

Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado

EN LA ATENCIÓN SANITARIA *

María del Pilar Guzmán Urrea

Fecha de recepción 28-02-05 • Fecha de aceptación 27-06-05

Resumen

La incorporación de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria está presente en la mayoría de las reformas sanitarias recientes, en cuyas agendas de cambio se intenta restringir el papel del Estado en la provisión y en la financiación de los servicios de salud, estimular la libre competencia, dar respuesta a la libre elección de los consumidores e incentivar la utilización de las estrategias de la “medicina gerenciada” como una forma de controlar los gastos sanitarios.

El propósito de este artículo es debatir la concepción que subyace a estas propuestas en términos de la mercantilización de la atención sanitaria; analizar algunas de las dificultades de la aplicación del mercado en los sistemas de salud y reflexionar sobre las consecuencias éticas que ha tenido la “medicina gerenciada” en la práctica médica y en la relación médico-paciente.

Palabras clave: medicina administrada, atención sanitaria, mercantilización, ética profesional, reformas sanitarias.

Abstract

Marketing mechanisms that are introduced in health care are also present in most of the recent health care reforms where the tendency to reduce the roll of the State in delivery and financing health care, promoting free competition, giving answer to the consumers free choice and stimulating the use of “managed care” as a way to control sanitary spends, is present in their changing agendas.

The aim of this paper is to debate the conception that underlay those proposals in terms of the commodification of health care, to analyze some of the difficulties derived from the application of marketing in the health systems and to discuss about the ethical consequences of the “managed care” in medical practice and in the physician-patient relationship.

Key Words: managed care, health care, commodification, professional ethics, health reforms.

* Este trabajo hace parte de la línea de investigación sobre justicia sanitaria que se viene desarrollando en la división de Humanidades de la Universidad El Bosque, con el apoyo de la Facultad de Medicina de la Universidad.

Introducción

La introducción de los mecanismos del mercado en el campo de la atención sanitaria está estrechamente relacionada de una parte, con la emergencia del modelo neoliberal en la década de los ochenta como una forma de disminuir el papel del Estado tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios sanitarios y, de otro, con la exportación del modelo norteamericano de “competencia administrada” (*managed competition*).

El modelo de “competencia administrada” (*managed competition*) fue elaborado por el economista norteamericano Alain Enthoven, el cual plantea la necesidad de “utilizar la competencia entre las fuerzas del mercado para administrar los sistemas de salud, en la perspectiva de la eficiencia y la equidad” (Enthoven, 1993:25). La competencia administrada propone como principio fundamental que la salud debe ser tratada como cualquier otra mercancía que tiene un costo, un precio, una demanda específica y por tanto entra en el juego de la competencia. Los proveedores competirán por la calidad, el precio y la satisfacción de los consumidores para así mantenerse en el mercado y lograr beneficios; por su parte los “consumidores” y “compradores” haciendo uso de su libertad de escogencia entre diferentes proveedores, seleccionarán la “mejor compra” adaptada a sus necesidades.

Dicho modelo reconoce los fallos del mercado en la atención sanitaria, por ello propone que los patrocinadores (*sponsors*) ejerzan un papel de correctores del mercado libre. Los patrocinadores son definidos por este autor como agentes colectivos del lado de la demanda (empleadores, los grupos administradores de servicios de salud, la Administración de Financiamiento Federal de Atención Sanitaria de Estados Unidos y

las autoridades de los gobiernos estatales) que contratan planes competitivos y continuamente estructuran y ajustan el mercado para evitar las inequidades y la ineficiencia.

Ellos estructuran la cobertura seleccionando los planes de salud, administran los procesos de afiliación, proporcionan información con respecto a los beneficios cubiertos, las características de los planes de salud y la localización de los proveedores; de igual modo, administran el problema de la selección basada en el riesgo, evitando el rechazo de afiliados por condiciones de salud preexistentes a través del establecimiento de contratos estandarizados de cobertura y de su participación en la discusión de cómo son definidos, medidos y compensados los planes según los comportamientos de selección de riesgos. La esencia de la “competencia administrada” es entonces, el uso efectivo de estas herramientas por parte de los patrocinadores, para lograr la equidad y la eficiencia (Enthoven, 1993:31-35).

Este modelo valida también la “medicina gestionada” como un sistema organizado de asistencia, diseñado para configurar decisiones clínicas orientadas a conseguir la contención del gasto, la eficacia y la productividad; utilizando mecanismos como las guías o protocolos clínicos y el ofrecimiento de incentivos económicos así como de penalizaciones, para que el médico restrinja al máximo las hospitalizaciones, las pruebas, los procedimientos, las consultas con especialistas, etcétera. Por el lado del paciente, la regulación se da a través de restricciones en las opciones de la elección de los profesionales o de los servicios, así como incentivos o condicionantes destinados a inducir al asegurado a utilizar los médicos-servicios que son contratados por el plan o seleccionados como preferenciales (De Almeida, 1995:138-139).

Las tesis de Enthoven adquirieron mucha fuerza en los años ochenta y noventa, por-



que fueron consideradas como el enunciado más avanzado de un enfoque de “mercado” en la atención sanitaria, ya que desde un punto de vista técnico permitía mejorar la eficiencia, asegurar la equidad y contener los costos sanitarios. Sus planteamientos han sido abordados en varios países, en los cuales se han elaborado diferentes versiones como el modelo de “mercado interno” del Reino Unido, el modelo de “competencia pública” de Suecia y otros “cuasi-mercados” que asimismo se han implementado en otros países europeos (De Almeida, 1995:151). En América Latina la exportación de la “medicina administrada” y del modelo de “mercado regulado” ha estado ligado a la privatización y el recorte del gasto público, impulsados por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial (Stoker *et al.*, 1999:1.131).

El propósito de este artículo es debatir algunos de los presupuestos del modelo de “competencia administrada”, a través de tres preguntas que servirán de hilo conductor de esta reflexión:

1. ¿Por qué la salud no debe ser considerada como una mercancía, sujeta a la competencia del mercado? ¿En qué difiere de otros bienes de consumo?
2. ¿Cuáles han sido los problemas de la aplicación del modelo de “competencia administrada”?
3. ¿Cuál es el impacto de la “medicina gerenciada” en la ética profesional y en la relación médico-paciente?

1. Problemas de la concepción de la salud como una mercancía y un bien privado

La aseveración más común entre quienes ven la salud y la atención sanitaria como mercan-

cías es que no hay ninguna diferencia con otras actividades humanas, pues como cualquier otra cosa la atención sanitaria puede ser producida para vender y es valorada por la utilidad prestada al consumidor o la satisfacción de sus preferencias. Sin embargo, son muchos problemas conceptuales y prácticos que en esta definición presenta, algunos de ellos son:

a. La atención sanitaria no es una mercancía

Aunque muchas mercancías pueden ser usadas en el proceso de provisión de la atención sanitaria (instrumentos y medicamentos) la totalidad de la atención sanitaria, ella misma no es una mercancía. Según Pellegrino la atención sanitaria no es un simple producto consumido por los pacientes y producido por los médicos de una clase de materiales y de otros. La persona enferma consume medicación y provisiones y gasta dinero, pero no consume “atención sanitaria” como si consumiera un paquete de frijoles o una lata de cerveza. En una transacción mercantil por ejemplo comprar pan, la persona que compra y la que vende no tienen ningún interés personal en el otro más que en la transacción. (Pellegrino, 1999:243-266) Ellos están enfocados en el objeto o producto, en la mercancía a ser negociada, su relación no va más allá de la venta o consumo de esa mercancía. La relación médica por el contrario, es intensamente personal, la confidencialidad y la verdad son cruciales así como la relación continua; el médico es ante todo sanador y es desde el punto de vista ético inaceptable que el médico que trata con un paciente le haga saber que su conducta está motivada por el beneficio económico, como sí sería legítimo en un vendedor de cualquier mercancía.

b. Es un bien colectivo

Otra característica de las mercancías es su propiedad. El vendedor o su encargado que

produce algo con materiales preexistentes para ponerlos a la venta es propietario de esos bienes que ofrece y trasfiere esa propiedad a quien consume el producto de acuerdo con sus deseos o necesidades; sin embargo, este no es el caso de la medicina y de la atención sanitaria, pues la naturaleza del conocimiento médico y la forma como es adquirido y transmitido a los profesionales de la salud hace que sea un bien colectivo en el cual los miembros de la sociedad tienen una especial pretensión.

El conocimiento médico llega de muchos años e incluso siglos de observación clínica recogida por sus predecesores y todos los profesionales tienen libre acceso a recogerlo. Los frutos de la investigación resultan de la buena voluntad de ciudadanos que permiten ser sujetos de experimentos controlados para que otros también se beneficien. De otra parte, la educación médica y la adquisición de conocimientos y de experiencia es desde un punto de vista ético posible porque la sociedad lo permite, de lo contrario la disección de cadáveres humanos constituiría un acto criminal o las prácticas de los estudiantes en los hospitales no serían posibles para su buen adiestramiento. Dicho conocimiento se da en el marco de esa sanción social, y los profesionales de la salud de manera implícita establecen un convenio con la sociedad de usar ese conocimiento para el beneficio de los enfermos; por ello, los profesionales de la salud más que propietarios, son administradores del conocimiento que ellos adquieren (Pellegrino, 1999:250).

c. Pacientes no son “consumidores” de salud

De acuerdo con la teoría económica, los consumidores y los vendedores son agentes racionales y sus papeles están claramente diferenciados. Esto significa que a ellos les es posible identificar sus intereses y elegir los

medios adecuados para lograrlos. Cada uno está completamente enterado y reconoce su condición; sin embargo, este no es el estado de las cosas cuando los servicios médicos son considerados. Los consumidores en su papel como pacientes no son agentes racionales en el sentido del mercado, ellos no están en posibilidad de elegir entre servicios ofrecidos y precios, ni están en capacidad de considerar el valor de los servicios ofrecidos y sin el consejo de su médico sus elecciones podrían ser más o menos irracionales. En oposición a otros tipos de mercado, en la atención sanitaria, el vendedor-agente está en una posición fiduciaria y los pacientes esperan que la pieza esencial del convenio o pacto sea desempeñado por el vendedor-agente. De este modo, el vendedor-agente (médico) está en un doble papel: como participante en el mercado él sigue sus propios intereses y como compañero de una relación él debe seguir los intereses de sus pacientes. En otras palabras, el papel de los pacientes y de los médicos no está conformado por el papel del consumidor y del vendedor, como podría ser un mercado regular (Heubel, 2000:244).

d. La salud no es un mercado de “pérdidas” y “ganancias”

Otra característica de las mercancías es la fungibilidad, es decir, la posibilidad de que alguna mercancía pueda ser substituida por otra similar, si tiene el mismo precio y la misma calidad. Si se aplica esta idea a la atención sanitaria, ésta se mercantiliza; de esta manera, los pacientes se convierten en bienes “fungibles” en “vidas aseguradas” que representan “ganancia” cuando ellos están bien y pagan sus primas; y representan “pérdidas” cuando ellos se enferman y necesitan muchos servicios. La calidad del grupo de pacientes es entonces medida por su probabilidad de ganancia.



De igual modo, teniendo en cuenta que la relación establecida en los servicios médicos es entre sujetos y no de un sujeto (el médico) con un objeto (el paciente), y aunque dichos servicios pueden ser provistos por diferentes médicos a diferentes precios; no obstante, ellos se relacionan con la interinidad y la no intercambiabilidad del cuerpo humano. Esto significa que en el momento de una enfermedad una de las partes del cuerpo puede ser removida, por ejemplo, en una transfusión sanguínea o en algún tipo de trasplante, pero lo que no puede hacerse es cambiar el cuerpo por otro. Es imposible comprar un cuerpo nuevo como se compra carro o una casa. Esta es la diferencia con todos los otros servicios que se pueden ofrecer en el mercado, porque ellos se relacionan con cosas externas a las personas, las cuales pueden ser compradas o vendidas en el mercado. Esta distinción entre las personas y las cosas, donde las personas son las que deciden y las cosas sobre las que se decide, es la que no puede diluirse cuando se aplican los principios del mercado en la atención sanitaria (Heubel, 2000: 246).

e. Es un bien social

Si se trata la atención sanitaria como cualquier otra mercancía, se propone venderla según las demandas de quienes pueden pagar por ella, pues en el libre mercado no hay lugar para el no jugador, para el que no puede “comprar”, el pobre, el desasegurado o el no asegurable. No hay una consideración especial para los enfermos crónicos, los incapacitados, los viejos, los que tienen dolores emocionales; por el contrario, las empresas aseguradoras consideran que están en su derecho de cobrar primas altas, mayores deducibles y exclusiones en los contratos.

Por su propia naturaleza los seguros privados no pueden asegurar el cien por ciento

de la población y deben excluir a los pobres y a los menos saludables, pues de acuerdo con Holtom, los principios del aseguramiento consisten en “la evaluación sistemática, la selección y la clasificación y valoración del riesgo”. Para lograr estos objetivos, los aseguradores establecen los estándares de cobertura, la cantidad de protección que se ofrecerá para cada “riesgo aceptable” y la prima que se debe cobrar, teniendo siempre en cuenta que “la principal responsabilidad de un asegurador es conseguir utilidades para su compañía” (Holtom, citado por Bodenheimer, 1990:201).

El establecimiento de cuotas deducibles y provisiones de coaseguramiento, al igual que cláusulas de preexistencias que excluyen la cobertura durante cierto período para enfermedades que coexistían antes de estar asegurado, se convierten en importantes barreras para el acceso y uso de los servicios de atención sanitaria, con grandes repercusiones sobre la equidad, pues la gente que más necesita atención debe pagar más que los que no lo necesitan y las personas con menores ingresos pagan una mayor proporción de su ingreso que los de ingresos más altos. Más aún, aquellos que tienen enfermedades graves y que más necesitan atención tienden a ser clasificados como personas con “riesgo no admisible” y por tanto “no asegurables” (Bodenheimer, 1990:202).

En los sistemas donde esta selección de riesgos se prohíbe formalmente, podría realizarse de forma indirecta, pues como muchos autores lo demuestran, existen formas sutiles y soterradas de realizar dicha selección de riesgos y de evadir las regulaciones en este sentido, tales como: excesivos trámites para la afiliación, la localización urbana de los grandes centros sanitarios, el mantenimiento de barreras culturales y de costos disuasorios, la no contratación de proveedores en los vecindarios con altas tasas de VIH o el

establecimiento de listas muy limitadas de médicos especialistas en enfermedades de alto costo como el cáncer, el VIH, enfermedades renales, en otras (Clancy *et al.*, 1993:215).

Además, teniendo en cuenta que la meta de los empresarios es maximizar el retorno de su inversión, económicamente no se justifica el tiempo extra requerido para aconsejar, educar a los pacientes y a sus familias en prácticas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, pues los costos son mayores que los retornos en beneficios económicos.

Este aspecto es comprensible si se examina que la teoría de la justicia que sustenta los defensores de la mercantilización de la atención sanitaria es la libertaria. Los libertarios consideran que “el mercado recompensará a los individuos de acuerdo con su contribución” (justicia conmutativa); ya que en la transacciones del mercado cada uno recibe el equivalente a su aporte, no hay ninguna obligación moral de la sociedad para con el que enferma. El reconocimiento de derechos sociales como el derecho a la atención sanitaria vulnera la libertad individual y obliga a compensar a los individuos de manera injusta (Puyol, 1999:129).

Aunque dentro de esta corriente, hay quienes plantean un “mínimo decente”, como en el caso de autores como Tristram Engelhardt, Charles Fried, o Robert Sade, es claro que la atención sanitaria no implica un derecho a una igualdad de acceso que represente que los recursos disponibles por alguno han de ser disponibles para todos, pues no se puede violar el derecho a la libertad personal de adquirir toda la atención sanitaria que “se pueda o se quiera comprar en el mercado”. Esto da lugar, a la diferenciación entre los servicios de los pobres y de los ricos, pues el

derecho a la atención sanitaria no es un derecho de acceso a lo “mejor disponible” (Sidel, 1986:341-350)

En contraposición a esta teoría de la justicia, las concepciones igualitaristas enfatizan el estado de vulnerabilidad y dependencia de las personas que se enferman y plantean la atención sanitaria como un bien social, en el cual la provisión de servicios para cada individuo es también valiosa para la sociedad en su conjunto. Desde este punto de vista la salud es un bien colectivo y los esfuerzos del Estado son necesarios para asegurar el acceso y el uso equitativo de los servicios de atención sanitaria.

Como lo explica el profesor Pellegrino esto no significa que se reclame de manera indefinida por toda la atención sanitaria posible, tampoco es una invitación a manejar los servicios de salud como “un cheque en blanco”, no es cambiar el derecho a la propiedad privada por la planificación central. Significa que hay una obligación moral de evitar el sufrimiento de enfermar a los ciudadanos, de asegurar el interés colectivo en la atención sanitaria (Pellegrino, 1999:260).

Tratar la atención sanitaria como bien común conlleva una noción de solidaridad entre los seres humanos, la cual implica el desarrollo de las instituciones sociales y gubernamentales designadas para promover la justicia y el bienestar de toda la sociedad en las cosas esenciales como la salud, la seguridad, el medio ambiente y la educación. Además, es importante reconocer que el rechazo a la ética del mercado para la distribución sanitaria no hace que éste no sea un instrumento ético para la distribución de otros bienes y servicios, pero hay servicios como la atención sanitaria que no se pueden dejar al funcionamiento fortuito del mercado y que deben ser asegurados por la intervención gubernamental.



f. Es un ejercicio de derechos democráticos

Otro de los presupuestos de los defensores de los principios del mercado en la atención sanitaria es la idea de la libre elección por parte de los pacientes como un ejercicio de la “soberanía del consumidor”, por lo cual la principal función de los sistemas sanitarios es la de “ajustarse” a las demandas “individuales” de los usuarios.

Este presupuesto tiene varios problemas: por una parte, esa elección de los “pacientes-clientes-consumidores” o la “soberanía del consumidor”, se supone que se realiza sobre la base de una elección racional e informada. No obstante, uno de los fallos del mercado es el “fallo de información” que se manifiesta en el mercado sanitario por el apoyo o la dependencia que los usuarios tienen respecto de los proveedores para la obtención de información relativa a los servicios que “necesitan”. Esta asimetría en la información puede generar lo que se conoce como “demanda inducida por el proveedor”, es decir, una demanda que no se habría producido si el intermediario del usuario, el proveedor, no hubiese estimulado a éste a demandar el servicio.

No existe una buena información para juzgar la calidad de los servicios sanitarios, la “mejor compra” no está basada en una información completa. Hay una gran dificultad entre los pacientes de escoger entre un gran conjunto de productos y paquetes, de comprender el lenguaje -en muchos casos oscuro- de los contratos de cubrimiento, de tener claridad de predecir qué será cubierto en caso de una inesperada enfermedad catastrófica, o qué hacer cuando hay una mala elección de hospitales o de médicos, etcétera.

De otra parte, desde este punto de vista, la capacidad de elegir está pensada en térmi-

nos de derechos comerciales expresados en la posibilidad de “salir de compras” y comparar ofertas de servicios sanitarios, más que en un ejercicio de derechos democráticos, es decir, que desde esta perspectiva, el poder otorgado a los pacientes sólo hace referencia a que éstos escojan y tengan control sobre sus decisiones en la elección de la aseguradora, los médicos y los hospitales donde quieren ser tratados e incluso la posibilidad de influir en algunas decisiones relacionadas con intervenciones clínicas; pero no considera importante conceder influencia o poder a los pacientes en decisiones concretas en la prestación de los servicios sanitarios, en los procesos de establecimiento de prioridades y de asignación de recursos, es decir en la construcción, implementación y evaluación de las políticas sanitarias.

g. Se escapa a las leyes de oferta y demanda

La teoría neoclásica que sustenta la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria, establece una clara diferenciación entre los bienes privados y los públicos, la cual tiene importantes consecuencias a la hora de definir las responsabilidades de las esferas pública y privada respecto a la salud de la población. Desde esta perspectiva, los servicios médicos son “bienes privados” dado que son apropiados por los individuos en cantidades variables y solo repercuten en quien los recibe y los “bienes públicos” que son bienes con grandes externalidades ya que satisfacen las necesidades de muchas personas al mismo tiempo, es decir, que implican beneficios colectivos y no se agotan en el consumo individual, por lo cual las personas no estarían dispuestas a pagar por ellos, por ejemplo, las inmunizaciones, los tratamientos para enfermedades altamente contagiosas, las intervenciones en materia de sanidad ambiental, como controlar la calidad del aire y la contaminación del agua (Saltman y Figueras, 1997:100).



Esta diferenciación entre “bienes públicos” y “bienes privados” es la que sustenta las ideas de la mercantilización y de la privatización de la atención sanitaria. La mercantilización, porque de acuerdo con esta diferenciación la atención sanitaria es considerada como un bien privado, pues es consumido por individuos (personas privadas), en cantidades variables, por eso sería injusto que fueran pagados con fondos públicos, debiendo cada particular pagar por los servicios que utiliza. La privatización, porque desde esta perspectiva, el mercado privado tiene todo lo que la gente está dispuesta a pagar y el Estado renuncia a su obligación de garantizar el derecho de todos los ciudadanos a la atención sanitaria, limitando sus acciones públicas a aquellos que están excluidos del mercado y a lo que la gente no estaría dispuesta a pagar, porque no se consume de manera individual pues sus beneficios son colectivos (bienes públicos).

La debilidad de este argumento está en que no tiene en cuenta que el carácter público de los bienes o de las acciones está determinado por las consideraciones sociales de si es valioso, si es una prioridad social y si la sociedad decide financiarlo de manera colectiva; y no porque su consumo o disfrute sea individual. Como lo explican Laurell y López:

El consumo privado o individual de un bien o un servicio no evita que sea considerado público para la gran mayoría de los miembros de una sociedad. Además los derechos de los ciudadanos ellos mismos encuentran un principio en las sociedades modernas, que pertenecen al dominio público, incluso cuando ellos son ejercidos o disfrutados individualmente, porque ellos representan valores sociales democráticamente establecidos (Laurell y López, 1996:10).

ajustan al marco conceptual de las mercancías, ni a las leyes de oferta y demanda. La salud es un requerimiento fundamental para lograr el desarrollo del potencial humano y la libertad de los actos que se requieren para la vida; la atención sanitaria depende de una relación profundamente íntima para ser efectiva, no es un objeto de moda ni es propiedad de los profesionales de la salud y no es consumida por los pacientes como una simple mercancía.

2. El “mercado regulado” en la atención sanitaria: una aproximación a algunas experiencias internacionales

Desde la década de los ochenta, en el contexto de los países occidentales, tanto en los que el actor central del sistema sanitario ha sido tradicionalmente el Estado, como en aquellos donde el Estado ha desempeñado un papel menos central en este sector, se comenzó a reexaminar la estructura mediante la cual sus sistemas sanitarios eran dirigidos y a replantear las actividades sociales y económicas del Estado relacionadas con la provisión de servicios de salud, la oferta de subsidios, la regulación tanto de la calidad como de la cantidad de dicha provisión y la financiación misma de los servicios de salud por parte del Estado.

De manera concomitante, se ha venido presentando un replanteamiento del lugar de los mecanismos de mercado en los sistemas de salud, concediendo por medio de la competencia un nuevo papel a los aseguradores y prestadores de salud del sector privado y aplicando incentivos de mercado al personal de la salud. Además, muchas de las funciones del Estado han sido descentralizadas hacia las autoridades regionales y municipales, pues se generalizó la percepción de que



los sistemas centralizados eran poco eficientes, lentos en los cambios e innovaciones y con poca responsabilidad frente a los usuarios (Saltman *et al.*, 1998:5).

Según Daniel Callahan hay dos corrientes que en la actualidad defienden el mercado en la atención sanitaria, por un lado, la que plantea una perspectiva ideológica del mercado, que lo considera inherente bueno y esencial para la democracia y por el otro lado, una corriente que maneja una perspectiva más pragmática, la cual considera que si el mercado puede proveer algunas formas útiles para controlar los costos, fomentando la elección y mejorando los sistemas de salud, entonces es perfecto adoptar esas formas, pero si éstas fallan deben ser desechadas (Callahan, 1999:237).

Para la primera corriente, en general el mercado no solo es el mejor camino para lograr la eficiencia económica y la prosperidad, sino también el único sistema que es compatible con los valores democráticos; de aquí que incluso si el mercado falla, es imperativo conservarlo, porque funciona siempre para el mejor desempeño y porque nunca abandona los ideales de libertad y elección. Así como las fallas en la democracia no pueden ser tomadas como una señal de fracaso de las instituciones democráticas, sólo hay que mejorarlas; así mismo, los esfuerzos para superar las fallas del mercado deben guiarse únicamente para mejorar su efectividad. Desde este punto de vista el mercado sirve a la democracia y la democracia sirve al mercado.

Por el contrario, la visión pragmática sostiene más débilmente la idea de que el mercado tiene algo intrínsecamente bueno o que es esencial para la democracia y plantea la importancia del control del gobierno en el mercado en la atención sanitaria (Callahan, 1999:238).

De estas dos corrientes surgen las propuestas, presentes en las reformas sanitarias de los años ochenta y noventa, las cuales tienen en común los siguientes objetivos: (Bennet, 1990:12-21).

a. La búsqueda de respuestas a las preferencias de los consumidores

Se sugiere la retirada del Estado de muchas áreas de la provisión de servicios, así se intenta transformar su compromiso de garantizar el derecho a la atención de los servicios para todos los ciudadanos, en políticas que se basan en un concepto de demanda expresa según las preferencias del consumidor que tienen en consideración los costos. Esto se logrará a través de la descentralización intergubernamental, transfiriendo responsabilidad a los niveles regional o local y de la transferencia de funciones al mercado a través de organizaciones privadas y no lucrativas (privatización). El papel del Estado se remite a crear un ambiente de regulación apropiado que en teoría estimule la acción individual y el equilibrio del mercado; en consecuencia, se desencadena un estrechamiento de las relaciones entre consumidores, prestadores de servicios y niveles gubernamentales.

b. Innovaciones en las formas de organización en la distribución de los servicios

Se busca cambiar la concepción de los servicios sociales como bienes públicos para ser entendida como una guía de acción de la provisión de servicios, con base en el supuesto de que el Estado no es el único que puede organizar la provisión colectiva; por esta razón es que se debe estimular las acciones voluntarias y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales (ONG) como lo sugiere la teoría de la *public*

*choice*¹. Entre tanto el Estado debe tener un papel regulador para el desempeño del sector y crear uno propicio para la toma de decisiones. Por ello, se sugieren nuevos y efectivos medios de distribución de servicios como alternativas a la provisión gubernamental como: contratos con terceros, convenios y contratos para determinados servicios de apoyo, el establecimiento de patrones de calidad de la asistencia, uso de *tickets* reguladores de la demanda, y la creación de *cuasi mercados* regulados.

c. Financiamiento y recuperación de costos

Ya que el debate sugería que no era ya más posible proveer “todo a todos” la tendencia será que el Estado actúe de manera focalizada y selectiva para grupos específicos por ejemplo, poblaciones con mayores niveles de pobreza, personas con baja renta, entre otras. El objetivo central es recuperar los mecanismos de mercado para obtener una mejor relación entre demanda y oferta a través de los costos.

d. Reformas gerenciales

Se defiende la mejora en la eficiencia en las instituciones gubernamentales a través de mecanismos que permitan sustituir las decisiones burocráticas gubernamentales que tradicionalmente han respondido a las presiones de los sindicatos y grupos profesionales, a los intereses clientelistas, etc. (teoría de la elección pública), por una estructura

gerencial más “leve” que facilite las respuestas de demanda y oferta como las existentes en el mercado. Por ello, se sugiere la introducción en el sector público de conceptos de gerencia y contabilidad usados en el sector privado, por ejemplo: fortalecimiento de un *manager* general para que tenga acceso al sistema de cuentas y realice auditorías, y establezca responsabilidades claras para cada una de las unidades de trabajo; lo cual presupone de una parte, una transformación en las formas gubernamentales, en la manera como las cuentas son auditadas y hechas públicas y de otra, la introducción de la disciplina del mercado en las organizaciones gubernamentales.

e. Reinterpretación de la responsabilidad externa

Teniendo en cuenta los pocos resultados de la participación política tradicional se propone sustituir las elecciones políticas o burocráticas por la elección del consumidor, aspecto estrechamente relacionado con el primero de los puntos aquí expuestos. Uno de los argumentos a favor de este modelo plantea que la competencia que se propone no es la dirigida por un comprador impersonal, burocrático y estatal quien decide dónde situar a los pacientes en función del precio de la prestación, sino una competencia dirigida por el ciudadano en un proceso de elección que arrastre recursos económicos. Ya que el principal argumento de la nueva agenda era la “inherente ineficiencia del Estado” o de los servicios gubernamentales, estimulada por la necesidad inexorable de control y recorte de costos, su objetivo fundamental como se observa en estas propuestas es transformar las fronteras del Estado y establecer un “Estado mínimo” (teoría neoliberal).

El impacto que estas estrategias de “mercado regulado” han tenido, varía enormemente de un país a otro, dependiendo del tipo de

¹ La teoría de la *public choice* nace en Estados Unidos en los años ochenta, se fundamenta en principios microeconómicos para explicar la irracionalidad de las inversiones estatales y localiza las fuentes de expansión del Estado en los comportamientos interesados de los políticos y burócratas, cuyo éxito se da a costa de la ineficiencia microeconómica.



regulación ejercida y de otros factores socio-económicos, políticos y culturales. Así por ejemplo, en los países de Europa Occidental que históricamente han tenido importantes programas sociales de bienestar, con una estructura cultural que comparte el valor de la solidaridad; aunque han intentado la introducción de los mecanismos del mercado conservan la idea del derecho a la atención sanitaria como un derecho social; es decir, como un derecho garantizado y promovido por el Estado y han mantenido el control público de los principales servicios sanitarios (modelo de “mercado interno” en el Reino Unido y de “competencia pública” en Suecia) (De Almeida, 1995:154-161).

Los primeros resultados de la reforma en el Reino Unido mostraron dificultades de las Autoridades de Salud de los Distritos (DHAs) para hacer frente al nuevo estilo de gestión requerido para la compra de servicios por la falta de experiencia en la compra, negociación y fiscalización de los contratos para los paquetes de servicios. La estrategia de estimular la creación de hospitales autónomos, provocó en algunos casos dificultades económicas, por lo cual el gobierno tuvo que concederles asistencia financiera especial. Las evidencias han mostrado que los pacientes procedentes de los médicos generales (GPs) con capacidad de gestión de presupuesto tiene que esperar relativamente menos que aquellos de los médicos generales que no manejan presupuesto, lo cual ha generado dos niveles asistenciales. Otra contradicción en la reforma inglesa consiste en que las propuestas que se hicieron para tener en cuenta las necesidades de los pacientes y su participación en el proceso de toma de decisiones sanitarias (por eso fue llamada *working for patients*), realmente no se han cumplido, pues éstos no tienen forma de influir en la elección de los servicios que reciben, ya que ésta es delegada a las autoridades sanitarias o a los GPs (Garcés, 1994:110-125).

En los países de Europa del Este debido a la transición de un sistema de economía planificada a una economía de mercado, surgió un sistema de salud totalmente diferente. El núcleo de esta transformación fue el cambio de un sistema de salud público financiado por el presupuesto del Estado a uno de proveedores de salud independientes, en su mayoría privados, financiado a través de un seguro obligatorio de salud. De esta manera, los esquemas de liberalización del mercado se introducen aunque en diferentes velocidades en cada uno de los países, generando la entrada en escena de nuevos actores como las asociaciones de profesionales y las compañías de seguros y el surgimiento de nuevas responsabilidades para los ministerios de salud, ahora más relacionadas con la negociación entre los nuevos actores y la regulación de precios. Además, se privatizaron muchos de los hospitales públicos y la atención ambulatoria y la distribución farmacéutica pasó a manos de los proveedores privados.

En muchos de estos países, el proceso de privatización ha resultado problemático pues se ha realizado muy rápido y se ha prestado muy poca atención a las reglas de control y administración de esas nuevas compañías, lo cual ha dado como resultado una gran exclusión en el acceso y uso de los servicios de salud (Saltman *et al.*, 1998:302-305).

En el caso de la mayoría de los países latinoamericanos (con excepción de Cuba y Costa Rica) que históricamente han tenido sistemas de salud más segmentados en donde la atención sanitaria mezcla lo público, lo privado y la seguridad social se han introducido muchos elementos de la “competencia administrada”. De igual modo se han implementado políticas de focalización de la atención sanitaria, descentralización, libre competencia entre proveedores y prestadores, privatización y estímulo a la libre elec-



ción de los consumidores, impulsadas a través de instituciones financieras internacionales principalmente del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM) (Armada *et al.*, 2001:731-733).

La capacidad de regulación del mercado en la atención sanitaria por parte del Estado en estos países ha sido poco efectiva, entre otros aspectos porque las mismas medidas propuestas en el marco de las políticas de “ajuste estructural” del FMI y del BM –como la disminución del gasto público, la liberalización de los mercados financieros y de capitales y de las barreras del comercio, al igual que la implementación de la privatización, no llevadas a cabo de forma gradual– han generado nuevos monopolios ya no públicos sino privados y han dificultado la creación de marcos regulatorios adecuados.

Además, las evidencias muestran que el viraje de muchos de estos países hacia el mercado en la atención sanitaria, ha destruido casi por completo los sistemas de seguridad públicos dejando por fuera a aquellas personas y pacientes que no logran ser incorporados en las estructuras y las estrategias del mercado. En este mismo sentido, ha tenido malos resultados en los programas de salud pública, el ejemplo de Colombia es más que ilustrativo (Franco, 2003:58-69).

Las razones tienen que ver de una parte, con el deseo de los gobiernos de reducir la carga de financiamiento y de atención en salud, combinada con las privatizaciones; y de otra, las metas recientes de focalizar los sectores críticos no han dado resultado. Hay un declive importante de los programas de salud pública por la disminución del gasto público en salud, pero también porque para las organizaciones de administración de salud hay pocos incentivos para proveer servicios de prevención y promoción de la salud porque la gente no permanece por largo tiempo en

ellas para ver resultados que valgan la pena y que produzcan beneficios económicos importantes. A pesar de que la privatización en los sistemas buscaba el mejoramiento en la calidad de la atención y en el acceso, su efecto ha sido la creación de sistemas de salud jerarquizados según la capacidad de pago: los que pueden pagar y aquellos que se dejan al sistema público residual. Tampoco hay ejemplos que muestren que en alguna parte el viraje hacia el mercado haya mejorado el acceso (Laurell y López, 1996:13-15).

3. Impacto de la mercantilización de la atención sanitaria en la ética profesional y en la relación médico-paciente

La sustitución de palabras como “consumidor” para los pacientes, “proveedores” para los médicos, “mercancías” para las relaciones médicas o hablar de la salud como una “industria” o como una línea de productos o de “oportunidades para la inversión”, inevitablemente implica trasladar las éticas del mercado y empresarial al ámbito sanitario. Como se exponía en la primera parte de este trabajo, ello conlleva a una profunda transformación en la naturaleza misma de la atención sanitaria, en la concepción del derecho a la salud y desde luego también en la ética de los profesionales del sector.

Para empezar se debe partir por comprender las diferencias entre las éticas de los negocios y la de los profesionales de la salud. La ética empresarial acepta que la atención sanitaria es una mercancía; los inversionistas y las corporaciones están orientadas a legitimar el interés propio y las ventajas de la competencia; además, son indiferentes ante las inequidades en la atención sanitaria provocada por la desigual probabilidad de pago.



Por el contrario, la ética profesional ve la atención sanitaria no como una mercancía sino como un bien humano necesario, guiado por los principios de la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia, orientado al paciente. Esto requiere un cierto acuerdo con el altruismo e incluso dejar de lado el interés propio, pues se parte de la idea de que cuando los seres humanos enfermamos somos más vulnerables, dependientes y explotables, por tanto los pacientes necesitan más protección a lo que la ética de los negocios proporciona.

Al ubicar la atención sanitaria en el rango de mercancía, la relación entre médico y paciente se convierte en una relación comercial. Dicha relación, entonces estará principalmente regulada por las reglas del comercio y del contrato; aquí se presentan los primeros conflictos éticos en la práctica de los esquemas de “medicina gestionada”, pues la relación médico-paciente se basa en la confianza, en la presunción de los pacientes de que su médico es competente y que usará esa competencia en beneficio del paciente.

Esa confianza de la cual se parte, es la que impone al médico la obligación de lealtad al paciente; el problema surge cuando se le plantean al médico *lealtades contrapuestas*, cuando en el marco de las estrategias de control de costos de la medicina gestionada se interviene en las decisiones médicas mediante incentivos y penalizaciones económicas, o bien haciendo que la productividad y la eficiencia repercutan en la remuneración o la seguridad del puesto de trabajo. Todos menos los más íntegros tenderán a racionalizar sus actuaciones y a economizar, a dar de alta en forma prematura a los pacientes, a aplazar pruebas o consultas caras, y todo ello por motivos de autoprotección o por las necesidades de su propia familia. Esto implica la eliminación de uno de los pilares de la con-

fianza en los que se sustenta la relación terapéutica (Pellegrino, 1996:33).

Otro dilema ético que se le presenta al ejercicio médico, se deriva del anterior punto y es el de la *complicidad moral* en que incurren los médicos si por causa de las restricciones impuestas para controlar gastos le sobreviene algún perjuicio o daño a su paciente, pues él también debe asumir la responsabilidad de esas decisiones. El médico se ve obligado a armonizar los intereses de sus pacientes, con los de la institución en la cual trabaja y con los intereses de sociedad en general que le exige usar de manera correcta y prudente los recursos que esa sociedad destina a la salud.

En este sentido, es importante resaltar la responsabilidad social de los médicos en el uso racional de los recursos y en su participación en el debate público con respecto a los criterios para definir el establecimiento de prioridades en un contexto de recursos limitados para la atención sanitaria; pero lo que es moralmente dudoso es hacer del médico el principal agente de limitación de las prestaciones sanitarias, obligándolo a sacrificar su lealtad con los pacientes y permitiendo que los intereses económicos y los criterios de eficiencia sean los que definan sobre la vida de las personas.

Por ello, es necesario facilitar el debate público acerca de estos temas que involucran la vida y la calidad de vida de las personas, pues como lo expresa el profesor Edmundo Pellegrino:

Lo que una sociedad permita que le suceda a los enfermos, los pobres, los más jóvenes o los mayores, es la prueba más segura del nivel moral no solo de la política sanitaria sino del conjunto de la sociedad... debemos afrontar la cuestión de qué clase de sociedad somos y qué clase de sociedad queremos ser (Pellegrino, 1996:41-42).

Las reflexiones realizadas en este artículo intentaron mostrar las razones por las cuales la atención sanitaria no se ajusta al marco conceptual del mercado; se argumentó por qué la salud no debe ser considerada como una mercancía sujeta a las leyes de oferta y demanda y se hizo referencia a algunas de las experiencias de las reformas sanitarias llevadas a cabo en los años ochenta y noventa, para mostrar las dificultades que la introducción de los mecanismos del mercado ha generado en los sistemas de atención sanitaria. Finalmente, se analizaron algunas de las implicaciones que la aplicación de la “medicina gerenciada” (*managed care*) ha tenido en la ética de los profesionales de la salud, en especial, de los médicos.

Bibliografía

- Armada, F.; Muntaner C.; Navarro, V. 2001. “Health and Social Security Reforms in Latin América: The Convergence of World Health Organization, The World Bank, and Transnational Corporations”. *International Journal of Health Services*. 31(4):729-768.
- Bennet, R. 1990. “Decentralization, Intergovernmental Relations and Markets: Toward a Post-Welfare Agenda? In: Bennet, R. (Ed) *Decentralization Local Government and Markets. Towards a Post-Welfare Agenda*. Clarendon Press Oxford. New York: 12-21.
- Bodenheimer, T. 1990. “Should we Abolish the Private Health Insurance Industry?” *International Journal Health Services*. 20 (2):199-220.
- Callahan, D. 1999. “Medicine and the Market: A research Agenda”. *Journal of Medicine and Philosophy*. 24(3):224-242.
- Clancy, C.; Himmelstein, D.; Woolhandler, S. 1993. “Question and answers About Managed Competition”. *International Journal of Health Services*. 3(2):213-218.
- De Almeida, C. 1995. *As reformas sanitarias dos anos 80: crise ou transição?* Tesis de Doctorado. Fundación Oswaldo Cruz. Escuela Nacional de Salud Pública. Río de Janeiro: 139-139, 151-161.
- Enthoven, A. 1993. The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, Supplement: 24-48.
- Franco, S. 2003. “Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de la salud en Colombia”. *En: Gerencia y Políticas de Salud*. 2(4):58-69.
- Garcés, P. 1994. *Reformas sanitarias en Europa y la elección del usuario*. Editorial Díaz de Santos. Madrid: 110-125.
- Heubel, F. 2000. “Patients or Customers: Ethical Limits of Market Economy in Health Care”. *In: Journal of Medicine and Philosophy*. 25(2):240-253.
- Laurell, A.; López, O. 1996. “Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health”. *In: International Journal of Health Services*. 26(1):1-18.
- Pellegrino, E. 1996. “El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía”. *En: Fundación de Ciencias de la Salud. Actas de la jornada sobre Limitación de las prestaciones sanitarias*. Ediciones Doce Calles. Madrid: 23-42.
- Pellegrino, E. 1999. “The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic”. *In: Journal of Medicine and Philosophy*. 24(3):243-266.
- Puyol, A. 1999. *Justicia i Salut. Ética per al racionament dels recursos sanitaris*. Bellaterra. Universitat Autònoma de Barcelona: 129.
- Saltman, R.; Figueras, J. 1997. *Reforma sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 100.
- Saltman, R.; Figueras, J.; Sakellarides, C. (Eds.) 1998. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Open University Press. Buckingham: 5, 302-305.
- Sidel, V. 1986. “The Right to Health care: An International Perspective”. *In: Bandman, E. & Bandman, B. Bioethics and Human Rights*. University Press of America. Boston: 341-350.
- Stocker, K.; Waitzkin, H.; Iriart, C. 1999. “The Exportation of Managed Care to Latin America”. *In: The New England Journal of Medicine*. 340(14):1131-1136.

