

Análisis de las principales estrategias de racionalización de los recursos sanitarios en las reformas sanitarias actuales*

María del Pilar Guzmán Urrea**

Fecha de recepción: 18-07-07 Fecha de aceptación: 22-10-07

Resumen

El denominador común en la mayoría de las reformas sanitarias llevadas a cabo desde los años noventa es la búsqueda de mecanismos para hacer frente a la escasez de recursos, el logro de una financiación equitativa y sostenible, la meta de una producción sanitaria más eficiente y la distribución de recursos de manera efectiva en los sistemas sanitarios, aspectos que constituyen nuevos desafíos de las políticas sanitarias actuales.

En este artículo se analizarán los fundamentos teóricos de dichos mecanismos y los dilemas éticos que la racionalización genera en el sector de la salud, especialmente en lo relacionado con los costos compartidos, los criterios para establecer a qué y a quiénes darle prioridad, la definición del papel de los expertos y de la comunidad en este proceso de determinación de prioridades y las tensiones que se pueden presentar cuando se intenta balancear las metas de equidad, eficiencia y financiación sostenible de los servicios de salud.

Palabras clave: prioridades en salud, asignación de recursos, equidad en salud, salud pública, política de salud, sistemas de salud.

* Artículo de reflexión, realizado con el apoyo de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque.

** María del Pilar Guzmán Urrea. Docente-investigadora del Departamento de Humanidades de la Universidad El Bosque. Correo electrónico: mapiguzman@tutopia.com



Abstract

The common factors in most of the health care reforms held from the nineties are the searching of mechanisms to face the scare of resources, the achievement of an equitable and sustainable financing, the goal of a more efficient sanitary production and an effective way for distribution of resources in the sanitary systems. All those factors constitute news challenges for the actual sanitary policies.

Theoretical foundations of the main sanitary resources rationalization strategies and the ethical dilemmas that they cause in health sector will be analyzed here, especially the establishment of share costs, definition of what to give priority in the selection for clinical or public health interventions, the role of experts and community in the process of priority definitions and the tensions when trying to balance the targets to equity, efficiency and economical sustainability of the health services.

Key words: Health Priorities, Resource Allocation, Equity in Health, Public Health, Health Policy, Health Systems.

Introducción

Desde finales de los años ochenta y principios de los noventa en la mayoría de los países occidentales se viene experimentando una serie de transformaciones en los diversos tipos de sistemas sanitarios, con miras a reducir los gastos en este sector y a mejorar la eficiencia en la provisión de sus servicios. Para enfrentar la escasez de recursos y contener los crecientes costos sanitarios, en el debate actual surgen dos tendencias,, a menudo complementarias: por un lado, se plantea que para dar respuesta a las necesidades sanitarias se puede proceder aumentando la financiación de este sector a través del traslado de recursos de otros sectores al sanitario, incrementando las partidas de acuerdo con el crecimiento del PIB, o haciendo uso de las comparaciones internacionales, para ver el nivel de recursos que otros países económicamente similares dedican a la asistencia sanitaria. Por otro lado, los países pueden controlar el gasto sanitario mediante estrategias de reforma que influyan tanto sobre la demanda como sobre la oferta de servicios. Las que inciden del lado de la demanda incluyen: acuerdos

de costos compartidos con los pacientes, establecimiento de prioridades para racionalizar el acceso a los servicios, incentivos para estimular el gasto privado en salud (como por ejemplo, la disminución del impuesto a la renta para aquellos que usen los servicios privados), conceder el derecho de buscar opciones externas a los sistemas colectivamente financiados (sistema oficial) y sacar servicios del paquete asistencial público.

Los costos también pueden ser controlados con la intervención en la oferta de los servicios de salud. Un amplio rango de estrategias de las reformas actuales puede ser incluido en esta categoría; este rango abarca la introducción de la competencia entre proveedores públicos, la fijación de topes cerrados al gasto de los proveedores o establecimiento de presupuestos globales, la reducción de la oferta de médicos y de camas hospitalarias, el control de costos del recurso humano (a través de la disminución de los salarios o el cambio en los métodos de remuneración profesional), la introducción de patrones de prestación más efectivos, tales como: control de costos de los productos farmacéuticos, regulación del uso de las tecnologías biomédicas, auditorías en el



uso de los recursos que los médicos autorizan, protocolos y guías diagnósticas en las cuales se especifican los procedimientos, exploraciones y pruebas clínicas para cada patología, etc.

En este artículo se explicarán las estrategias relacionadas con la demanda y la oferta, a partir de la idea de que el nivel apropiado de financiamiento, asignación y distribución de los recursos sanitarios no es un problema cuya respuesta se base en fórmulas técnicas precisas, sino que depende del valor que se le conceda a la salud y a la asistencia sanitaria, tanto en sí misma como en relación con otras áreas del gasto público.

1. Estrategias para hacer frente a la escasez de recursos

Dos de los mecanismos más generalizados para enfrentar el problema de la escasez de recursos son la coparticipación financiera del usuario y el establecimiento de diferentes prioridades en la atención sanitaria.

La idea de compartir costos hace referencia a cualquier pago directo que los usuarios de los servicios hacen a los proveedores; a esta estrategia se le atribuyen funciones tanto distributivas como financieras. En lo que concierne a la distribución de recursos, la introducción de los costos compartidos busca que el consumidor elimine la utilización innecesaria de los servicios o de la cantidad solicitada. En cuanto a los aspectos financieros, estos mecanismos han sido introducidos con la perspectiva de diversificar las fuentes de ingresos y la disminución del gasto público sanitario a través del aumento del gasto privado individual. Los principales mecanismos para compartir costos con el paciente son las cuotas moderadoras (cantidad fija que el beneficiario deberá pagar por cada servicio utilizado) y los copagos (porcentaje del cargo total por un servicio que el beneficiario debe pagar).

A estos mecanismos se asocian otras formas a través de las cuales se busca que los usuarios saquen dinero de su propio bolsillo para pagarle a los proveedores. Entre estas están las exclusiones de la cobertura (servicios que no están cubiertos en el paquete básico de prestaciones), la facturación extra (recargos efectuados por el proveedor que están por encima de los niveles máximos establecidos por las aseguradoras) y los precios de referencia farmacéuticos (lista de precios de fármacos que la aseguradora establece).

El fundamento conceptual de esta estrategia de compartir costos se basa en el planteamiento de la teoría neoclásica según el cual cuando los servicios son sufragados en su totalidad por los seguros, la demanda de asistencia excede los niveles socialmente deseables. El término “demanda excesiva” en sentido económico significa una utilización con un costo marginal mayor al beneficio social marginal derivado de consumirlo; en otras palabras, los recursos utilizados para prestar la unidad adicional de servicio (como, por ejemplo una visita al médico) podrían haber rendido un mayor beneficio a la sociedad de haberseles utilizado para otro propósito. Desde esta perspectiva, se establece un nivel de consumo socialmente óptimo, en el cual el costo marginal de producir los servicios se iguala al beneficio marginal de consumirlos; esta demanda excesiva en los servicios sanitarios o “sobreconsumo” en el caso de los seguros privados de salud es lo que se conoce como “riesgo moral”.

El problema de esta argumentación está en que no tiene en cuenta la asimetría de la información en el mercado sanitario que hace a los pacientes o consumidores dependan de sus agentes proveedores en cuanto a la información que afecta su demanda de servicios. Además, la incorporación de mecanismos para compartir costos con los usuarios puede encontrar límites de carácter distributivo, pues su introducción puede resultar



regresiva en términos de la renta de grupos particulares, generando un “subconsumo” por parte de los grupos que más necesitan de la atención sanitaria y contradiciendo los principios de justicia social contenidos en la universalización y en el libre acceso a los servicios. Según la OMS [1: 113]:

El uso del copago tiene el efecto de racionar el uso de una intervención determinada, pero no racionaliza su demanda por los consumidores. Cuando la gente, en especial los pobres, tienen que hacer copagos, reducen la cantidad de servicios solicitados (hasta llegar al extremo de no solicitar ningún servicio); pero no se vuelven necesariamente más racionales para distinguir cuándo pedir servicios o qué servicios pueden pedir. En consecuencia si los cargos al usuario se aplican indiscriminadamente, también se reducirá la demanda indiscriminadamente, lo que perjudicará a los pobres en particular.

Tal como se plantea en este informe, los servicios gratuitos no se traducen automáticamente en “sobre-utilización” injustificada de los servicios, pues hay que tener en cuenta que: “Los servicios que no implican un costo directo en realidad no son forzosamente gratuitos ni asequibles, en particular para los pobres, debido a los otros costos asociados en la procura de atención de salud, tales como: el costo de los medicamentos, los pagos bajo cuerda, el transporte y las horas de trabajo perdidas” [1: 113-114].

Efectivamente, el potencial para desplazar la carga financiera hacia los individuos puede afectar de manera notoria a los hogares de más bajos ingresos y esto también causa inequidad en el consumo de los servicios sanitarios al reducir el uso de los mismos (especialmente en las personas con enfermedades crónicas o de alto costo) y al aplazar la búsqueda de tratamiento, lo cual puede empeorar el estado de salud de los enfermos.

Respecto de los efectos de la estrategia de compartir costos, sobre la disminución del gasto sanitario total, las evidencias sugieren que no hay un impacto importante en dicha disminución y que las medidas relacionadas con la oferta tienen una mayor repercusión en ese rubro. Según Rasell [2: 1165] el caso de Estados Unidos lo ilustra muy bien, allí, según las estadísticas hay tasas inferiores de contacto con los médicos, cifras más bajas de días-cama per cápita de la población, tiene los desembolsos derivados de compartir costos con el usuario más altos; pero, a su vez, tiene los costos en relación con su PIB más altos (comparado con otros países como Alemania, Canadá, Francia, Japón y el Reino Unido). Por el contrario, en estos otros países en donde los costos compartidos son más bajos y las tasas de utilización más altas, los costos globales son inferiores. En otras palabras, compartir costos reduce la utilización desencadenada por el consumidor, pero dichas reducciones carecen de efectividad a la hora de contener los costos.

Además, compartir costos como estrategia para disminuir la demanda sólo funciona en el primer contacto que el paciente tiene con los servicios sanitarios, pues luego (en los servicios de derivación o de especialistas) el que determina su utilización es el médico, quien podrá aumentar el uso de los servicios diagnósticos y terapéuticos, ante la reducción de la utilización iniciada por el consumidor, con el fin de mantener sus ingresos, especialmente en sistemas en los cuales se les paga por servicio prestado.

1.1. El establecimiento de prioridades en la atención sanitaria

El establecimiento de prioridades en la asistencia sanitaria, particularmente en las circunstancias en las cuales la demanda asistencial excede los recursos disponibles,

involucra los procesos de macro-asignación y micro-asignación de los recursos sanitarios. La macro-asignación de recursos hace referencia a los recursos que desde el Estado se asignarán al sector de la salud y que compiten con las demandas de otros sectores y las decisiones en la asignación del presupuesto entre diversas áreas geográficas y entre los diferentes servicios asistenciales y de prevención o promoción de la salud. La micro-asignación de recursos se refiere a la forma como se definirá a quién atender, de qué, cuándo y durante cuánto tiempo.

Teniendo en cuenta que en dichos procesos se está determinando el tipo de servicios a los cuales tendrán acceso los ciudadanos y el tipo de pacientes que clasificarán para acceder a esos servicios, el debate actual en torno a este tema se ha vuelto más significativo, especialmente por la disminución del gasto público registrada en la mayoría de los sistemas sanitarios de los países occidentales, por efecto de la crisis misma del Estado del Bienestar.

Dos de los aspectos más discutidos en el proceso de toma de decisiones para establecer prioridades son: por un lado, definir cómo se decide, es decir el tipo de metodología que se usará para determinar el esquema de prioridades que sea socialmente válido, la cual está determinada por la teoría de la justicia de la que se parta para delimitar los principios que deben regular la distribución de los recursos sanitarios y los criterios que permitan evaluar a qué darle prioridad y a quiénes. Por otro lado, definir quién decide, para poder delimitar el papel de los expertos en este proceso y el grado de participación de la población en las decisiones sobre qué escoger. La problemática en torno a la forma como se resuelven estas preguntas se tratará en seguida.

a) *Las teorías de justicia y la definición de prioridades*

La determinación de los alcances y los límites de lo que en justicia es exigible depende de la forma como se define y especifica el derecho a la atención sanitaria y el establecimiento de criterios para la distribución de los recursos sanitarios. Dicho derecho, según se verá a continuación, toma varios significados¹ en esta discusión.

Desde la perspectiva libertaria, se concibe como un derecho negativo en tanto las personas tienen la libertad para elegir lo que quieren y pueden comprar en el mercado de la atención sanitaria y no es el Estado el que debe velar por garantizarlo y promoverlo. Dicho derecho está regido por el principio de justicia conmutativa (cada uno recibe según sus aportes), con lo cual se legitima la segmentación de la atención sanitaria y la caridad como forma de atender los problemas de salud de la población.

La teoría de la justicia de los igualitaristas liberales considera la necesidad de que las instituciones sociales contrarresten la ausencia de oportunidades causada por el hecho de enfermar, ya que la discapacidad o la enfermedad crean profundas desventajas para las personas que las padecen y reducen su capacidad de vivir adecuadamente. La igualdad de acceso al sistema sanitario será la premisa para lograr un sistema sanitario justo; en algunas versiones de esta misma corriente se entiende como la igualdad de acceso por igual necesidad [4] en otras versiones como igualdad de uso [5] intentando superar los factores como la dificultad de tener información sobre la atención sanitaria, las barreras sociológicas y culturales, la ubicación geográfica, etc. que pueden impedir el verdadero uso de los servicios sanitarios.

En este mismo marco del igualitarismo, algunas versiones condicionan el derecho a

¹ Para una explicación más detallada de las teorías de justicia y su significado en el ámbito sanitario ver Guzmán [3].



la atención sanitaria a la responsabilidad individual en el origen de las enfermedades [6], es decir, reconociendo las compensaciones que el sistema sanitario debe proporcionar a los individuos pero únicamente por los riesgos inesperados y no por aquellos que se corren a causa de las opciones en el estilo de vida. Las dificultades de este enfoque están relacionadas con la forma de determinar con razonable certeza los comportamientos individuales que dan origen a las enfermedades y separarlos de los factores sociales o hereditarios de los que no son responsables los individuos.

Otra importante versión del igualitarismo la proporciona la teoría de Amartya Sen [7], especialmente porque su enfoque centrado en las capacidades permite aquilatar las dificultades que tienen algunas personas para convertir recursos en bienestar, puesto que indaga en qué y por qué una persona no ha logrado lo mismo que otra, o lo que en la sociedad se considera como normal. Así, a la hora de distribuir recursos y de establecer prioridades, las dificultades que las personas tienen para acceder a los servicios sanitarios, tales como la edad, el nivel de estudios, la posición geográfica, las barreras socio-culturales, etc. se consideran muy importantes para evaluar el acceso efectivo a la atención sanitaria (igualdad de uso y no solo igualdad de acceso). Además, se plantea que la salud es esencial para el bienestar de las personas y que las libertades y posibilidades que cada uno es capaz de ejercer dependen de sus logros en salud; de este modo la salud y la supervivencia son fundamentales para entender no solo la calidad de vida, sino también para que cada quien ejerza sus libertades. Desde esta perspectiva a la equidad en salud se le reconoce su carácter multidimensional, pues va más allá de las demandas relacionadas con la prestación y la distribución en la atención sanitaria e incluye influencias muy distintas relacionadas con las predisposiciones gené-

licas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida, así como el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo [7: 304]. La equidad en salud también necesita que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, teniendo en cuenta la forma como fluyen los recursos y las diferencias en los alcances y el impacto de los diferentes “acuerdos sociales”.

Desde la teoría utilitarista el derecho a la atención sanitaria define el valor de las políticas sanitarias y de las intervenciones clínicas, exclusivamente en términos de las consecuencias medibles o de sus “resultados”. Desde esta perspectiva, la justicia distributiva en la atención sanitaria siempre debe regirse por la relación costo-beneficio, de tal modo que nunca haya obligación de hacer en justicia algo que no sea económicamente óptimo. Los dos criterios más empleados actualmente para medir la maximización de los recursos sanitarios son el QALY (años de vida ajustados con calidad) y el DALY (años de vida ajustados en función de la discapacidad). A estos indicadores se les cuestiona, principalmente, la discriminación que realizan por razones ajenas a la voluntad de los individuos como edad, raza, sexo, condición económica, social o cultural, e incluso el tipo de enfermedad, ya que se preocupan fundamentalmente por cuantificar globalmente los años de vida ajustados con calidad para maximizar las unidades de salud o disminuir la carga global de enfermedad y no por las personas y sus necesidades individuales [8: 137- 143, 9: 223-224].

Las teorías comunitaristas como la de Michael Walzer [10] hacen un aporte muy interesante a la discusión de la justicia distributiva en el ámbito de la sanidad, pues consideran que cada bien o cada conjunto de bienes constituye una esfera de distribución y cada una de estas esferas tiene unos



criterios y pautas apropiados. Esto implica, por un lado, reflexionar sobre el “significado social de la atención sanitaria”, el cual está culturalmente inscrito y por lo tanto es dinámico y sometido a constante interpretación; por otro lado, aceptar que no hay ningún principio único de justicia distributiva que gobierne todos los bienes sociales, sino que más bien existe una serie de principios construidos que constituyen diferentes “esferas de la justicia”.

El problema surge cuando se intentan aplicar los criterios de una esfera a otra o cuando aparece un bien que sea “predominante” o que “tiranice” a los demás, menospreciando la especificidad de los principios inherentes a cada esfera de distribución [10: 23]. Desde la perspectiva de Walzer la forma de alcanzar la justicia es vigilar continuamente las barreras que separan los bienes, evitando que se intercambien bienes que tienen distintos significados y por consiguiente distintos principios de distribución justa. De esta manera, la preocupación porque las personas enfermas reciban atención, por el riesgo financiero que se puede generar al enfermar o por la doble vulnerabilidad en la que se encuentran las personas enfermas y pobres es fundamental a la hora de definir los criterios de distribución en la esfera de la atención sanitaria, aunque no funcione lo mismo para la esfera del mercado.

En este sentido, es importante aclarar que si bien es importante redefinir qué es lo que se espera de un sistema sanitario y reinterpretar el significado del derecho a la asistencia sanitaria, con el fin de afrontar el problema de los recursos escasos y el hecho ineludible de establecer prioridades, la atención sanitaria tiene un carácter cualitativamente diferente a cualquier mercancía, pues debe estar al servicio de la dignidad humana y sus criterios de distribución deben estar por encima del afán de lucro.

b) El proceso de definición de prioridades: ¿quién decide?

Otro de los aspectos importantes que debe tenerse en cuenta en esta discusión es el de quién toma las decisiones en el proceso de establecimiento de prioridades. Los defensores de las medidas que se apoyan en el juicio de los expertos (QALY, DALY) argumentan que éstos respetan la soberanía de los consumidores y derivan valores de las experiencias expresadas por los mismos (que de manera explícita o implícita se reflejan en las encuestas); por lo tanto, los costos, los riesgos y los beneficios son evaluados en relación con los valores de la población; además, sostienen que esos métodos posibilitan que los gobiernos puedan regular los riesgos y distribuir efectivamente los recursos sobre bases más sistemáticas y técnicas.

Sin embargo, es importante anotar que todas las técnicas analíticas para establecer prioridades son útiles, siempre y cuando reconozcan sus términos y sus límites, sobre todo los fijados por el respeto a la autonomía y la justicia, pues hay que tener en cuenta no sólo los costos económicos, sino también los costos sociales en este proceso de toma de decisiones. Dicho proceso se plantea en cada país de manera particular, de acuerdo con sus necesidades sanitarias, sus niveles de gasto y las expectativas de la sociedad; por ello debe ser en cada contexto social donde se propongan las soluciones a este problema del establecimiento de prioridades en la atención sanitaria.

Es necesario reconocer los juicios de valor que impregnan todo el proceso de identificación y estimación de los riesgos y considerar también los métodos que incorporan la participación de la comunidad en su análisis, para así dar cuenta de los principios que la sociedad en su conjunto valora en un sistema sanitario, ya que puede haber otras



interpretaciones de la beneficencia u otros principios morales que lleguen a conclusiones diferentes a las de los expertos.

El problema principal de estas técnicas analíticas es que tienden a otorgar una excesiva importancia a los valores cuantificables, mientras los aspectos no cuantificables son poco valorados (como el alivio del dolor y el sufrimiento, o el significado simbólico que las acciones y las políticas tienen para la población; por ejemplo, los casos de salvar vidas identificadas o llegar a una muerte digna). Además, hay una gran preocupación por la posibilidad de que los cálculos a gran escala en la planificación política y social olviden el principio de inviolabilidad individual, más aún cuando el lenguaje económico está transformando los principios morales que tradicionalmente han predominado en la relación médico-paciente.

Teniendo en cuenta que en muchos casos las decisiones sobre el establecimiento de prioridades conllevan elecciones trágicas, sobre las cuales la sociedad tendrá que definir sus límites morales, estas decisiones deben responder a deliberaciones democráticamente informadas, en las cuales participen todos los actores involucrados. Los debates públicos en torno a estos temas son muy importantes, ya que la “condición pública” tal como es concebida por Rawls [11] está en el centro de la concepción de justicia.

2. El logro de una financiación equitativa y sostenible

La necesidad de encontrar un balance entre la equidad, el acceso universal y la financiación sostenible de los servicios de salud constituye un gran desafío en la década de los noventa, especialmente en los países en los cuales se ha buscado experimentar con la aplicación de incentivos de mercado en sus

sistemas sanitarios a través de la competencia entre aseguradoras y la introducción de la libre elección por parte de los usuarios; ello ha generado el gran interrogante de si es posible basar el financiamiento sanitario en la competencia y al mismo tiempo mantener un alto nivel de solidaridad social. La solidaridad en un sistema sanitario está determinada por su carácter mancomunado, es decir, por la posibilidad de que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros de una sociedad y no lo corra cada uno de manera individual. Obviamente, un sistema de salud en el que los individuos tienen que pagar de su propio bolsillo una parte sustancial del costo de los servicios en el momento de buscar tratamiento hará que el acceso se restrinja a quienes puedan pagarlo y probablemente excluirá a los miembros más pobres de la sociedad y a las personas con un alto riesgo de tener que solicitar los servicios médicos, tales como los ancianos y los pacientes con enfermedades de alto costo o enfermedades crónicas.

Según Wagstaff y Van Doorslaer [12: 44-45], los esquemas de financiación sanitaria realizada a través de los impuestos y sin competencia del mercado son los más progresivos desde el punto de vista de la solidaridad (aunque es importante examinar si los impuestos son de tipo directo o indirecto, pues si hay mayor énfasis en los impuestos indirectos el financiamiento de la atención sanitaria, puede llegar a ser regresivo). Los sistemas de seguro social subvencionados a través de recargos obligatorios a patrones, empleados, trabajadores autónomos y pensionados, en su mayoría financian la asistencia sanitaria de modo más regresivo, puesto que las normas que rigen la inclusión o exclusión del seguro dependen de la capacidad para cotizar, y serán más regresivo si los grupos de alta renta no son forzados a entrar en el sistema (o se les permite salir del sistema), puesto que de esta manera este se quedará sin sus aportes y será



menos viable financieramente. Los países con sistema privado de aseguramiento, como Suiza o Estados Unidos, donde la mayoría de la población no tiene cubrimiento a través de un seguro público, son aún más regresivos desde el punto de vista del financiamiento que los sistemas de seguridad social, pues los seguros privados ajustan sus primas de acuerdo con el riesgo, así las personas con menos ingresos y mayor riesgo de enfermar se ven más afectadas a la hora de financiar su salud.

No obstante, es importante aclarar que si bien en algunos sistemas de salud hay cierto tipo de financiación predominante, ningún sistema es “puro”, ya que en la práctica los que tienen financiación basada en impuestos también suelen incluir elementos de seguridad social y los basados en esto último muchas veces tienen un gran componente de financiación mediante impuestos. Además, casi todos incluyen financiación privada como las pólizas de seguro contratadas voluntariamente y los desembolsos directos o de bolsillo [13: 131].

En la actualidad, los sistemas de salud en todo el mundo intentan repartir el riesgo a través de los subsidios cruzados de los jóvenes y sanos a los ancianos y enfermos, de las personas con mayor capacidad de pago a las de menores ingresos, entre los miembros del mismo fondo común o bien por medio de subsidios gubernamentales otorgados a un sistema con uno o varios fondos comunes. Los subsidios cruzados pueden existir también entre miembros de fondos comunes diferentes, por medio de mecanismos explícitos de nivelación de riesgos y de ingresos, tales como los que se utilizan en Argentina, Colombia y los Países Bajos. Dichos mecanismos también se aplican cuando existen grandes diferencias en el riesgo y en los ingresos entre regiones de un mismo país [1: 115]. Estrategias como los mecanismos de ajuste del riesgo y la inscripción obligatoria

por parte de las aseguradoras para que no nieguen el acceso a ningún solicitante, surgen principalmente en los países en los cuales se han implementado políticas basadas en el modelo de “competencia administrada” para evitar la posible selección de riesgos en los pacientes y redistribuir los ingresos de los sistemas de seguro entre las aseguradoras competidoras. El objetivo es que ni la renta, el sexo o la edad del asegurado, ni su número de hijos, tengan impacto alguno sobre la capacidad de los fondos de competir con los demás, pues en el libre juego de las fuerzas del mercado, las compañías aseguradoras intentan identificar a las personas con menos riesgos de enfermar, para así ofrecer primas más bajas y no correr el riesgo de ser expulsadas del mercado.

A pesar de las limitaciones impuestas a las compañías aseguradoras para evitar la selección de riesgos, ellas, haciendo uso de las libertades que otorga la competencia, desarrollan estrategias de *marketing* y negociaciones con los proveedores para captar el aseguramiento de las personas con menores riesgos de enfermar y mayores ingresos. Además, las barreras geográficas, socio-culturales y de la información con las que se enfrentan los pacientes son usadas por muchas de estas compañías para elegir a sus clientes, independientemente de que las legislaciones impidan negar el acceso a algún solicitante. Esto demuestra la tensión existente en los sistemas sanitarios que están haciendo uso de la competencia y los incentivos del mercado (en su financiamiento y en su provisión o incluso sólo en esta última) y el mantenimiento de la solidaridad y la equidad.

3. La meta de una producción sanitaria más eficiente

Las reformas sanitarias de los años noventa han puesto especial énfasis en mejorar la



eficiencia de las instituciones proveedoras de los servicios sanitarios, para lo cual se han desarrollado programas de calidad asistencial, se han introducido directrices clínicas y se ha aumentado la gestión descentralizada de los proveedores. Estas estrategias que han llevado a la reestructuración de los hospitales y la reivindicación de los programas de atención primaria. Dichas estrategias serán analizadas brevemente a continuación.

3.1. La búsqueda de mejoras en la calidad asistencial

La calidad en la asistencia sanitaria involucra diversas dimensiones relacionadas con la asistencia efectiva y apropiada (capacidad de la ciencia y la tecnología de la atención médica para lograr mejoras en la salud, cuando es utilizada bajo las circunstancias más favorables), la eficiencia en el uso de los recursos (capacidad de disminuir costos sin disminuir las mejoras obtenibles en salud), la satisfacción del paciente (conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes), la legitimidad (conformidad con las preferencias sociales expresadas en principios éticos, valores, normas, costumbre, leyes y regulaciones), la equidad (conformidad a un principio que determina lo que es justo y razonable en la distribución sanitaria y de sus beneficios sociales) y los resultados finales sobre la salud [14: 2-3]. Estas dimensiones están claramente interconectadas; así, por ejemplo, una asistencia apropiada y efectiva dará como resultado mayor satisfacción del paciente y mejores resultados de salud.

La calidad puede medirse y evaluarse a través de la conocida triada propuesta por Donabedian [15] en términos de estructura, proceso y resultado. La palabra “estructura” hace referencia a las condiciones bajo las cuales se provee la atención médica; estas incluyen: recursos materiales (instalaciones y

equipamiento), recursos humanos (número, variedad y calificación del personal profesional) y características de la organización (estructura del equipo médico, presencia de actividades de enseñanza e investigación, tipo de supervisión y formas de pago de la atención médica). El “proceso” tiene que ver con qué se le hace al paciente, cuál es el intervalo entre diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación, si se usa una medicación o unas intervenciones idóneas. El “resultado” es la medida que determina si el objetivo pretendido se alcanzó con el tratamiento; incluye los cambios en: el estado de salud, los conocimientos adquiridos por los pacientes o la familia que pueden influenciar la salud futura, las conductas de los pacientes o la familia que pueden influir en su salud futura y la satisfacción de los pacientes con la atención prestada.

Cualquier sistema sanitario que intente evaluar la calidad de sus servicios debe tener en cuenta estos tres elementos, pues generalmente se evalúan la estructura y el proceso, pero no los resultados. La dificultad existente para evaluar los resultados está en aclarar si un resultado deficiente se debió al tratamiento o no; por eso, generalmente se busca evaluar el proceso, sobre la base de que en investigaciones previas se ha establecido la correlación entre tratamientos y resultados.

Por ello, la llamada “medicina de los resultados” o la “medicina basada en la evidencia”, pretende una revisión sistemática de las evidencias disponibles respecto del tratamiento de ciertas enfermedades, para establecer qué tratamientos funcionan y cuáles no, para qué personas funciona y en qué circunstancias; su objetivo fundamental es que se presten tratamientos más efectivos y eficientes. La principal característica de la medicina basada en la evidencia es la afirmación de que a pesar de las variaciones de los posibles trata-



mientos para una determinada enfermedad, relacionadas con el predominio de la misma en un determinado lugar, las preferencias terapéuticas establecidas culturalmente, los patrones estructurales y financieros de cada sistema sanitario y la incertidumbre clínica siempre existente en todos los tratamientos, se pueden establecer unos parámetros básicos que permiten definir la efectividad de los tratamientos según las evidencias arrojadas por las investigaciones [16: 15].

Sin embargo, como lo explica Donabedian [17] en los servicios médicos actuales existe una evidente incapacidad para percatarse de la relación entre el diseño del sistema, el desempeño de este y sus resultados; mientras esto ocurra será difícil identificar las causas del fracaso en la calidad en la atención sanitaria y llegar a acciones apropiadas que modifiquen la estructura y el proceso. Agrega, además, la importancia de la dimensión ética de los trabajadores de la salud para que se pueda hablar de una buena calidad en la atención sanitaria, la cual se ha visto seriamente afectada por la creciente comercialización de la atención médica.

En todo el proceso de garantía de la calidad de la asistencia médica es fundamental el papel de los médicos y en general de todos los profesionales sanitarios, pues deben ser ellos los responsables de identificar los criterios de calidad, establecer los estándares y llevar a cabo los cambios. Su participación activa permite que la evaluación de la calidad no se centre únicamente en la medición de la estructura, sino que también se tengan en cuenta el proceso y los resultados. Así, por ejemplo, los programas de acreditación de los hospitales, inicialmente desarrollados en Estados Unidos y extendidos a muchos países en las actuales reformas, evalúan fundamentalmente aspectos relacionados con las instalaciones, la calidad del personal, la tecnología usada y los estándares hotele-

ros; todo ello hace referencia únicamente a la estructura de la prestación, pero se deja de lado la evaluación de proceso y de sus resultados.

Una de las formas de vincular la evaluación de la tecnología y la garantía de calidad ha sido la elaboración de directrices clínicas. Estas se definen como “recomendaciones formuladas con el propósito de influenciar las decisiones acerca de las intervenciones sanitarias”, las cuales están elaboradas con base en los resultados de las investigaciones (medicina basada en la evidencia) y complementadas con la opinión de expertos, con la intención de definir la manera más adecuada de gestionar las patologías concretas. Desarrollan dichas directrices agencias del gobierno, organizaciones de médicos, compañías de seguros y otros; en algunos casos se aplican de manera obligatoria, ligadas a recompensas o penalizaciones financieras (medicina gestionada).

El problema de estas directrices es que si bien intentan reunir información sobre la calidad de la asistencia y las preferencias de los pacientes, casi nunca llegan a complementarlas y generalmente predomina el punto de vista de los expertos en detrimento de la participación de los pacientes y de las experiencias locales. Además, estas herramientas resultan limitadas cuando los padecimientos de los enfermos no se ajustan a la información previamente establecida (por ejemplo, cuando factores psicológicos o de salud mental alteran los síntomas clínicos propios de una enfermedad).

Por otro lado, los juicios sobre qué servicios incluir y cuáles excluir no sólo tienen un carácter científico, sino que también pueden estar influidos por intereses financieros; de esta manera, puede haber ciertos servicios que claramente son benéficos para los pacientes, pero son costosos, y otros que no producen



resultados óptimos para los pacientes, pero ahorran significativos recursos.

Ahora bien, aunque es fundamental reconocer la necesidad de armonizar el manejo clínico con los aspectos administrativos y financieros, no obstante es importante recalcar que se deben diferenciar bien los medios de los fines, ya que el mejoramiento en los niveles administrativo y financiero debe pensarse como un medio que tiene como fin principal el logro de la salud del paciente y no como un fin en sí mismo. Debe reconocerse que la búsqueda de la eficiencia puede ser un buen medio para el mejoramiento del control de costos y de la calidad de los servicios, pero el problema es que en las actuales reformas de salud se ha convertido en un fin en sí mismo, que incluso está por encima de otros valores fundamentales como la equidad.

3.2. El replanteamiento de las estructuras hospitalarias

La reestructuración que se está planteando en el interior de los hospitales tiene que ver con la percepción cada vez mayor de que hay alternativas asistenciales con mayor costo-efectividad que las hoy prestadas en estas instituciones. Sus transformaciones involucran nuevas tendencias en la provisión hospitalaria, como la generalización de los procesos de sustitución² en los patrones terapéuticos, procedimentales y organizativos, y nuevas estrategias de actuación clínica tales como: mejorar la adecuación de las admisiones, el uso de técnicas de acceso mínimo, acelerar la dada de alta de los pacientes y aplicar técnicas de revisión de

la utilización. Igualmente, en las reformas se vislumbran cambios importantes en la forma de reembolsar a los hospitales y nuevas políticas para financiarlos. Todas estas transformaciones implican un cambio en la visión del papel de la asistencia sanitaria, en su tamaño total y en sus relaciones con las demás modalidades asistenciales (atención primaria, comunitaria y domiciliaria), que son importantes de analizar.

Como Stoeckle [18: 13] lo señala, hay una reconsideración de la misión y de la organización de los hospitales, pues éstos están disminuyendo su tamaño y se busca una mayor integración con la atención básica comunitaria. Al mismo tiempo, la investigación académica ha estado generando un cuerpo de evidencia principalmente hacia dos observaciones generales: la primera, que un amplio rango de determinantes sociales como la pobreza, la dieta pobre, el ambiente contaminado, la falta de ejercicio, etc. contribuyen al origen de la enfermedad; la segunda, está relacionada con el interés en el aspecto preventivo de la política de salud, por la necesidad de contener costos.

Respecto de las nuevas tendencias de provisión hospitalaria, el desarrollo tecnológico y de los medicamentos, los cuales han permitido aplicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos en otros sitios y el estímulo a los programas de “autocuidado” y atención primaria en salud, han contribuido al surgimiento de los procesos de sustitución. El objetivo fundamental de estos procesos es conseguir mejores resultados en lo financiero, pero también en lo clínico, con los pacientes, a través de una reorganización de las intervenciones médicas, bien sea trasladando la asistencia del hospital a la asistencia domiciliaria (en tratamientos como trasfusiones sanguíneas, diálisis renal, fisioterapia, seguimiento a los embarazos de alto riesgo, programas de autocuidado) o desplazando actividades de los hospitales

² El término “sustitución” fue utilizado por primera vez en el Informe Dekker de 1998 en Holanda y puede ser definido como el continuo reagrupamiento de los recursos entre los distintos entornos asistenciales, para explotar las soluciones mejores y menos costosas ante las necesidades y las demandas cambiantes.

de alta complejidad a los de niveles menos complejos, como por ejemplo, los servicios de cardiología. Este tipo de sustitución se hace más frecuente conforme la tecnología gana en movilidad (caso de la electrocardiografía y las actividades de laboratorio portátil). La estrategia de la sustitución no sólo se da por el traslado de lugar y de tecnologías, sino por un cambio en la calificación del personal, por ejemplo, usar enfermeras de consulta en lugar de médicos generales o el asesoramiento por parte de los profesionales farmacéuticos sobre los fármacos seleccionados para su venta sin receta.

Otro cambio importante en la transformación de las instituciones hospitalarias ha sido la forma de pago a los hospitales. Con miras a mejorar los mecanismos de contención de costos, reforzar la calidad de los servicios y reducir las listas de espera, se ha introducido el sistema de pagos prospectivos globales. El rasgo más importante del sistema de pago prospectivo es que determina por adelantado, para un periodo definido, los límites del gasto. En los sistemas basados en impuestos este método se usaba sobre la base histórica de ajustes por los incremento de sueldos, precios y la calidad del servicio; sin embargo, con la introducción de mecanismos de mercado ahora se busca estimular la conducta eficiente por parte de los proveedores. En los sistemas de seguro social basados en contratos, por el contrario, se reembolsaba a los hospitales a un precio diario que cubría la totalidad de los gastos corrientes, lo cual incitaba a prolongar las estancias en el hospital con el objeto de aumentar los ingresos de los médicos. Ahora, como parte de las reformas sanitarias se ha generalizado la forma de “presupuesto prospectivo global ajustada por actividad”, cuyo objetivo principal es desplegar los recursos a aquellos hospitales que se considere que trabajan eficientemente [13: 253].

También se han introducido los llamados “grupos relacionados de diagnóstico”, con el propósito de aplicar una medida estandarizada, ajustando los pagos según la actividad hospitalaria. Estas listas de “grupos relacionados de diagnóstico” (su sigla en inglés es DRG) se usan para reemplazar los métodos de pago por acto y financiar los hospitales sobre la base de volumen y calidad de los servicios realmente prestados.

Cabe resaltar que, a pesar de los esfuerzos emprendidos para transformar de manera profunda la estructura actual de los hospitales a través de los mecanismos anteriormente nombrados, con mucha frecuencia muchos de los planteamientos realizados por los administradores o economistas de la salud no son discutidos con los directores de los centros hospitalarios, el personal sanitario en general y mucho menos con los usuarios de dichos centros; por ello, estos no colaboran de manera importante en los cambios planteados. Tampoco se ha debatido aún la utilidad de otros modelos de organización hospitalaria, que por ejemplo exploren los costos y beneficios de los métodos de curación de las medicinas alternativas, algunos de los cuales son más cercanos a los conocimientos y las culturas locales, y que podrían complementar los diagnósticos y tratamientos de la medicina institucional y facilitar una mejora en la relación médico-paciente.

3.3. La renovación del papel de la atención primaria en salud y de las políticas de salud pública

Según Dougherty [14: 210-211] en las actuales políticas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud se pueden distinguir dos enfoques, cuyos presupuestos teóricos y alcances prácticos son bastante diferentes:



a) *El enfoque que intenta articular el comportamiento individual al estatus de salud:* cuenta con una cantidad importante de información que intenta demostrar las relaciones entre las elecciones, los hábitos y los estilos de vida para prevenir las enfermedades, especialmente en lo relacionado con fumar, el consumo de alcohol, la vida sedentaria, la comida que se consume, la promiscuidad sexual, las consecuencias de no usar el cinturón de seguridad, etc. De acuerdo con esta perspectiva, los individuos están moralmente obligados a evitar o minimizar los daños a sí mismos y a otros, pues una pobre salud o una muerte prematura generalmente hacen daño a la familia, reducen la efectividad en el trabajo y en otras áreas de la contribución social e incrementan los costos de la atención sanitaria. Desde el punto de vista ético, se considera que las personas tienen dignidad (entre otras consideraciones), por su capacidad de tomar decisiones y ser responsables frente a las libres escogencias que realicen, es decir, por la autonomía y la autodeterminación de cada persona en la definición de su forma de vida [19].

Las razones que dan fuerza a este tipo de argumentación pueden ser muy importantes. ¿No debería ser una persona responsable de lo que le ocurre? ¿Por qué deberían asumir otros la responsabilidad de influir sobre su vida? ¿En quién confiar mejor que en nosotros mismos para velar por nuestros intereses y nuestros problemas? Analizando cuidadosamente las posibles respuestas a estas preguntas, todos estaríamos de acuerdo con la reivindicación que desde esta perspectiva se hace de la libertad que tenemos los seres humanos para definir nuestra forma de vida y para transformar nuestro entorno en aras de lograr nuestros ideales y objetivos, la cual lleva implícita una asociación entre el concepto de libertad y el de responsabilidad.

No obstante, el problema fundamental de este enfoque es que no concibe que la relación entre libertad y responsabilidad requiere de una doble vía: la libertad exige responsabilidad y viceversa. Sin la libertad fundamental y la capacidad para hacer una cosa, una persona no puede ser responsable de hacerla; pero el hecho de tener libertad y capacidad para hacer una cosa, impone a la persona la obligación de considerar si la hace o no, y eso implica una responsabilidad individual. En este sentido, la libertad es tanto necesaria como suficiente para asumir esa responsabilidad; pero es poco razonable y muy limitado confiar de manera exclusiva en la responsabilidad individual, sin tener en cuenta (como lo plantean los igualitaristas liberales) si existen y se disfrutan de manera real, de las libertades fundamentales para ejercer nuestras responsabilidades.

Parte del atractivo de identificar los comportamientos individuales como “la causa”, de las enfermedades, está en que no se cuestiona para nada el “statu quo”; por ello, es más fácil culpabilizar a la víctima. La estrategia individual resulta más barata que emprender cambios en la estructura de la sociedad, en los modelos de desarrollo adoptados, en la redistribución de la renta y del ingreso, en la promoción de los derechos políticos, económicos, sociales y culturales, etc.

b) *El enfoque de la responsabilidad social:* cuestiona la asignación de responsabilidades a los individuos que sufrieron deterioro de su salud y muerte prematura debido a los comportamientos que van más allá del control individual. Se argumenta que existen múltiples aspectos determinantes que moldean la vida de los individuos, tales como los factores relacionados con la herencia genética, los factores ambientales que rodean el



desarrollo de los niños y perfilan su personalidad, el estatus socio-económico, la identificación étnica y cultural que estructura la visión del mundo, el grado de educación, las condiciones de estabilidad en las relaciones, etc.

La responsabilidad entonces no está propiamente cargada a los individuos sino a las políticas, la economía, los sistemas culturales que crean el contexto social de sus vidas, las cuales inciden en los juicios y las acciones de las personas; por ello, desde este enfoque se critica de manera explícita las nociones románticas de “auto-superación”, defendidas desde la perspectiva del control individual. Desde el punto de vista ético, en esta perspectiva, lo que le brinda a la vida la noción de dignidad humana es una actitud benevolente respecto de los problemas de los otros, pues se requiere de la comprensión y la solidaridad para con aquellos atrapados en condiciones que limitan el desarrollo humano, así como un acuerdo para llevar a cabo acciones sociales que promuevan cambios en una dirección positiva. Por ejemplo, si se analiza la capacidad real que pueden tener muchas mujeres con embarazos de alto riesgo para adoptar medidas preventivas como disminuir las horas de trabajo, ello dependerá de las políticas que tenga una nación para proteger a estas mujeres. Muchos trabajos mal pagos, incluido el no pago de las amas de casa y del cuidado de los niños, inevitablemente involucran altas cargas, y la limitación de la actividad física no es una decisión que todas las mujeres puedan tomar por sí mismas [14: 215].

Las estrategias para desarrollar las políticas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, desde este enfoque, estarán orientadas por el trabajo intersectorial, en el cual se concibe que

la búsqueda de la salud de la población no se agota en el acceso que esta tiene a los servicios de atención sanitaria, sino también en los relacionados con educación, vivienda, empleo, etc.; es decir, en aspectos que involucran las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que determinan la calidad de vida de las personas. Esta perspectiva coincide con los planteamientos que reivindican la APS, como la posibilidad de lograr unos servicios médicos más integrados a las comunidades. Estos deben: a) ir más allá de la gestión episódica de la enfermedad, consultando las necesidades y los problemas de salud de los individuos, la familia y la comunidad; b) fomentar el trabajo multidisciplinario, de modo que los distintos profesionales de la APS trabajen juntos para lograr una asistencia coordinada o “sin fronteras” entre los servicios clínicos especializados, de bienestar social y de salud pública; c) una función educativa para los cuidadores, pacientes y profesionales [20: 1077].

En las políticas de prevención y promoción que se esbozan en las reformas sanitarias de los años noventa hay una fuerte tendencia a que predomine el primer enfoque, apoyado en la teoría de los estilos vida, la cual busca que los esfuerzos educativos en salud estimulen comportamientos que reduzcan el riesgo y mejoren la salud de los individuos. Dichos esfuerzos son importantes; no obstante, como lo plantea el enfoque de la responsabilidad social, es necesario que dicha educación sanitaria tenga en cuenta una visión intersectorial, que asuma las causas sociales de la enfermedad e intervenga sobre ellas. Esta segunda perspectiva, además, pone de presente la importancia de evaluar las barreras que los ciudadanos pueden tener para acceder a los programas de prevención y promoción y la consideración de las per-



sonas no como simples vehículos pasivos de las políticas, sino como interlocutores válidos en todo el proceso de toma de decisiones en salud.

En este sentido, la *Declaración de Montevideo*, firmada por todos los gobiernos de las Américas en septiembre de 2005, plantea de manera explícita la necesidad desarrollar los sistemas de salud con base en la APS ya que esta es la estrategia más adecuada para: alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientarse hacia la calidad, la responsabilidad, la rendición de cuentas de los gobiernos y la justicia social, así como para dar cumplimiento a las metas de la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad [21: 77]. A pesar de que en lo esencial se expresa lo mismo que en la Declaración de Alma-Ata (1978), la nueva definición se enfoca hacia todos los nuevos actores de los sistemas de salud (públicos, privados y organizaciones sin ánimo de lucro); además de subrayar los valores de la equidad y la solidaridad incorpora otros principios como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad.

Se intenta superar las barreras que impidieron la puesta en práctica de la APS, tales como: la segmentación de los sistemas de salud, la poca coordinación entre la comunidad y los organismos competentes, el uso inadecuado de la información, la insuficiente colaboración intersectorial y la escasa inversión en recursos humanos. Adicionalmente, se reconoce la importancia del carácter multifactorial de los elementos que inciden en la salud, el compromiso político de los países firmantes, el financiamiento adecuado para responder a las necesidades de la población, la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención

de la enfermedad, la integración de los servicios de salud, el enfoque del sistema de salud hacia la familia y la comunidad y la creación de un marco institucional y legal que coadyuve a mejorar la calidad de los servicios para realmente poner en práctica la APS [21].

Finalmente, es importante resaltar que revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia como la de la APS se considera fundamental para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000, pues se considera que dicha estrategia aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y reivindica la salud como un derecho humano.

4. La distribución de recursos de manera efectiva

Para mejorar los mecanismos de asignación de recursos, tanto a escala macrodistributiva como microdistributiva, en las reformas sanitarias se han planteado nuevos mecanismos de contratación entre aseguradores y proveedores sanitarios que tienen más en cuenta la eficiencia de los proveedores. En el caso de los hospitales, en los sistemas sanitarios tipo Bismarck los contratos que antes se determinaban mediante regulación gubernamental, ahora se dejan a cargo de cada aseguradora, la cual contrata servicios de acuerdo con el volumen y la calidad prestada en los hospitales y a través de pagos prospectivos [13: 305].

En los sistemas sanitarios basados en impuestos, tipo Beveridge, la contratación se ha convertido en un medio para separar al comprador del proveedor y en un medio para negociar sobre calidad y precio. Así por ejemplo, en el Reino Unido, las autoridades sanitarias locales (DHAs), antes implicadas en la financiación y gestión de los hospitales,



ahora actúan como compradoras al igual que los médicos generales. Ambos grupos de compradores, contratan con consorcios hospitalarios del NHS autogestionados (pero de titularidad pública), con los hospitales privados y con los servicios comunitarios.

También se ha planteado, en las diferentes reformas un nuevo sistema de pago a los médicos, pasando del pago por acto (pago retrospectivo) al pago por capitación y por salario (pago prospectivo) como forma de controlar el gasto y construir una práctica con mayor costo-efectividad. Los pagos prospectivos cortan el vínculo entre las cantidades de servicios prestados y su recompensa económica y así se generan pagos menores por paciente respecto de los sistemas de pago por acto; además, ofrecen a los médicos incentivos para introducir medidas preventivas y pueden dar lugar a una mejor distribución geográfica de los profesionales [22: 1626].

En cuanto al efecto de la incorporación y mezcla de estos métodos de pago, según Robinson [23: 330] ningún sistema de pago único logra dar respuesta a la armonización entre la racionalización de los recursos y la atención de calidad a los pacientes. En los sistemas mixtos (con un componente prospectivo grande), que según los estudios son los que mejor consiguen combinar los objetivos de eficiencia micro y macro, queda planteado el dilema para los profesionales de si darán más peso a las preferencias de los pacientes o a los intereses de las terceras partes pagadoras. En los pagos por acto, en los cuales se establecen topes máximos o cantidades de referencia obligada para contener el gasto, podría volverse inevitable recurrir a los pagos de bolsillo por parte de los pacientes.

A pesar de la efectividad de estos mecanismos para controlar los costos, es importante anotar que el problema del aumento de las

acciones eficientes de los médicos no puede resolverse sólo con los mecanismos de pago, pues estos son sólo uno de los muchos determinantes que afectan el comportamiento de los médicos. Los aspectos éticos, el compromiso social del médico, el acceso a la formación continuada, las pautas profesionales, la contratación selectiva y las expectativas que posean son factores importantes que pueden establecer incentivos no ligados al mercado entre los médicos. Sobre las expectativas de los médicos frente a su profesión, algunos estudios muestran que si se les paga a estos menos de lo que ellos piensan que merecen con relación a otras profesiones similares, aumentará la posibilidad de que respondan de modo oportunista, buscando mayores ingresos [24: 170].

Por otro lado, en el proceso de evaluación de las innovaciones médicas, actualmente existe una preocupación creciente por todo lo relacionado con el acceso y la equidad. ¿Podrán beneficiarse de dichas innovaciones todas y cada una de las personas? ¿Será posible su utilización por todos gratuitamente? ¿Habrán selección de personas candidatas y en qué condiciones? Estas cuestiones de justicia sanitaria global, en las que los intereses económicos que están en juego son de un calibre grueso, suscitan preguntas de fondo sobre el papel del comercio en el ámbito sanitario. En este sentido, es bien ilustrativo el fuerte conflicto que actualmente se presenta entre el reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos, pues como se ha analizado en muchos trabajos [25-27], las dificultades en la producción de medicamentos genéricos repercutirá de manera negativa, especialmente en los países más pobres.

5. Conclusiones

En la discusión relativa a los criterios que se han de tener en cuenta para regular la asigna-



ción y distribución de los recursos sanitarios con el fin de determinar a qué y a quienes darle prioridad, armonizar lo médicamente necesario con lo económicamente financiable y respetar la igualdad de oportunidades para todas y cada una de las personas, aparecen dos principios que no son fáciles de conciliar: la equidad y la eficiencia. Una distribución de atención sanitaria realizada con un criterio exclusivamente equitativo, que no tenga en cuenta el principio de eficiencia, puede llevar a situaciones insostenibles desde el punto de vista del gasto; por el contrario, si la atención sanitaria se distribuye atendiendo sólo a la eficiencia del gasto, es seguro que se producirán inequidades y discriminaciones absolutamente inaceptables.

Diego Gracia [28: 48] plantea que la contradicción entre estos dos principios se puede resolver replanteando el concepto de eficiencia, el cual puede medirse no sólo globalmente, sino también de modo individual, aunque ello en ocasiones suponga un rendimiento que no sea completamente óptimo, en términos económicos. Este replanteamiento del concepto de eficiencia puede llegar a ser útil, por ejemplo, en situaciones en que existan poblaciones cuya salud es inferior al promedio y respondan de manera menos favorable a una intervención, o cuando es muy alto el costo de llegar a esa población para tratarla. En esos casos debe existir la disposición de sacrificar algunos beneficios sanitarios globales en favor de otros criterios como la equidad. Esto significa que la eficiencia es considerada como una obligación moral, en tanto que no sólo esté comprometida con el beneficio de la mayoría, sino que busque el beneficio de todos y cada uno, pues el principio de la universalización de la atención sanitaria es irrenunciable, teniendo en cuenta que es un bien social primario. En palabras de Sen [29] es un “bien de mérito”, que se merece la gente por el mero hecho de ser persona, y quienes estén

privados de él encuentran serias limitaciones para desarrollar sus capacidades, por tanto su satisfacción no puede estar sujeta a su contribución particular.

Un sistema de salud debe procurar una equidad horizontal y vertical, es decir, tratar de manera equitativa a todos los que tienen la misma necesidad sanitaria y dar preferencia a aquellos con las mayores necesidades, para así reducir las desigualdades en salud; esto implica que dicho sistema esté orientado por el principio ético de la solidaridad, para proteger a los más débiles y con mayor riesgo de enfermar; que estimule no sólo la igualdad de acceso, sino también la igualdad de uso, y reconozca que la provisión de servicios a cada individuo es también valiosa para la sociedad en su conjunto.

Referencias

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
2. Rasell M. Cost-Sharing in Health Insurance: A Reexamination. *New England Journal of Medicine* 1995; 332 (17): 1164-1168.
3. Guzmán M. La justicia distributiva en la prestación de los servicios de salud. En: Escobar J. (Edit.) *Bioética y calidad de vida. Colección Bios y Ethos No. 15* (175-207). Bogotá: Ediciones El Bosque; 2000.
4. Daniels N *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.
5. Jensen U, Mooney G. Changing Values and Changing Policy. In: Jensen U, Mooney G (Editors). *Changing Values in Medical and Health Care Decision Making*. Chichester: Jhon Wiley & Sons; 1990, p. 179-189.
6. Dworkin R. Justice in the Distribution of Health Care. *McGill Law Journal* 1993; 38 (4): 883-898.
7. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 11 (5-6): 302-309.
8. Puyol A. Justicia i salut. *Ética per al racionament dels recursos sanitaris*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 1999.



9. Pinto J, Nord E. La preocupación por la equidad en la evaluación de los programas sanitarios. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003; 1(3): 221-228.
10. Walzer M. Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y de la igualdad. Rubio H (Traductor). México: FCE; 1997.
11. Rawls J. Teoría de la justicia. González MD (Traductora). Segunda reimpresión. Madrid: FCE; 1995.
12. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions. In: Doorslaer E et al. (Editors). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993; p. 7-19.
13. Saltman R, Figueras J. Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Madrid: OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
14. Dougherty CH. Bad Faith and Victim-blaming: The Limits of Health Promotion. In: Seedhouse D. (Editor) *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform*. Chichester: Jhon Wiley & Sons; 1995, p. 209-220.
15. Donabedian A. Definición y evaluación de la calidad de la atención médica. Conferencia dictada en la Facultad de Medicina de la Universidad U.B.A en Argentina (1993). Actas I Simposio Nacional sobre calidad de la Atención Médica. Disponible en: <http://http://www.calidadensalud.org.ar>. Consultado el 2 de noviembre de 2007.
16. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992; 268: 2420-2425.
17. Donabedian A. Entrevista realizada por Fitzhugh Mullan (originalmente publicada en el número de enero/febrero 200 de la revista *Health Affairs*). Traducida al español en la revista *Informando y Reformando* 2001; 8.
18. Stoeckle J. The Citadel Cannot Hold: Technologies go outside the hospital, patients and Doctors too. *Milbank Quarterly* 1995; (73): 3-17.
19. Veatch R. Voluntary Risks to Health. *Journal of the American Medical Association* 1980; (243): 50 - 55.
20. Mullan F. Community-oriented Primary Health Care: An Agenda for the 80s. *New England Journal of Medicine* 1982; (307):1076-1078.
21. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2007; 21(2/3): 73-83.
22. Greenfield S et al. Variations in Resource Utilization among Medical Specialties and Systems of Care: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of American Medical Association* 1992; (267):1624-1630.
23. Robinson J. Payment Mechanisms, Nonprice, Incentives and Organizational Innovation in Health Care. *Inquiry* 1993; 30 (3): 328-33.
24. Robinson J. Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly* 2001; 79(2):149-176.
25. Brundtland G. Discurso de la directora de la OMS ante la 51ª Asamblea Mundial de la Salud. *Globalización y Acceso a los Medicamentos, Serie Economía de la Salud y Medicamentos* 1997; (7): 73 - 80.
26. Zerda A, Ayala L. La tensión de los medicamentos seguirá. Entrevista con Germán Velásquez, funcionario de la OMS. *Periódico de la Universidad Nacional de Colombia* 2002; (37):12-13.
27. Velásquez G. Los medicamentos: ¿un bien público? *Biomédica* 2004; 24 (2): editorial.
28. Gracia D. Ética de la eficiencia. En Amor J, Ferrando I, Ruiz J (Editores). *Ética y gestión sanitaria*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000.
29. Sen A. Desarrollo y libertad. Madrid: Planeta; 2000.

