejecución, los ECVM son menos eficientes que procedimientos comparables de Canadá y Alemania; no obstante, han funcionado bastante bien para los estándares estadounidenses.

A pesar de estos logros, a partir de 1994 los costos del *Medicare* han crecido más rápidamente que los costos de los seguros médicos del sector privado. Entre 1993 y 1994, por ejemplo, estos últimos crecieron 4.1% y los primeros 9.8%. Estas cifras entregan un engañoso respaldo a los sistemas de contratos selectivos, por muchas razones. La incorporación al *Medicare* creció más rápidamente (menos norteamericanos se estaban asegurando en el sector privado y más en el *Medicare*). El *Medicare* cubre una variedad de servicios tales como la asistencia en el hogar y la diálisis que no son generalmente parte del seguro privado; se trata de servicios muy caros y que no han estado sujetos a los mecanismos del ECVM o del SPE, de modo que las ventajas del pago coordinado no se han aplicado completamente. Además, la actualización de los aranceles para el *Medicare* en 1994, como se mencionó anteriormente, fue bastante generosa debido a inesperados ahorros en 1992. Influido por todos estos factores, el gasto privado per cápita por servicios comparables subió en 1994

dos puntos porcentuales menos que el gasto del *Medicare* (Levit, Lazenby y Sivarajan, 1996, pp. 134-138). En años más recientes, el *Medicare* aún no ha ajustado sus pagos al sistema ECVI y al SPE debido al estancamiento político entre un congreso que quería una reforma más "sustancial" y un presidente cauteloso (Ginsburg y Pickreign, 1996, p. 148).²⁹ Por las mismas razones, la debilidad de los métodos para controlar otros costos tampoco se ha tratado. De manera que los pagadores privados han exigido más a los proveedores como resultado de dicho estancamiento político, y no porque sus métodos sean de por sí más fuertes. El anuncio de mayo de 1997 de reducción del déficit presupuestario, es el resultado de la proposición del presidente Clinton de planificar controles de costos más estrictos en todas estas dimensiones.

La contratación selectiva en la forma como se implementa en el *Medicare* cuesta dinero al sistema. Las OMS pueden hacer contratos con el *Medicare* para proveer servicios a pacientes de un área local por un precio equivalente al 95% del "costo promedio per cápita ajustado" (CPPCA) de los gastos médicos en esa región, cifra que es posteriormente afinada por algunos factores demográficos y de elegibilidad. La incorporación a estos planes está creciendo rápidamente alcanzando los 4 millones de beneficiarios en 1996. Los interesados se afilian porque las OMS ofrecen cobertura de beneficios suplementarios sin cargo extra. Desafortunadamente, parece que las OMS con contrato de riesgo están afiliando pacientes más sanos que el promedio, debido a una mezcla entre su propia selección de riesgos y la selección adversa de los pacientes. De este modo, el pago del 95% resulta demasiado elevado. Además, las OMS participan más en las áreas donde el CPPCA es especialmente alto (por ejemplo, donde el volumen de los servicios es alto), de manera tal que en realidad seleccionan tanto regiones como individuos. Si bien estos defectos pueden corregirse en teoría, y el gobierno del presidente Clinton ha propuesto algunas medidas, no podemos estar seguros de que serán promulgadas, y, de serlo, que serán exitosas. Si se mira como un ejemplo de "competencia regulada", el contraste entre el sector privado y el *Medicare* es desalentador: sin mecanismos de ajuste de riesgos parece que la contratación

29. Nada habría cambiado a juzgar por el seminario auspiciado por el Centro para el Estudio del Cambio del Sistema de Salud, Washington, D.C., y las presentaciones de Ginsburg y otros, el 10 de abril de 1997.

selectiva resulta costosa, a menos que se les niegue a los pacientes la alternativa de planes que los partidarios de la competencia regulada identifican con la libertad, la elección y la calidad.

La contratación selectiva ha sido ampliamente aceptada como un mecanismo de ahorro de costos dentro del *Medicaid*, en parte debido a que facilita hacer obligatorio el cuidado administrado a fin de evitar la selección adversa de una población políticamente débil (gente pobre), antes que de una población políticamente fuerte (los ancianos). Otra razón es que los estados han reducido tan drásticamente los aranceles, que sería de esperar una reacción política (guiada por legisladores federales preocupados de una mezcla entre el acceso y los ingresos de los proveedores) si los aranceles tuvieran que subir. Adicionalmente, existen razones especiales para pensar que las técnicas del cuidado administrado serían apropiadas para las madres y los niños dentro del *Medicaid*. Por ejemplo, al requerir los pacientes cuidados de asistencia primaria el ente controlador puede mantenerlos fuera de las salas de emergencia, que son muy caras. Por otro lado, dado los bajos montos pagados en muchas jurisdicciones a los proveedores del *Medicare* y el predominio de gente con condiciones crónicas graves de alto costo en las listas, habría que preguntarse por qué una organización promedio del cuidado administrado querría entrar al negocio, y si aquellas que entraran proveerían en realidad de asistencia decente o simplemente explotarían a los beneficiarios proporcionándoles muy pocos servicios.

La experiencia parece variar de mercado a mercado. En muchos casos, los estados han tenido una dificultad real en la obtención de suficientes planes de cuidado administrado para cubrir a la población del *Medicaid*. En otros, el sistema parece haber funcionado muy bien. Un asunto posterior, desde el punto de vista de los estados, es que indudablemente los planes dejan a la gente fuera de los hospitales. No obstante, muchos de esos hospitales necesitaban el dinero para ayudar a cubrir los costos de tratar a las personas que no tienen ningún seguro. En esos casos, ¿qué le pasará a los hospitales?

En esencia, la expansión de la contratación selectiva a todas las fases del financiamiento de la salud norteamericana —privada, para los ancianos y para los pobres— obliga a los proveedores que tienen altos costos a preguntarse si éstos obedecen a buenas o malas razones. Porque las buenas razones, tales como los altos niveles de atención de beneficencia o los gastos de educación médica, no ayudan a obtener contratos.

Debido a que los Estados Unidos nunca adoptaron un financiamiento coherente para la solidaridad, han debido proteger a la gente con una mezcla de subsidios visibles e invisibles. La protección mínima dependía de los hospitales y de sus salas de emergencia, y esa protección está ahora amenazada por cuanto los gobiernos no hacen mucho por garantizarla al dejar cada vez más decisiones sobre el financiamiento de los hospitales al mercado, en la forma de alternativas de contratación de planes competitivos. Como el analista y defensor del cuidado administrado Harold Luft explica, los Estados Unidos están experimentando "un apriete de precios y utilidades y una consolidación entre los proveedores". Pero, "es muy claro que los sistemas competitivos no se preocupan de la gente que no tiene dólares para votar. Podemos anticipar razonablemente bien que los proveedores de servicios solidarios y caritativos serán sacados del sistema".

Hay muchas teorías acerca de la forma como la eficiencia lograda mediante la competencia podría ser combinada con la solidaridad social. La experiencia de los Estados Unidos, sin embargo, no provee evidencia de cómo ello podría hacerse.³⁰ El gobierno del presidente Clinton trató de exhibir un ejemplo, pero sólo tuvo éxito en ilustrar las dificultades.

IV. PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS EN LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ

Como en la mayoría de los países, quienes diseñan la política en los Estados Unidos y Canadá están insatisfechos con sus sistemas de asistencia en materia de salud. Su preocupación más fuerte es el efecto que la asistencia de salud tiene en los presupuestos del gobierno. En Canadá, el control presupuestario del gobierno implica decidir la política que afecta la asistencia de salud de todos los ciudadanos; en cierto modo, *termina decidiendo de qué se les privará a todos los ciudadanos* (cualquier cosa que sea). En los Estados Unidos, los gobiernos deben decidir la forma como limitar los incrementos de costos para la minoría (la que, en el caso del *Medicare*, es una minoría muy poderosa), cuyo seguro es proporcionado a través del sector público. La política de control de

30. En cuanto a evidencia y para un desarrollo más profundo, véase Saltman y Von Otter (1995).

costos para otros ciudadanos implica regular actividades que ocurren en el sector privado. Finalmente, a diferencia de Canadá, los gobiernos norteamericanos han estado considerando extender la responsabilidad pública de la asistencia social de salud.

1. REESTRUCTURANDO LOS PRESUPUESTOS EN CANADÁ

El *Medicare* canadiense es extremadamente popular. En palabras de Carolyn Tuohy, "se ha vuelto una característica definida de la mitología pública de Canadá, e incluso más que en el caso de otras naciones, intentar reducir los beneficios que contiene conlleva un gran riesgo político" (Tuohy, s/f, p. 52). La pregunta política es si esos beneficios pueden sobrevivir a la severa presión presupuestaria. "Mientras esos beneficios se desarrollen y la satisfacción pública con el sistema decline" —apunta Tuohy—, "...puede resultar que Canadá, después de superar la retórica de la crisis en el sistema de salud por años, esté realmente entrando en una fase crítica" (Tuohy, s/f, pp. 54 y 55).

Por lo tanto, las tendencias más innovadoras en la política de salud canadiense incluyen intentos por controlar costos sin obligar al gobierno a dañar gravemente a los proveedores, ni atentar visiblemente contra los cinco principios de la ley de salud de Canadá. Adicionalmente, la autoridad federal ha recortado sus pagos a las provincias; cabe preguntarse entonces, ¿qué pueden hacer las provincias?

Con el propósito de ahorrar dinero en forma rápida, las provincias han realizado significativos recortes, particularmente en la capacidad. En Alberta, el gasto en salud fue recortado un 12% en valores reales durante tres años (*y eso no contabiliza la inflación*). La provincia de Saskatchewan incrementó los fondos para los programas comunitarios y de infraestructura, en tanto que redujo el número de camas de cuidado intensivo de 4.63 (lo que era demasiado) a 3.34 por cada mil personas. Ontario congeló o recortó los gastos de virtualmente todos los ítem exceptuando los servicios de salud comunitarios, al paso que terminaba con casi un 25% de las camas de cuidado intensivo (y se ha planeado clausurar un 20% adicional de las camas restantes). En Quebec, aproximadamente 4 mil de las 23 mil camas de hospital tendrán que ser clausuradas (CCHSE, 1995, pp. 20, 21, 25, 37 y 38; *McLean's*, 2 de diciembre de 1996, pp. 59, 60, 62 y 63). Los enrolamientos para las escuelas de medicina están siendo

reducidos y las provincias están imponiendo límites al número de nuevos consultorios médicos en sus áreas más sobresaturadas.

Desde un punto de vista político el tema básico de estas medidas que afectan la oferta es saber si la limitación de costos pueda resultar en "listas de espera" que, aunque aceptables para los analistas de política, sean menos aceptables para los votantes. Las autoridades de las provincias buscan ser culpables lo menos posible por los cierres de la capacidad, e idealmente deshacerse de esta culpa completamente. Esa es la explicación —cínica, y en gran parte precisa— de la ola de medidas de descentralización que han implementado las provincias canadienses en los últimos años.

En 1992, sólo la provincia de Quebec había transferido a los niveles subprovinciales la autoridad sobre la asistencia médica, con algún poder significativo de asignación de recursos. Para 1996, todas las provincias excepto Ontario había descentralizado parte de la autoridad; de hecho, había 117 autoridades regionales de salud, todas con algún grado de poder de asignación de recursos.³¹ A pesar del discurso y de la reorganización, en todos los casos el principal apretón en los hospitales y servicios está viniendo desde arriba, mientras que ningún consejo regional tiene autoridad sobre los servicios médicos (Tuohy, s/f, pp. 56 y 57).

Como bien lo señala Jonathan Lomas, no existen evaluaciones en Canadá o en ninguna otra parte que muestren que la descentralización pueda lograr contener costos, aumentar la eficiencia, subir la calidad o mejorar los servicios de salud. La descentralización con poco poder real, ciertamente no podría lograr esto. No obstante, la descentralización o delegación es atractiva para los activistas de izquierda, que tienden a desconfiar de los burócratas establecidos y no reconocen que el público tiene poco interés en las ideas izquierdistas de "participación comunitaria".³² A la vez, la descentralización aparece como un "gobierno" que se reduce, lo que pone felices a las corrientes de derecha. En esencia, la descentralización es el espejismo de la política que resulta de un contexto en el cual el libre juego del mercado no es políticamente plausible. Ese es el caso en Canadá, porque la única cosa que los canadienses saben con seguridad es que ellos no quieren que su sistema se parezca al estado-unidense.

31. Comentarios de Jonathan Lomas en la "Conferencia 4 Países", Montebello, Quebec, 16 de mayo de 1996.

32. *Ibid.*, y cuadros distribuidos en la misma conferencia.

Esto último podría ocurrir de dos formas: un incremento en la importancia del pago privado, o algún movimiento hacia el cuidado administrado. La asociación central de médicos de Canadá sigue interesada en fomentar la sobrefacturación y la sustitución del seguro público por el privado. Por muchas razones, predominantemente políticas, aquello sigue siendo improbable. Las reducciones en la cobertura del seguro, en cambio, han consistido principalmente en acuerdos con asociaciones médicas para "sacar de la lista" algunos de los servicios que las autoridades de las provincias puedan estimar que no son médicamente necesarios pero que los médicos piensen que son demasiado populares por lo que algunas personas los comprarán de todos modos, tales como ecografías para las embarazadas sin complicaciones.³³ En algunos casos, el desarrollo de ciertas pautas podría tener un efecto similar. Un médico puede ser capaz de decirle a un paciente que la directriz por la cual se guía dice que la provincia no paga en su situación, pero que el servicio que le ofrece podría hacerle bien, por lo que dependerá de él si paga por la asistencia extra. Las directrices son entonces una forma condicionada de sacar de la lista. Las provincias han dado solo algunos pasos en ese sentido, debido a que tales lineamientos discriminan en contra de los médicos especialistas, son difíciles de diseñar y el público podría incluso objetarlos.

Existe, además, un mayor debate en torno a la creación de planes de contratación selectiva por capitación, especialmente como una modalidad de integrar servicios y eliminar los incentivos por mayores volúmenes bajo los acuerdos de cobro-por-servicio. Los médicos pueden estar más interesados en este punto, ya que el establecer fuertes límites en un sistema de pago de cobro-por-servicio tiende a hacer que los médicos trabajen más, pero no necesariamente por más dinero. De esta forma, los médicos están empezando a interesarse en regular el volumen. Barer, Lomas y Sanmartin plantean el caso con claridad, "la naturaleza de 'suma cero' a los límites del gasto global focaliza la atención de los médicos en 'los bienes médicos comunes'" (Barer, Lomas y Sanmartin, 1996, p. 221). La capitación al menos no requiere más trabajo por el mismo dinero. Los activistas de izquierda ven los planes integrados como una forma de reducir el poder de los médicos y fomentar los servicios

33. Un ejemplo que se me citó durante las entrevistas en British Columbia (Canadá), a fines de 1993; para otros véase *MacLean*, 2 de diciembre de 1996, p. 58.

comunitarios. No debe extrañar, entonces, que el interés en tales reformas quede reflejado en discusiones académicas³⁴ y en acuerdos de las provincias con los médicos para "discutir" o "desarrollar" tales mecanismos (CCHSE, 1995, p. 32). El interés, sin embargo, tiene que ir acompañado de un cambio institucional (Barer, Lomas y Sanmartín, 1996, p. 225). Por el momento, no existe apoyo público manifiesto para la opción restrictiva.

La forma en que ha sido considerada la contratación selectiva refleja una gran diferencia entre las políticas de asistencia de salud canadiense y estadounidense. En Canadá, el cambio es materia de acuerdo político, sujeto a negociaciones entre la provincia y los proveedores organizados, y dependiente en último caso de la aprobación de una mayoría de votantes. En los Estados Unidos, la organización de las finanzas de la salud permite al sistema ajustarse movido por intereses privados, en un contexto de acción no coordinada por los agentes públicos.

2. LA REFORMA DE LA ASISTENCIA EN MATERIA DE SALUD Y EL CAMBIO EN LOS ESTADOS UNIDOS

El presidente Clinton asignó a la legislación que garantiza el seguro médico a todos los norteamericanos, un papel prominente en su administración. Sin embargo, el esfuerzo falló por muchas razones, algunas de las cuales se examinan a continuación.³⁵

La administración de Clinton reconoció que el público norteamericano tenía, por un lado, un enorme desagrado por "el gobierno" como ente abstracto y, por otro, el deseo de una asistencia de salud garantizada. En la búsqueda de una modalidad del seguro de salud nacional que dependiera principalmente de la iniciativa privada, el gobierno buscó adaptar la "competencia regulada" de Alain Enthoven a la política y a los hechos del mundo real.³⁶

34. Para un ejemplo, véase Jerome-Forget, White y Wiener (1995).

35. Consideraciones políticas sobre el desastre de la reforma al sistema de salud estadounidense, se encuentran en White (1995a); Skocpol (1996); Johnson y Broder (1996); *Health Affairs* (verano boreal de 1995); y en los artículos de Sven Steinmo, Jon Watts y de mí mismo en *Journal of Health Politics Policy and Law*, verano boreal de 1995. Las afirmaciones hechas aquí de los serios dilemas de Clinton, se explican más cabalmente en EBRI (1996).

36. Quienes se interesen en el concepto de administración pueden ver Starr y Zelman (1993, pp. 8-23). Para consideraciones en torno a las ideas básicas, véase Enthoven (1993,

En principio, los Estados Unidos deberían ser capaces de entregar una cobertura universal de buena calidad a todos los ciudadanos a costos por debajo de los actuales. Canadá lo hace por mucho menos dinero. En los hechos, ahorrar dinero significa reducir la capacidad y los ingresos, por lo que es probable que tal ahorro ocurra lentamente, debido a la expansión de la cobertura. Así, mientras a largo plazo la expansión no requiere de recursos mayores que los incorporados en la tendencia del sistema, a corto plazo los aumentos de la cobertura requieren nuevos recursos que pueden provenir de nuevas rentas públicas o de controles de costos que liberen recursos.

Políticamente, la reforma no debería incrementar el déficit federal ni los impuestos, por lo que la mayor parte de los recursos deberían originarse en el control de los costos. A pesar de la retórica de los partidarios del cuidado administrado, ni los analistas de la oficina de presupuestos del congreso ni otros respetados analistas de ese sistema creyeron que la competencia regulada podría generar suficiente ahorro. Por ello, la administración tuvo que incluir estrictos controles de aranceles de "respaldo" parecidos a los estándares internacionales. Debido a que a muchos proveedores no les gustan las OMS y mucho personal de salud no trabajaría en partes escasamente pobladas del país, la administración de Clinton garantizó el seguro en base al sistema de cobro-por-servicio. Los verdaderos partidarios del cuidado administrado, como Enthoven, denunciaron entonces el 'plan Clinton', como un plan de pagos individuales que solo simula la competencia regulada. Dado que la administración había enfatizado tanto la "competencia regulada", los republicanos pudieron atacar el plan como una amenaza —al forzar a la gente al cuidado administrado— y visualizarlo como una fuerte intervención y regulación del gobierno. De esta forma, al combinar ambas teorías de control de costos la administración fue culpada por ambas.

El gobierno, además, no podía resolver el problema acerca de donde obtener el dinero extra que necesitaba. Decidió principalmente recurrir a la contribución obligatoria de todos los empleadores. Esto era justo y razonable para los estándares internacionales (de hecho, la estructura de financiamiento de la administración de salud resultó funcionalmente mucho más parecida al diseño de Japón).

pp. 24-48); Ellwood, Enthoven y Etheredge (1992, pp. 149-168); Enthoven y Kronick (1989, pp. 29-37 y 94-101, respectivamente). Los lectores podrán notar que los énfasis no son idénticos en todas las versiones, quizás debido a que son diferentes los colaboradores.

Con el propósito de operar un sistema de competencia, el plan Clinton tuvo que proponer toda clase de nuevas instituciones para mantener una competencia virtuosa más bien que una viciosa. La creación de muchas, nuevas, y confusas burocracias no fue una buena forma de apaciguar las críticas. Así, el diseño competitivo de Clinton terminó por confundir a la base del partido demócrata.

En resumen la "competencia regulada", aunque quizás atractiva para sectores de derecha como una modificación al seguro de salud proporcionado por el gobierno en algunos países, no obtuvo su apoyo cuando el punto era si se expandía o no el papel del gobierno. Tampoco generó suficientes ahorros. Como proyecto político falló en combinar solidaridad y eficiencia, ya que no ofreció una respuesta a ninguna de ellas.

El colapso del plan Clinton contribuyó a la debacle de su partido en las elecciones de 1994. Los demócratas no solo perdieron control del congreso, sino que además perdieron a nivel de los estados. Para 1995, los republicanos dominaban las jefaturas de la nación e incluso encabezaron los legislativos estatales.

Los congresistas republicanos se comprometieron a balancear el presupuesto en el año 2002 y a efectuar un recorte sustancial de impuestos. Las matemáticas presupuestarias requieren, entonces, que ellos aprueben recortes mayores en el *Medicare* y en el *Medicaid* —lo que muchos de ellos deseaban hacer de todos modos. Los republicanos fueron capaces de mantener unidas sus mayorías en el congreso para aprobar el proyecto de ley de presupuesto con estos recortes, pero no tenían las dos terceras partes necesarias para anular un veto presidencial. Las batallas del veto tienden a ser resueltas por la opinión pública, ya que los presidentes rara vez desean sacrificar el apoyo popular en cuestiones de principios. Los republicanos esperaban que la gente estuviese más interesada en un presupuesto balanceado que en proteger el *Medicare* y el *Medicaid*, pero estaban equivocados. Aunque muchas de sus tácticas eran astutas, la impopularidad básica de su posición y unos pocos errores inoportunos llevaron a los republicanos a una ignominiosa derrota (véase Drew, 1996 y Weisskopf, 1996).

Como una cuestión de política, las estipulaciones claves involucraron: descentralización en los estados de la responsabilidad por los recortes del *Medicaid*, convirtiendo el programa en una "donación en bloque"; una retórica de la competencia para justificar metas más bajas

de costos del *Medicare*; incentivos para que los beneficiarios del *Medicare* elijan planes de contratos selectivos en vez del *Medicare* de cobro-por-servicio, y regulaciones al cobro de aranceles de respaldo más estrictas que en el plan Clinton y con severos problemas de selección del sistema de cobro-por-servicio. El plan *Medicare* republicano propuso romper el esquema de riesgos del seguro no solo con las opciones de cuidado administrado sino que con las "cuentas de ahorro médico" (CAM). Esta propuesta de política reemplazaría al seguro tradicional con una combinación de protección para gastos más allá de un deducible alto (digamos, 3 mil dólares), y contribuciones en efectivo para una cuenta de ahorro médico que los beneficiarios podrían utilizar para cubrir una porción del deducible, u otros gastos. En lo esencial, las CAM, transfieren dinero desde la gente enferma a la gente sana, y son más seguras para la gente más rica (quienes pueden cubrir la diferencia entre el deducible y el monto que han entregado a las CAM) que para la gente más pobre.³⁷

El presidente Clinton, buscando mostrar que quería balancear el presupuesto, también propuso recortes al *Medicare*. Estos fueron significativamente menores, enfatizaron las medidas reguladoras estándares para reducir los cobros, y no amenazaron la seguridad y equidad del grupo de riesgo del *Medicare*. Después que ganó la batalla publicitaria y la elección de 1996, aunque los republicanos mantuvieron el control del congreso, el presidente y los líderes republicanos anunciaron en mayo de 1997 un paquete de recortes al *Medicare* muy similar a las proposiciones de Clinton. Éstas básicamente mantuvieron el cambio significativo del *Medicaid*, ya que, entre 1995 y 1997, la tendencia al incremento de sus costos se moderó drásticamente. Nadie sabe realmente por qué ocurrió aquello. Al igual que en el sector privado, los costos se moderaron bastante en los estados, y en los servicios donde se aplicaban sistemas de contratación selectiva y de cobro-por-servicio.

Mientras el gobierno federal fracasaba en poner en ejecución drásticas reformas ya sea para expandir o contraer el acceso a seguros de salud, o para incrementar el número de beneficiarios en el cuidado administrado, el funcionamiento del mercado privado en salud entraba en un período de gran turbulencia. El síntoma más obvio de esta tendencia fueron las continuas fusiones entre proveedores y aseguradores, en

37. Más adelante se vuelve sobre las CAM; para un análisis más en profundidad véase White (1995b).

su lucha por aumentar su poder de mercado. El proceso de consolidación se está dando de manera diversa en los distintos mercados, dependiendo de qué organizaciones (empleadores, grandes grupos de consultorios, hospitales o aseguradores) tengan los recursos y la posición de mercado necesarios para actuar como el "contratista general" que coordina (obliga) a los otros actores (Ginsburg, 1996, pp. 15-16). Esta consolidación capitalista de las organizaciones, no obstante, tiene todavía que producir un impacto más visible en la organización de los servicios; es decir, existe aún poca integración (Ginsburg, 1996, p. 14). En cambio, ya sea por una cuestión de administración o simplemente en respuesta al hecho de estar obligados a cobrar precios más bajos, los hospitales han estado reduciendo su provisión de personal y sus costos caso por caso. Los empleados de los hospitales naturalmente reclaman que la calidad está amenazada, pero no existe una evidencia sólida al respecto. Algunos ahorros pueden venir de la reducción del ingreso de los proveedores, lo que tendría poco efecto en los pacientes. En 1994, por primera vez, los ingresos de los médicos cayeron según los datos de la encuesta de la Asociación Médica Americana (Killborn, 1996, p. A1; Winslow, 1996, p. B6).

Como se dijo anteriormente, hay muchas teorías que explican la moderación de las tendencias de costos en 1993. Hacia la primavera de 1997, el período de mayor control de costos parecía estar terminando. Diversos hechos, reflejados en bajas utilidades e incluso pérdidas para los aseguradores, *podrían sugerir una inflación de los costos per cápita* de los servicios de salud. No obstante, la dinámica de los vendedores de servicios y de los compradores de los mismos indica que sería posible seguir conteniendo los incrementos de costos en el mercado privado, manteniéndolos a niveles relativamente bajos para los estándares estadounidenses (quizás solo dos puntos porcentuales sobre la inflación general).³⁸

No había señales de que la tendencia moderadora en el incremento de los costos responda a una expansión de la cobertura. En cambio, los empleadores han llegado a definir la reducción de los costos de la asistencia en salud como parte importante de su capacidad de competir, y

38. Estimaciones basadas en cifras presentadas por Peter K. Reilly, de Milliman & Robertson, Inc., en el seminario auspiciado por el 'Centro para el Estudio del Cambio del Sistema de Salud', Washington, D.C., el 10 de abril de 1997; en los comentarios de Jeff Goldsmith y Paul B. Ginsburg en el mismo seminario, y en Thorpe (1997).

la mayoría de las estimaciones indican que la tasa de no asegurados se situará entre 50 y 55 millones de personas para el 2002. No es probable que la agenda de política pública incluya el tema del seguro universal en un futuro cercano. Pero la expansión del cuidado administrado y la caída del seguro de salud privado evidencia una situación dual: una disminución de los abusos en los planes del cuidado administrado,³⁹ y el incremento de las coberturas del seguro de salud.

Los médicos, en particular, han promovido leyes diseñadas para restringir la contratación selectiva. La industria ligada al cuidado administrado ha bloqueado este tipo de acción a nivel federal, aunque ha tenido que aceptar algún grado de compromiso en varios estados. Últimamente, se ha generado una cierta relación entre médicos y pacientes definida por los primeros como la "regla mordaza". La cuestión básica es aquí si los médicos pueden recomendar un tratamiento que saben que el plan del seguro rechazará, y con ello, implícitamente, decirles a los pacientes que su asegurador no es adecuado. Los aseguradores naturalmente reclaman que ellos no restringen la provisión de información; de todos modos, muchos estados han seguido el camino de legislar en esta poco prometedora área.

Los planes ofrecidos se han visto afectados por una amplia variedad de "historias de horror" acerca de las restricciones de uso que imponen. Las autoridades estatales y federales han legislado o están legislando para garantizar niveles específicos de servicios, tales como el derecho de las madres y los recién nacidos a pasar 48 horas en el hospital después del parto, la garantía de hospitalización para tratamientos de una masectomía, o el tener una asistencia de emergencia reembolsable incluso si el paciente no tiene un problema de emergencia, siempre y cuando un médico diagnosticara tal posibilidad.⁴⁰ Los republicanos han sido casi tan vehementes como los demócratas en apoyar tal legislación, y la industria ha intentado evitarla principalmente aduciendo que se regulará a sí misma a través de la adopción de los estándares (que no son del todo obligatorios) de la Asociación Americana de Planes de Salud.

Esta reacción pública contra el cuidado administrado está profundamente enraizada y es muy probable que siga así. La necesidad de una importante estructura regulatoria es la base del argumento original para

39. Para un buen resumen, véase Werber Serafini (1996, pp. 2280-2283).

40. El ejemplo clásico de esto son los típicos síntomas del ataque cardíaco que no llegan a transformarse en un ataque al corazón.

la competencia regulada;⁴¹ no obstante, sería una sorpresa si tal reacción creara una estructura suficientemente comprensiva y eficaz. Las medidas adoptadas responden más bien a las "historias de horror" que se pueden evitar por parte de los planes de salud. Las demandas para que los planes publiquen sus procedimientos tienen pocas probabilidades de surtir efecto, porque la probabilidad de que el paciente promedio lea tales documentos debe ser bastante baja. Además, en un ambiente de rápida evolución, será difícil para los reguladores inventar y convencer al público de aceptar regulaciones con una velocidad comparable a las innovaciones introducidas en la contratación de los planes. No hay evidencia de iniciativas tendientes a crear los instrumentos que los teóricos asocian con la calidad y el control de costos en los mercados internos, tales como controles sobre los planes de seguros ofrecidos en el mercado, y los sistemas de ajuste de riesgos. De este modo, las reacciones esporádicas contra el cuidado administrado norteamericano probablemente serán incapaces de conducir hacia la "competencia regulada".

Los pocos esfuerzos para aumentar la cobertura de los servicios de salud han tenido escaso efecto. Algunos estados han recibido permiso de las autoridades federales para alterar sus programas del *Medicare* autorizando planes de contratación selectiva, bajo la condición de que amplíen la población cubierta. Los quince estados con programas de contratación selectiva significativos cubrirían cerca de un millón de personas adicionales en 1996. Cerca de un tercio de ellas corresponden a un estado, Tennessee; Washington, Minnesota y Oregon contabilizan otro tercio.⁴² Sin embargo, esta alternativa se ve limitada por los bajos ahorros potenciales y por la dificultad de encontrar otras fuentes de financiamiento para la expansión de la cobertura.

Después de una muy complicada batalla, en agosto de 1996 el congreso aprobó y el presidente firmó la "ley Kassebaum-Kennedy". El principal propósito de la ley es asegurar que una persona que deba renunciar al seguro médico debido al cambio de empleo, pueda obtener cobertura a través del siguiente empleador, sujeto a algunas restricciones plausibles.⁴³ Aunque este logro pudiese parecer modesto, es un significativo

41. Ellwood y otros en Enthoven (1993).

42. *Iniciativas de Estado en la Reforma de la Asistencia Sanitaria*, N° 20, octubre de 1996, pp. 1-4.

43. El resumen que sigue se basa en Skidmore (1996, p. A13); *BNA's Health Care Policy Report*, 5 de agosto de 1996, pp. 1251-1253, y el texto del proyecto de ley. El proyecto de

mejoramiento para cualquiera que esté en una condición crítica. Pero aunque esta ley parece prevenir la clasificación riesgosa de aquellos nuevos clientes, es débil por varias otras razones.⁴¹ Desde luego, poco aporta para abaratar los servicios de salud para la población activa no asegurada. Además, proporciona exenciones tributarias para las aproximadamente 750 mil cuentas de ahorro médico.

A juicio de muchos analistas, las CAM parecen exacerbar más que atenuar las fallas del mercado de seguros de salud. Para otros, conducen a dejar en evidencia un defecto fundamental del seguro médico en sí mismo. La idea básica de las CAM es que la asistencia será menos costosa si la gente "compra" menos de ella. Se cree que al usar el seguro, comprarán más porque no tienen que gastar su propio dinero ni que preocuparse del costo. Además, obtienen más seguro del que deberían porque el gobierno federal subsidia el seguro médico a través de un tratamiento de impuestos favorable. Los defensores de las CAM creen que el seguro debería cubrir solo los costos sobre un deducible significativo (en la versión final de la 'ley Kassebaum-Kennedy', éste sería de un mínimo de 1500 dólares para un individuo, y de 3 000 dólares para las familias). Con el propósito de ayudar a la gente a pagar los costos por debajo de este nivel, los partidarios de las CAM dicen que la autoridad federal debería conceder rebajas de impuestos para las cuentas de ahorro, de las cuales los retiros para gastos médicos podrán efectuarse sin castigos. La opinión de ellos es que la gente gastará menos de este modo.

El anterior análisis tiene algo de verdad. No cabe duda de que las restricciones de precios importan, aunque no tanto como los partidarios de las CAM en los Estados Unidos grotescamente exageran para apoyar su posición. Analistas neutrales tienden a concluir que los posibles ahorros de las CAM alcanzan a un 5 a 10% del gasto, si se compara con el plan de cobro-por-servicio promedio (esta cifra se reduce significativamente a cero o menos, al compararla con el promedio del cuidado administrado). Todas estas estimaciones se basan en la evidencia de que los planes con coparticipación en los costos son una pequeña parte del mercado de la salud, de modo que los proveedores no buscan formas de

ley fue bautizado "Kassebaum-Kennedy" por ser sus autores la senadora Nancy Landon Kassebaum, republicana de Kansas, quien se retiró en 1996, y el senador Ted Kennedy, demócrata de Massachusetts.

44. *BNA's Health Care Policy Report*, 5 de agosto de 1996, p. 1251.

jugar con el sistema e incrementar los costos. Si las CAM fueran la forma dominante de protección, de modo que los proveedores tuvieran incentivos para incrementar costos, los ahorros serían menores.

Nadie puede estimar el impacto de las reformas basadas en las CAM, porque es imposible predecir su demanda en un sistema voluntario. Precisamente porque las CAM provocarán selección adversa, lo que puede incrementar los costos totales, es que cualquier empleador inteligente que ofrezca la opción de las CAM tratará de protegerse de los costos resultantes ofreciendo una contribución a la cuenta desalentadoramente baja. Sin saber lo que los empleadores harán, uno no puede predecir la participación, y sin saber la participación, uno no puede predecir los efectos sobre el gasto. Ningún analista autorizado cree que los ahorros de las CAM pueden compensar los sesgos en la selección inherentes a tener una opción de CAM. Por ello, las estimaciones de la Oficina del Presupuesto del Congreso han señalado continuamente que los recortes en impuestos para las CAM costarían dinero. El riesgo apunta en forma inequívoca hacia una menor protección sin una reducción de costos.

Existen razones plausibles del por qué personas con intereses específicos, tales como aquellos de la gente más sana, podrían preferir las CAM a otras formas de control de costos en asistencia de salud. No obstante, el apoyo a las CAM revela las razones conceptuales e ideológicas de por qué las políticas estadounidenses generalmente se transforman en modelos de errores con respecto a los seguros de salud más que en ejemplos de imitación para otros países. Una cantidad grande de votantes norteamericanos y de grupos de elites persisten en favorecer el individualismo por sobre la comunidad, y en no reconocer que las contribuciones colectivas pueden resultar necesarias para la seguridad individual. La desconfianza en el gobierno significa que se prefieren los recortes en impuestos antes que el gasto y la regulación. Que las CAM sigan siendo fomentadas revela cuán lejos están los Estados Unidos de tomar los pasos hacia un seguro de salud universal.

V. CONCLUSIÓN

Hay muchas similitudes en el discurso y algunas en las medidas, entre los esfuerzos de reformas a los sistemas de salud en los Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, tales esfuerzos han partido desde puntos muy

diferentes y no está del todo claro que se estén acercando. Se puede aprender más de lo que cada nación ha llevado a cabo (o ha fallado en llevar a cabo) durante las últimas décadas, que de las propuestas de reforma de los últimos años.

1. ¿LECCIONES DE NORTEAMÉRICA?

Dentro del debate mundial sobre la reforma a la asistencia de salud, un tema es la importancia del seguro de salud y los servicios de salud. La experiencia canadiense y estadounidense muestra que ni el seguro ni los servicios pueden eliminar la enfermedad o las desigualdades en salud. Con todo, el sistema de seguro de Canadá exhibe mejores resultados en salud en comparación con los Estados Unidos.

La comparación además muestra que permitiendo la competencia en la venta de seguros médicos, haciendo voluntaria la compra del seguro y en general transformándolo en un producto de mercado, se crea una serie de problemas que lo hacen más caro y menos accesible. Éstos incluyen no solo los problemas de los gastos administrativos sino que también las dificultades para la selección de riesgos por parte de ambos, los vendedores y los compradores.

La idea de que —a pesar de esos defectos— tal competencia de mercado puede llevar a un resultado superior porque la competencia estimula el cuidado administrado, simplemente no está sustentada por la evidencia disponible. El cuidado administrado, en sus variadas formas, no es una alternativa superior a los métodos de control de costos usados por Canadá y muchos otros países industrializados con una cobertura de seguro de salud universal.

La "competencia regulada" es un esquema muy difícil de implementar que no ha sido ni siquiera probado en los Estados Unidos, donde no se ha logrado manejar la competencia. Ciertamente es muy difícil controlar la selección de riesgos y la selección adversa, pero los Estados Unidos ni siquiera toma medidas para hacerlo. Del mismo modo, siendo muy difícil crear consumidores informados, la competencia estadounidense al permitir una amplia variación en los términos básicos de los planes disponibles hace de la elección informada prácticamente una opción casi imposible. Entre las muchas formas de control de la competencia propuestas por Alain Enthoven y sus colegas en sus proposiciones

originales, la mayor omisión del mercado estadounidense es aquella que lleva a lograr una garantía efectiva de seguro para todos los ciudadanos. Las propuestas de mercado interno en otros países industrializados parten de una cobertura universal, y por lo tanto involucran mucho menos riesgo para una buena asistencia de salud. Colombia ofrece una experiencia más útil en Latinoamérica porque los hacedores de políticas de salud colombianos por lo menos han intentado evitar las fallas más grandes del mercado estadounidense.

En resumen, mientras a muchos analistas les gustaría saber cómo balancear "solidaridad" y "competencia", en la práctica ni las experiencias estadounidenses ni las canadienses responden la pregunta en la forma en que usualmente se plantea. En esos contextos, la cuestión de balancear solidaridad con competencia es un asunto engañoso. Primero, la necesidad misma del balance no está establecida, porque la vinculación que generalmente se establece entre competencia y eficiencia no está demostrada, y es probablemente falsa. En los Estados Unidos, mientras tanto, la idea de "balancear solidaridad con competencia" es casi enteramente retórica. El presidente Clinton esperaba extender la solidaridad con algo de competencia regulada, pero falló completamente. La "competencia" la conducen ahora en el mercado privado agentes que no tienen interés en la solidaridad y que buscan reducir sus obligaciones solidarias mientras ahorran dinero a través de la competencia. La "competencia" de los proveedores requiere que ellos desperdicien menos dinero en solidaridad en la forma de asistencia caritativa. Lo más cercano a un balance entre competencia y solidaridad en estos dos países, es la forma en que la competencia por ingresos de los proveedores en un sistema con fuerte regulación como el de Canadá hace proliferar los servicios, en la actualidad. Eso debería hacernos ver que pueden darse incentivos positivos dentro de una estructura de regulación que pretende hacer más abordable la solidaridad; pero ésta no es ciertamente la clase de "competencia" que los teóricos del mercado tienen en mente.

La versión canadiense de la "competencia" es la "delegación" o "descentralización". Cualquiera sea el término que uno quiera usar para culpar por las decisiones de los recortes presupuestarios a un nivel más bajo del gobierno, aunque el recorte se decide en un nivel superior, puede ayudar a un gobierno a reducir sus obligaciones sin tener que asumir las consecuencias. Vemos esta dinámica en Canadá: mientras el gobierno federal le echa la culpa a las provincias, las provincias buscan culpar a

las recién creadas autoridades regionales. Lo vemos en los Estados Unidos con el esfuerzo de quitarles el derecho al *Medicaid* y hacer a los estados responsables por los requisitos del programa. Las supuestas ventajas de las decisiones tomadas por estar "más cerca de la gente", son invisibles en la práctica. No obstante, la descentralización canadiense no amenaza el financiamiento solidario de la asistencia de salud y, en la práctica, no ha determinado la oferta de la asistencia.

Al no existir fórmulas mágicas, uno debe confiar en el sentido común. Un gasto reducido requiere hacer menos o generar mayores ingresos. La asistencia sanitaria en Canadá tiene un costo menor que en los Estados Unidos porque los canadienses pagan menos a los proveedores de equipamiento comprando menos, y a los oferentes de servicios pagándoles menos. Una cobertura más amplia requiere que algunas personas paguen para ayudar a otras. Estos puntos tan obvios pueden dar algo de consuelo a los reformadores latinoamericanos.

Primero, la solidaridad es una cuestión de alternativas y de voluntad, y no dice relación con las dotaciones de los países. Costa Rica no es tan rica como los Estados Unidos, pero tiene un seguro médico de cobertura nacional. Es una cuestión política.

Segundo, en vista de que la diferencia en los dólares brutos gastados se debe a las diferencias en los niveles de salarios de los países, la distancia entre lo que es abordable económicamente en Norteamérica y en Latinoamérica parece más grande de lo que realmente es. Ciertamente, aquellos salarios y rentas no se pagarán en América Latina. Pero, lo que importa para cualquier sociedad son los salarios de su personal de la asistencia sanitaria con relación al promedio social, no en comparación con algún otro país. Lamentablemente, cada nación debe aún ocuparse de los costos de entrenamiento del personal y especialmente del equipamiento. Las ofertas que tienen un precio internacional serán más accesibles para los norteamericanos que para los latinoamericanos; en esto la diferencia en ingresos en dólares importa directamente.

Tercero, si los métodos de la "competencia regulada" no son capaces de instaurar el paraíso en un país latinoamericano, eso no es porque el país esté haciendo algo mal y que otras naciones sepan cómo hacerlo bien. De igual modo, el hecho de que la descentralización tenga pocos resultados positivos, tampoco debiera constituir una sorpresa.

2. ¿EXCEPCIONES LATINOAMERICANAS?

Lo anterior no significa que incluso las conclusiones que parecen tener implicaciones directas, entreguen en verdad el consejo apropiado para la reforma de la salud en las naciones latinoamericanas. Primero hay que reconocer las enormes diferencias económicas al interior de Latinoamérica. Un acercamiento a los servicios de salud de los Estados Unidos y Canadá —aunque con mucho menos acceso a servicios que dependen de un equipamiento importado caro— se puede conseguir en la Argentina o Chile, pero es inconcebible en Bolivia.

Más aún, los logros en las naciones más ricas de Latinoamérica pueden ser tan disímiles como para justificar conclusiones muy distintas respecto de algunas de las medidas discutidas anteriormente. Balancear solidaridad con competencia no tiene nada que ver ni con la eficiencia ni con el control de costos, ni con ningún análisis empírico. Es simplemente un cálculo de distribución social. La cuestión no es realmente de solidaridad *versus* competencia, sino simplemente de cuánta solidaridad tener. La "competencia" es una forma más atractiva de decir "menos solidaridad".

Sin perjuicio de lo anterior, esa debe ser una alternativa más legítima en muchos países latinoamericanos que en los Estados Unidos. Los hacedores de política pueden legítimamente concluir que un cierto grado de excepciones a la solidaridad es más práctico, política y fiscalmente, que un intento de aumentar la solidaridad. En esencia, los gobiernos pueden buscar organizar las cosas de una forma tal que, a cambio del ingreso extra de la competencia, los médicos contribuyan de mejor ánimo a lo que queda del sistema solidario, y así, a cambio de ser capaces de optar al mundo más 'competitivo' de una asistencia más refinada los ciudadanos más ricos se quejen menos al contribuir al sistema solidario. Podemos argumentar, por ejemplo, que algunos aspectos de los acuerdos del sistema de seguro médico de Australia se sustentan en el seguro privado, que crea desigualdades al facilitar el financiamiento de un equitativo y decente esquema público (White, 1995a). Si un país no tiene seguro de salud nacional, implementar el modelo australiano es una medida igualitaria aunque no perfecta. Los efectos de tales medidas dependen actualmente de otros aspectos de la asistencia sanitaria que no

han sido discutidos en este documento —particularmente la capacidad de los hospitales de propiedad pública. Esto señala los límites para una extrapolación de las lecciones de las experiencias estadounidense y canadiense a Latinoamérica.

La contratación selectiva tiene historia en situaciones donde el seguro médico universal no existía pero un segmento grande de la población tenía cobertura en función del empleo. Esa es la norma en Latinoamérica, donde los trabajadores asalariados están en sistemas de seguridad social. Era la situación de los fondos para enfermedades en la Europa de comienzos del siglo 20, que cubría solo una porción de la población. Esta población tenía restricciones de ingresos, y el cómo limitar las contribuciones era una seria preocupación. No obstante, en sociedades en las cuales mucha gente no tenía seguro, esta población ofrecía una corriente de ingresos relativamente seguros para pagar la asistencia de salud. Era enteramente razonable, entonces, para algunos médicos optar a atender esta población a través de la contratación selectiva por salarios más que por cobros-por-servicio, y era enteramente razonable además que la población de este fondo de enfermedades, restringida en ingresos, aceptara esa limitación que facilita el control de costos y garantiza la asistencia. El fomento de la contratación selectiva en los planes de seguridad social de Latinoamérica puede o no tener sentido para el sistema de salud como un todo, pero es posible imaginar por qué podría ser utilizado por los administradores de los sistemas de seguridad social.

En la práctica, dentro de los sistemas de seguridad social de Latinoamérica se tiende a levantar obstáculos a la contratación selectiva. Lo mismo ocurre respecto a la oferta hospitalaria. ¿Se debería dar rienda suelta a los empresarios para invertir? Antes de que se creara la cobertura universal en Europa y los Estados Unidos, era común en los hospitales entregar una cierta cantidad de "asistencia gratuita" con cargo público. La cuestión no es si la inversión privada es buena o mala, sino bajo qué condiciones los gobiernos pueden forzar los mecanismos que distribuyen servicios a los pacientes públicos a fin de hacer de la inversión un buen negocio tanto para el inversionista privado como para el público. Existen muchas razones para pensar que, permitiendo tales inversiones, se desviarían fondos necesarios de operación pública, y que los gobiernos podrían fallar en la adaptación de las instituciones del sector privado a los límites de la capacidad pública.

En resumen, la experiencia de las naciones ricas, especialmente los Estados Unidos y Canadá, muestra que es muy difícil justificar muchas de las "reformas de mercado" en el financiamiento de la asistencia de salud para Latinoamérica.⁴⁵ Ningún hacedor de política latinoamericano debería seguir tales reformas por el solo motivo de que representan una innovación exitosa en Norteamérica. Pero la evidencia de este trabajo no puede descartar esas opciones, simplemente porque ellas pueden ser más apropiadas en naciones donde la agenda práctica gire en torno a qué clases de desigualdades básicas hay que aceptar.

Este informe argumenta que los métodos distintivos de financiamiento de la asistencia de salud y la organización estadounidense, son claramente inferiores para los propósitos de una cobertura universal a un costo razonable. Los Estados Unidos no entregan evidencia de cómo balancear las fuerzas del mercado con solidaridad. En la práctica, la competencia estadounidense es principalmente una forma de reducir la solidaridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, Arthur (1996), "As they lay dying", *Washington Post*, 17 de noviembre, pp. 13 a 17, 28 a 32.
- Barer, Morris L., Jonathan Lomas y Claudia Sanmartin (1996), "Reminding our P's and Q's: medical cost controls in Canada", *Health Affairs*, verano boreal.
- Barer, Morris L. (1993), "Hospital Financing in Canada", documento de debate, Universidad de British Columbia, Centro de Investigación de Políticas y Servicios de Salud, abril.
- Canadá, Oficina General de Contabilidad Gubernamental (1991), "Canadian Health Insurance: Lessons for the United States" (GAO-HRD-91-90), junio.
- CCHSE (Canadian College of Health Service Executive) (1995), "Special Report: External Environmental Analysis and Health Reform Update", Ottawa, verano boreal.
- Drew, Elizabeth (1996), *Showdown: The Struggle Between the Gingrich Congress and the Clinton White House*, Nueva York, Touchstone Books.

45. Las excepciones se describen mejor en Saltman (1995); Jerome-Forget, White y Wiener (1995). Como lo sugiere el caso británico aquí mencionado, las reformas de mercado internas aplicadas a un sistema de provisión directa de los servicios, y en tanto se opongan a la "marquetización" del seguro, tienen sus méritos.

- EBRI (Employee Benefit Research Institute) (1996), "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 1995 Current Population Survey", *EBRI*, N° 170, febrero.
- Ellwood, Paul M., Alain C. Enthoven y Lynn Etheredge (1992), "The Jackson-Hole initiatives for a twenty-first century American Health Care System", *Health Economics*.
- Enthoven, A. y R. Kronick (1989), *New England Journal of Medicine*, 5 y 12 de enero.
- Enthoven, Alain C. (1993), "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, N° 12 (suplemento).
- Evans, Robert G. (1995), "Managing health reform in Canada", *Health Care Reform Through Internal Markets: Experience and Proposals*, Monique Jerome-Forget, Joseph White y Joshua Wiener, Montreal, Institute for Research on Public Policy and Brookings.
- Evans, Robert G., Morris L. Barer y Clyde Hertzman (1991), "The 20-year experiment: accounting for, explaining, and evaluating health care cost containment in Canada and the United States", *Annual Review Public Health*, N° 12.
- Evans, Robert y otros (1989), "Controlling health expenditures: the Canadian reality", *New England Journal of Medicine*, 2 de marzo.
- Fuchs, Víctor R. y James S. Hann (1990), "How does Canada do it? A comparison of expenditures for physicians' services in the United States and Canada", *New England Journal of Medicine*, 27 de septiembre.
- Ginsburg, Paul B. (1996), "Introduction and overview", *Health Affairs*, invierno boreal.
- Ginsburg, Paul B. y Jeremy D. Pickreign (1996), "Tracking health care costs", *Health Affairs*, invierno boreal.
- Govindaraj, Ramesh, Christopher J.L. Murray y Gnanaraj Chellaraj (1995), "Health Expenditures in Latin America", documento técnico del Banco Mundial, N° 274.
- Gruber, Jonathan (1992), "The effect of price shopping on medical markets: hospital responses to PPOs in California", *National Bureau of Economic Research*, documento de trabajo, N° 4190, Cambridge, Massachusetts, NBER.
- Hadley, Jack, Earl P. Steinberg y Judith Feder (1991), "Comparison of uninsured and privately insured hospital patients", *Journal of the American Medical Association*, 16 de enero.
- Hirshman, Albert (1970), *Exit Voice and Loyalty: Responses to Decline in firms. Organizations and States*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Jerome-Forget, Monique, Joseph White y Joshua Wiener (1995), *Health Care Reform Through Internal Markets: Experience and Proposals*, Montreal, Institute for Research on Public Policy and Brookings.

- Johnson, Haynes y David S. Broder (1996), *The System: The American Way of Politics at the Breaking Point*, Boston, Little, Brown.
- Jones, Stanley (1990), "Multiple choice health insurance: the lessons and challenge to private insurers", *Inquiry*, N° 27.
- Katz, S., S. Zuckerman y W. Welch (1992), "Comparing physician fee schedules in Canada and the United States", *Health Care Financing Review*, invierno boreal.
- Kilborn, Peter T. (1996), "Feeling devalued by change, doctors seek union banner", *The New York Times*, 30 de mayo.
- Levit, Katharine R., Helen C. Lazenby y Lekha Sivarajan (1996), "Health care spending in 1994: slowest in decades", *Health Affairs*, verano boreal.
- Lipson, Debra J. y Jeanne M. De Sa (1996), "Impact of purchasing strategies on local health care systems", *Temas de salud*, verano boreal.
- Maraniss, David y Michael Weisskopf (1996), *'Tell Newt to Shut Up'*, Nueva York, Touchstone Books.
- Miller, R.H. y H.S. Luft (1994), "Managed care plans: characteristics, growth and premium performance", *Annual Review of Public Health*, N° 15.
- New England Journal of Medicine* (1989), "A consumer choice plan for the 1990's", 5 y 12 de enero.
- Oberlander, Jon (1996), "Managed Care and Medicare Reform", documento preparado para la conferencia sobre la salud en el próximo siglo: mercados, Estados y comunidades", auspiciada por el Journal of Health Politics, Policy and Law, Durham, North Carolina, 3 a 4 de mayo.
- Oficina de Presupuesto del Congreso (1993), "H.R. 1200, American Health Security Act of 1993", carta de 16 de diciembre.
- Olson, Mancur (1965), *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- OMS/PAHO (Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana), *Health Conditions in the Americas*, Washington, D.C.
- Pretzer, Michael (1996), "Medicine's most elusive goal", *Medical Economics*, 9 de diciembre.
- Redelmeier, Donald A. y Víctor A. Fuchs (1993), "Hospital expenditures in the United States and Canada", *New England Journal of Medicine*, 18 de marzo.
- Rich, Spencer (1993), "Cutting waste: no cure-all for health care", *Washington Post*, 4 de mayo.
- Rosenthal, Marilyn M. (1992), "Systems, strategies, and some patient encounters: a discussion of twelve countries", Marilyn M. Rosenthal y Marcel Frenkel (eds.), *Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press.
- Saltman, Richard B. (1995), "The role of competitive incentives in recent reforms of Northern European health systems", *Health Care Reform Through Internal Markets: Experience and Proposals*, Monique Jerome-Forget, Joseph White y

- Joshua Wiener, Montreal, Institute for Research on Public Policy and Brookings.
- Saltman, Richard B. y Casten von Otter (1995), *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*, Filadelfia, Open University Press.
- Skidmore, Dave (1996), "Understanding the Kassebaum-Kennedy Health Coverage Bill", *The Washington Post*, 19 de agosto.
- Skocpol, Theda (1996), *Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in U.S. Politics*, Nueva York, W.W. Norton.
- Starr, Paul y Walter Zelman (1993), "A bridge to compromise: competition under a budget", *Health Affairs*, s. N° 12 (suplemento).
- Stoddard, Jeffrey J., Robert F. St. Peter y Paul W. Newacheck (1994), "Health insurance status and ambulatory care for children", *New England Journal of Medicine*, 19 de mayo.
- Thorpe, Kenneth E. (1997), "Changes in the Growth in Health Care Spending: Implications for Consumers", informe final preparado para la Coalición Nacional de la Asistencia Sanitaria, abril.
- Tuohy, Carolyn (1997), "Health Care Reform, Health Care Policy: Canada in Comparative Perspective", Cuarta Conferencia Nacional, 16 a 18 de mayo, Ottawa, Salud Canada.
- (sin fecha), "Health Reform, Health Policy - Towards 2000".
- Universidad de McMaster, Centro para el Análisis de la Economía de la Salud y Política (1992), "The Price of Peace: The Structure and Process of Physician Fee Negotiations in Canada" Documento de trabajo, N°s 92-17, Hamilton, Ontario, agosto.
- Welch, W. Pete, S. Katz y Stephan Zuckerman (1993), "Physician fee levels: Medicare versus Canada", *Health Care Financing Review*, primavera boreal.
- Welch, W. Pete y otros (1996), "A detailed comparison of physician services for the elderly in the United States and Canada", *Journal of the American Medical Association*, 8 de mayo.
- Werber Serafini, Marilyn (1996), "Reigning in the HMOs", *National Journal*, 26 de octubre.
- White, Joseph (1995a), *Competing Solutions: American Health Care Proposals and International Experience*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- (1995b), "Medical savings accounts: fact vs. fiction", *Brookings Institution Working Paper*, junio.
- (1994a), "Paying the right price", *The Brookings Review*, primavera boreal.
- (1994b), "Markets, budgets, and health care cost control", *Health Affairs*.
- Winslow, Rob (1996), "Doctors' average pay fell 4% in 1994 with drop attributed to managed care", *Wall Street Journal*, 3 de septiembre.
- Zwanziger, Jack y Glenn Melnick (1996), "Can managed case plans control health care costs?", *Health Affairs*, verano boreal.

