

¿Estado, mercado y análisis económico: COMPLEMENTOS, O SUBSTITUTOS?

Ramón Abel Castaño

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

Resumen

Los ópticas principales (libertaria e igualitarista) que subyacen en el debate ideológico sobre sistemas de salud, son esencialmente divergentes en cuanto a la mezcla deseada de mercado y Estado. La primera plantea que el acceso a los servicios de salud esté determinado por el libre juego de la oferta y la demanda; la segunda propone una obligación del Estado en la distribución de ingreso y oportunidades. El uso del análisis microeconómico no implica necesariamente un compromiso con alguna de estas ópticas, aunque sea más útil en enfoques de mercado. Es más bien su utilización normativa la que está determinada por las posiciones ideológicas. Las herramientas de atención gerenciada y los desafíos a la autonomía profesional y al principio de beneficencia señalados por los críticos de los enfoques de mercado, no son exclusivos de éstos, sino que responden a la necesidad universal de optimizar el uso de los recursos disponibles.

Palabras clave: justicia, ética médica, derecho a la salud, medicina administrada.

Abstract

The main approaches (libertarian and egalitarian) underlying the ideological debate on health care systems are essentially divergent regarding the desired market-State mix. Libertarianism proposes that access to health care services is determined by the free interplay of supply and demand; egalitarianism proposes a State obligation to distribute income and opportunities. Using microeconomic analysis does not necessarily imply embracing any of these two approaches, yet such analysis is more useful for market approaches. It is rather its normative use which is determined by ideological stances. Managed care tools and challenges to professional autonomy and the beneficence principle, addressed by those who criticize market approaches, are not the exclusive domain of such approaches but are a response to the universal challenge to optimise the use of available resources.

Key Words: justice, medical ethics, right to health care, managed care.

Introducción

El debate sobre la conveniencia de los enfoques de mercado en las reformas a los sistemas de salud, con sus diferentes grados de mezcla con intervención estatal, es un debate que con dificultad llegará a su conclusión pues las ideologías que subyacen a las posiciones planteadas son esencialmente divergentes.

Este ensayo analiza las dos ópticas que con más claridad subyacen a las diferentes posiciones observadas en el debate ideológico: la libertaria y la liberal igualitarista¹, y analiza cómo ambas ópticas responden a la necesidad de distribuir recursos escasos entre quienes necesitan atención médica: mientras el enfoque libertario lo deja al libre juego de la oferta y la demanda, el enfoque igualita-

rista aboga por una intervención por parte del Estado en cuanto a la redistribución del ingreso y las oportunidades. Luego, al reconocer que la óptica igualitarista es la que prevalece en buena parte de los arreglos constitucionales y de organización de los sistemas de salud en el mundo, el ensayo plantea la difícil pregunta de cuánto de Estado y cuánto de mercado es ideal, para compensar los límites de cada uno de éstos.

A renglón seguido, el ensayo aborda cómo las herramientas de la economía aplicadas al sector salud han sido muy útiles para entender algunas preguntas empíricas importantes, sin que ello necesariamente implique el compromiso con la ideología libertaria o igualitarista. Finalmente se analizan las implicaciones del enfoque de mercado que ha adoptado el sistema colombiano, con especial énfasis en el concepto de atención gerenciada y su impacto sobre los valores profesionales de los médicos.

El ensayo concluye reconociendo las raíces del debate ideológico y sus profundas divergencias, y la utilidad de las herramientas de análisis económico para entender algunos de los desafíos de política sectorial.

¹ Otros enfoques de la filosofía política como el comunitarismo, el feminismo y el marxismo, también aportan elementos para justificar el derecho a la salud, pero en este artículo se hará hincapié en los enfoques libertario e igualitarista por ser los que trazan las coordenadas del debate ideológico sobre la reforma al sistema de salud.

² Rawls (1971) utiliza el término “*natural lottery*” (p.74) para referirse al proceso que determina la distribución de riqueza e ingreso mediante la asignación natural de talentos y habilidades. Esta lotería natural, según Rawls, genera distribuciones arbitrarias desde una perspectiva moral. En este ensayo se usa el concepto de *lotería social y genética* para hacer más explícito el concepto de Rawls en cuanto a que lo que se distribuye al azar no son solo talentos y habilidades, sino también riqueza e ingreso por el simple hecho de nacer en un hogar con un nivel dado de riqueza e ingreso.

Es importante anotar que en este ensayo se entiende como sector salud aquél dedicado a prestar servicios de atención médica, por lo cual la discusión sobre mercados de salud se refiere a aquellos de prestación de servicios médicos, y el concepto de derecho a la salud se entiende como derecho a la atención prioritariamente individual.

1. Enfoque libertario e igualitarista frente a la salud como derecho

La mayor divergencia en el debate ideológico alrededor de cómo organizar los sistemas de salud, radica precisamente en el papel del Estado como regulador de las fallas de mercado y como instrumento de redistribución de los beneficios de la lotería social y genética².

Frente a estos dos aspectos, el enfoque libertario plantea un Estado minimalista “...limitado a las estrictas funciones contra la fuerza, el robo, el fraude y para la ejecución de contratos, etc., (...) cualquier Estado más extenso viola los derechos de las personas a no ser forzadas a hacer ciertas cosas, y por eso, es injustificado. (...) el Estado no puede utilizar su aparato coercitivo con el propósito de que algunos ciudadanos ayuden a otros...” (Nozick, 1974).

En este orden de ideas, la redistribución de los beneficios de la lotería social y genética es un resultado puramente de la voluntad individual de redistribuir la riqueza y no del mandato del gobierno por la vía de los impuestos. Bajo este enfoque, se espera que los beneficiados de dicha lotería acumularán tanta riqueza que inevitablemente rebosarán la copa de su riqueza y este rebosamiento terminará beneficiando a los menos favorecidos.

Ahora bien, si dentro del ejercicio de su autonomía los individuos propensos al riesgo



buscan un seguro de salud como mecanismo de protección financiera, éste será el resultado de decisiones privadas y simplemente equivaldrá a una transferencia de ingresos entre personas que en forma voluntaria deciden participar en dicho esquema (Nyman, 1999). Pero este esquema de seguro en su concepción puramente voluntaria, no obedece a una intervención del Estado ni a una convicción de que sea necesario equilibrar las injusticias de la lotería social y genética.

Para el enfoque igualitarista, el Estado debe cumplir tanto con estas funciones minimalistas como las de regulador de fallas de mercado y, en especial, la función de compensar a los no beneficiados por la lotería social y genética. Un sistema de redistribución de beneficios resulta entonces de una respuesta adecuada a aquellos desequilibrios que no son producto del esfuerzo individual sino de la buena suerte de nacer rico e inteligente. Esta redistribución es necesaria para que como mínimo las personas tengan iguales oportunidades para enfrentarse a la carrera de la vida, quizá no como competidores exactamente iguales, pero sí al menos con las mismas posibilidades de estar en la línea de partida.

¿Cómo encaja la atención en salud dentro de estos dos extremos? Norman Daniels (1985) argumenta, de acuerdo con lo planteado por Rawls en su “teoría de la justicia” (1971), que la salud es uno de aquellos elementos de la lotería genética y social que genera diferencias injustas que se deben equilibrar. Por ejemplo el nacer con una malformación congénita o con una predisposición genética al cáncer de mama, es algo que está fuera de la responsabilidad individual pero que ciertamente limita las oportunidades al alcance del individuo a la hora de desarrollar su plan de vida.

Lo que Daniels llama el “funcionamiento normal de especie” es aquel nivel de com-

petitividad que permite una igualdad de oportunidades en la carrera de la vida. Podría interpretarse que este funcionamiento normal de especie es uno de esos bienes primarios cuya distribución equitativa demanda Rawls en su “teoría de la justicia”. Tal distribución solo es posible si se beneficia a los menos favorecidos de la lotería mediante un sistema de transferencia de beneficios desde los más favorecidos.

Sen (1999) agrega a la propuesta de Rawls el hecho de que la salud es uno de esos “funcionamientos” necesarios para desarrollar el plan de vida. Estar bien nutrido, escapar a la morbilidad evitable y a la mortalidad prematura, son entonces elementos esenciales del individuo, que no deben estar restringidos por las privaciones derivadas del hecho de haber nacido pobre.

Pero para el extremo libertario, anota Daniels (1998), el acceso a la atención en salud es un elemento más de los que se equilibran de manera autónoma mediante la libre interacción de los individuos. La restricción del Estado a su expresión minimalista no acepta que se transfieran recursos de los ricos a los pobres por la vía de los impuestos, pues ello equivale a una expropiación de la propiedad privada.

Todo lo que supera el Estado minimalista debe dejarse al libre mercado, y el sistema de precios se encargará de asignar con eficiencia los bienes o servicios producidos entre quienes estén dispuestos a pagar el precio de mercado. Cuando un individuo pobre no tiene dinero para pagarse, por ejemplo, un trasplante de médula ósea, deberá apelar a la caridad de las personas que quieran contribuirle. De este modo se materializa la transferencia de ricos a pobres, pero como producto de decisiones individuales, libres y autónomas, y sin la intervención del Estado. La equidad es pues, desde la óptica libertaria,

un asunto de preferencias personales, y no un asunto de una obligación moral como sociedad, de compensar mediante un esfuerzo colectivo los desequilibrios de la lotería social y genética.

Es claro pues que el concepto de derecho a la atención en salud como tal solo se reconoce dentro de la óptica igualitarista, mientras que en la libertaria parece no haber una razón que sustente la transferencia de bienestar de ricos y sanos a pobres y enfermos. Entre estos dos extremos, buena parte de los argumentos del debate sobre la reforma en la mayoría de los países del mundo se enmarca dentro de la óptica igualitarista³. Para el caso de Colombia, nuestra Carta Magna parecería ser de corte igualitarista, y los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre conceptos como vulnerabilidad, dignidad o solidaridad, parecen reafirmar dicha concepción, que se refleja también en el debate (por ejemplo, Restrepo, 2000 y Vega, 2002). Quizá una excepción notable sean los Estados Unidos, donde predomina la óptica libertaria, el individualismo y el rechazo a la figura de un Estado “gran hermano”, visión que se ha acentuado recientemente con el gobierno republicano y el acceso al poder de los neoconservadores. Pero incluso para algunos estudiosos la perspectiva individualista de los americanos se refleja en el enfoque igualitarista de Daniels, pues aborda la salud como un elemento fundamental del bienestar de los individuos, y no toma a éstos como parte de una sociedad (Churchill, 2002).

³ Véase Kinney y Clark (2004) para una exhaustiva revisión de los mandatos con relación a salud y atención médica en las constituciones de los países del mundo. Los autores encuentran que 67,5% de las constituciones del mundo incluyen provisiones respecto a salud o atención médica, lo cual señala el reconocimiento de una obligación del Estado frente a las necesidades de sus asociados en materia de salud.

2. Derecho a la atención en salud frente a la disponibilidad de recursos

A partir de la base que este enfoque constitucional y quizá el valor subyacente en nuestra sociedad es el de la solidaridad y la obligación moral de compensar las diferencias de la lotería social y genética, enfrentamos el siguiente desafío: si se reconoce el derecho a tener un nivel de salud acorde con un funcionamiento normal de especie, y a recibir atención médica en el evento de enfermedad o trauma, automáticamente se está reconociendo que el acceso a la atención en salud debe ser independiente de la capacidad de pago. Este compromiso de equidad en el acceso a los servicios de salud, es en apariencia simple pero tiene implicaciones profundas que van en contra del compromiso mismo. La consecuencia inmediata de este compromiso es que los precios desaparecen como mecanismo regulador del equilibrio entre la oferta y la demanda. Y no quiere ello decir que sean necesarios los precios para lograr dicho equilibrio! Al contrario: se trata de reconocer que, dado que se ha decidido como sociedad que los precios no serán relevantes, en la práctica se está generando una demanda sin límites.

Pero como los recursos para responder a dicha demanda son finitos, el compromiso con el acceso a los servicios de salud sin importar el precio se ve limitado a esa restricción presupuestal. Por muy importante que sea la salud, las personas no dedicarían recursos de manera ilimitada a mantenerla o a recuperarla, pues también hay otras necesidades para satisfacer: alimento, techo, vestuario, etcétera. Este argumento es claro en el contexto libertario donde el acceso a la atención en salud es un asunto individual: allí los hogares establecerían su propio límite al gasto en salud, en aras de lograr el máximo bien-



estar dentro de su restricción presupuestal. Pero en el enfoque igualitarista es necesario trasladar ese razonamiento a la decisión colectiva. El hecho de que la atención en salud se pague con dineros colectivos no invalida el argumento de la restricción presupuestal y la obligación de maximizar el bienestar agregado, solo que este argumento ya no tiene lugar a nivel en el hogar como unidad de decisión, sino de la sociedad.

El enfoque igualitarista demanda pues un conjunto de reglas de decisión sobre cómo asignar los recursos disponibles para maximizar un objetivo dado del sistema de salud. Sin entrar en detalles, se puede asumir que el objetivo del sistema de salud es el de maximizar el nivel de salud agregado de un país, y minimizar las diferencias entre ricos y pobres en dicho nivel de salud (OMS, 2000).

Para el logro de este objetivo hay unos recursos disponibles, que en todas las sociedades del mundo, sin excepción son insuficientes para responder a la demanda. La razón es que si la capacidad de pago no es una limitante para el acceso a los servicios de salud, siempre habrá una demanda superior a la oferta. Y si la demanda es superior a la oferta y el mecanismo de precios está excluido por definición, la única manera de distribuir los recursos es apelando al racionamiento. No hay escapatoria: no racionar equivaldría a dedicar recursos de manera ilimitada a atención en salud⁴. Nuestra restricción presupuestal es ciertamente ínfima en comparación con la de los países desarrollados: magros 145 dólares, pero aún por pequeña que sea, incrementarla implicaría reducir el gasto en otras áreas de la economía, y aún así no se escaparía a la necesidad de racionar.

Es interesante anotar que en el enfoque libertario no existe la necesidad del raciona-

miento explícito, pues el sistema de precios se encarga de distribuir los servicios de salud, tal como se distribuyen las galletas o los carros. Pero al dejar la oferta y la demanda a su libre determinación mediante el sistema de precios, es evidente que los pobres quedarán excluidos por no tener a su alcance los recursos necesarios para sufragar sus gastos en atención médica.

Pero lo interesante es que aún siendo el producto de decisiones individuales y autónomas, el mecanismo de aseguramiento se enfrenta a la decisión de tener que distribuir sus recursos de tal manera que satisfaga las necesidades de sus asegurados, las cuales, por efecto del riesgo moral y la inducción de la demanda, tienden a sobrepasar los recursos disponibles. Esta tendencia es satisfecha por los aseguradores cuando trasladan los mayores costos de sus siniestros a las primas, es decir, cierran el círculo cobrando una prima más cara a los asegurados. El enfoque libertario no presenta ninguna objeción a este círculo vicioso, pues si conduce a primas muy altas, los asegurados tratarán de no pagarlas para equilibrar el gasto de atención en salud con sus otras necesidades. Esto llevará a que las primas se equilibren con la disponibilidad de pagar de los asegurados.

⁴ Es preciso anotar la diferencia entre los conceptos de *racionamiento* y *racionalización*. El de *racionalización* se refiere a mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos, disminuyendo su desperdicio y utilización innecesaria, como se observaría, por ejemplo, al reducir una estancia de un postparto normal de tres días a un día; este racionamiento no implica negación de servicios necesarios. El concepto de *racionamiento*, en cambio, se refiere a que aún existiendo el derecho, un servicio médicamente necesario puede ser negado, dada la imposibilidad de satisfacer todas las necesidades desde un punto de vista médico determinadas, con los recursos disponibles.

3. Fallos de mercado y fallos de Estado

El enfoque igualitarista no necesariamente implica que la redistribución de los beneficios de la lotería social y genética tenga que ser llevada a cabo directamente por parte del Estado. Y aquí aparece la larga y dura discusión de varios siglos sobre cuál es el papel del Estado y del mercado en el mejoramiento del bienestar. La discusión reciente entre neoliberales y socialdemócratas es un capítulo más de un debate que se mueve como el péndulo entre izquierda y derecha. Pero ningún Estado es puramente libertario, o en su expresión más reciente, neoconservador. Ni siquiera lo es el Estado americano, por más extremo que esté el péndulo sobre el lado derecho, pues los neoconservadores de hoy no podrán acabar con el Medicaid o con los subsidios de otro tipo a escuelas, familias indigentes, etcétera. Entonces la discusión entre Estado y mercado toma lo que Anthony Giddens (1998) llama “la tercera vía” y que en pocas palabras reza: “mercado hasta donde sea posible, Estado hasta donde sea necesario”.

Este enfoque pragmático de mercado y Estado reconoce las limitaciones de ambos: el Estado muestra fallos derivados de la burocracia pública. Como lo describe Tirole (1994), estos fallos se originan en la ausencia de principios definidos, y de un objetivo observable y verificable que simplifique las relaciones entre agentes y principal. Más aún, la presencia de múltiples metas y múltiples principales exponiendo a los agentes a diferentes incentivos, genera problemas de coordinación que no logran un accionar eficaz por parte del Estado en su ejercicio de corregir los fallos de mercado.

Por su parte, los mercados de servicios de salud también presentan fallos. La causa más importante de éstos es la protuberante asi-

metría de información entre el médico y el paciente. Esta asimetría no permite que la calidad del producto sea observable completamente para el consumidor, lo cual abre el espacio para que la competencia se concentre en aspectos menos relevantes y que no generan mayor salud. Si estos competidores están guiados por el fin de lucro, el resultado puede ser desastroso porque se podrían generar usuarios muy satisfechos (por el trato amable que reciben y las instalaciones bonitas donde los atienden) pero con una calidad técnica deficiente. En palabras del propio David Dranove (2000),

un defensor del enfoque de mercado en salud el problema no es tanto si los consumidores quieren alta calidad, sino si en realidad pueden saber cuándo la están obteniendo. Cuando los consumidores están bien informados acerca de la calidad, el fin de lucro funciona a su favor.

Esta última frase se puede reescribir así: cuando los consumidores están mal informados acerca de la calidad, el fin de lucro funciona en su contra.

Pero ante los evidentes fallos de mercado y de Estado, la máxima de la tercera vía no dice cuánto de Estado es necesario y cuánto de mercado es posible. Lo cierto es que con una visión pragmática cada país deberá encontrar la combinación ideal de mercado y Estado que le permita lograr su objetivo último: maximizar el bienestar y minimizar las diferencias entre ricos y pobres.

4. Enfoque económico y de salud como mercancía

Hasta ahora es claro que la óptica libertaria y la igualitarista representan implicaciones muy diferentes frente al papel que el Estado y el mercado deben desempeñar en cuanto al acceso de las personas a los servicios de



salud. Pero esto no necesariamente implica que la utilización de las herramientas de análisis microeconómico obedezca a una de las dos ópticas. Quizá el hecho de que la microeconomía asume un papel muy importante en los aspectos normativos de los mercados, la hace en particular propicia para el análisis de los sistemas basados en un enfoque más de mercado, como el de los Estados Unidos. No sorprende pues, que buena parte de la literatura de economía de la salud se produzca en ese país, tal como la argumenta Blaug (1998) al comparar el papel de esta disciplina en ambos lados del Océano Atlántico. Pero su utilización en sistemas de no mercado muestra que también aporta elementos valiosos al análisis, y que la utilización de la producción científica en la formulación de políticas, obedece más a un aspecto normativo que positivo.

No hay pues una disyuntiva entre análisis económico y justicia, en cuanto a la esencia de los argumentos y la evidencia empírica, sino que tal disyuntiva ocurre en el ámbito de lo normativo. Un formulador de políticas de corte libertario encontrará evidencia empírica para soportar sus decisiones, pero otro de corte igualitarista también, lo cual demuestra que la ideología no está en las herramientas microeconómicas sino en quién las utiliza.

Un punto reiterado en el debate ideológico, y que ilustra esta falsa disyuntiva entre análisis económico y justicia es la separación entre bienes públicos y privados. La tradición neoclásica clasifica los bienes entre dos extremos: privados puros y públicos puros. La diferencia es que los primeros generan beneficios exclusivamente a quien los consume, por lo cual el precio de mercado refleja el beneficio para el consumidor. También se conocen como bienes rivales, pues si el individuo A está consumiendo el bien X, solo A podrá consumirlo, por lo cual

el precio refleja la totalidad de la satisfacción que A recibe al consumir X. Los bienes públicos, por el contrario se caracterizan por ser no exclusivos, es decir, si A consume Y, B puede al mismo tiempo consumirlo y A no puede excluir a B de su consumo (Obsérvese que cuando A entra a cine, B también puede ver la misma película se está dentro del teatro, pero allí la exclusividad se refleja en la boleta de entrada: la boleta de A solo le permite la entrada a A).

Muchos bienes o servicios tienen algún grado de beneficios públicos de los que no se pueden excluir otros individuos, como por ejemplo la protección que brinda un niño vacunado a su vecino no vacunado, al reducir la probabilidad de una epidemia. Estos beneficios, o externalidades positivas en el consumo, conllevan a que el consumo de estos bienes en condiciones de mercado puro sea inferior al óptimo, pues el precio sería mayor que los beneficios privados.

Pero una cosa es la división de los bienes y servicios de acuerdo con la variable de quién recibe los beneficios y en qué proporción, y otra son las implicaciones normativas derivadas de dicha clasificación. El hecho de que un bien sea clasificado como privado por la economía neoclásica no implica de manera automática que tenga que ser proveído por el sector privado, o que se tenga que ignorar el papel de la sociedad civil en su organización y prestación. Tampoco implica que el bien público tenga que ser proveído por el sector público. De hecho, el enfoque igualitarista lleva a que el Estado en su función de equilibrar la lotería social y genética asuma la obligación de garantizar el acceso de los desfavorecidos a aquellos bienes y servicios que la lotería les negó, y ello ocurre sin importar que sean privados. De igual manera, el Estado puede contratar con una institución privada la aspersión de insecticidas para controlar vectores, y no por ello está

faltando a su obligación de proveer bienes públicos.

En el mismo sentido del punto sobre la clasificación en bienes públicos y privados, el hecho de que para predecir el resultado de algunas medidas de políticas, las herramientas de análisis económico asuman que el individuo es un maximizador de utilidad, o que el productor es un maximizador de ingresos, no equivale a decir que se debe dejar a la oferta y la demanda interactuar libremente mediante el mecanismo de precios. Tampoco tiene mucho sentido criticar el enfoque económico porque trata los médicos y prestadores como oferta y los pacientes como demanda, suponiendo que ello equivale a considerar la atención en salud como una mercancía igual a cualquier *commodity*. El hecho de utilizar las herramientas de análisis económico no implica de manera automática que las cuestiones normativas ignoren aspectos como la equidad, la solidaridad, la vulnerabilidad, o las acciones colectivas de la sociedad civil.

Desde una perspectiva más general, el hecho de que la economía neoclásica y las ramas de la economía institucional (teoría de elección pública, economía de derechos de propiedad, teoría de agencia, y economía de costos de transacción), utilicen sus herramientas para el análisis de políticas en el sector salud, no despoja a ésta de su condición de especial que la mayoría de las sociedades le adjudican. Para ilustrar esto, bastaría con listar los innumerables estudios económicos sobre el sector salud en países tan solidarios como Canadá, o los escandinavos, o incluso en el Sistema nacional de salud británico, el cual es altamente valorado como patrimonio colectivo en el Reino Unido.

Quizá las herramientas del análisis económico no sean suficientes para tratar temas como la subjetividad de los valores y su im-

pacto sobre la forma como se distribuyen los recursos para la atención en salud, o aspectos colectivos de la forma como las comunidades promueven y mantienen su nivel de salud. En este sentido anota Fuchs (2000) que el *armamentarium* metodológico del economista le permite aproximarse a problemas de política sectorial con mucha más facilidad que a otros profesionales, pero también reconoce que la disciplina económica trata de evitar algunos aspectos de las discusiones de política, por ser desde un punto de vista empírico intratables, como por ejemplo, las implicaciones éticas de las decisiones de racionamiento.

Las herramientas de análisis económico han mostrado su utilidad en el análisis del comportamiento del médico como tomador de decisiones, en las respuestas del hospital a las regulaciones, en la respuesta de la demanda a la presencia de seguros, en fin, múltiples aspectos en los que ha sido posible tener un mejor conocimiento de los fenómenos, y que han permitido mejorar el poder predictivo de los análisis y, en consecuencia, disminuir la incertidumbre sobre las consecuencias de las políticas. Claro está que aún persisten grandes vacíos cuyo conocimiento requerirá de ingentes esfuerzos en las próximas décadas; temas como la función objetivo de los hospitales, la función de bienestar social, la valoración de los beneficios de las intervenciones en salud, etc., aún no han logrado ofrecer modelos teóricos que permitan un avance más sólido de la evidencia empírica.

Pero la distancia entre lo positivo y lo normativo también está presente en la metodología de los epidemiólogos o los sociólogos, u otras ciencias sociales: dichas metodologías se derivan de sus respectivos marcos teóricos de referencia, y las prescripciones normativas que surgen de la evidencia empírica no necesariamente son traducciones litera-



les de sus marcos de referencia, sino adaptaciones a la realidad que siempre resulta mucho más compleja que la visión sectorizada de un enfoque particular. Fuchs (2000) vuelve sobre este punto para resaltar la necesidad del trabajo multidisciplinario: cada disciplina tiene una forma particular de analizar una situación, que se refleja en el tipo de preguntas que se hace. Cada disciplina es entonces un “mapa” diferente acerca de un mismo fenómeno, así como existe un mapa de carreteras de Colombia, otro de ríos, otro de montañas, otro de sitios turísticos. El hecho de que se mire un mapa u otro simplemente refleja el interés específico que se busca satisfacer, pero el fenómeno es independiente del mapa con el que se mire.

5. El sistema colombiano frente a estos planteamientos

Las reformas radicales del sector a principios de los noventa, que se inician con la ley 10 de 1990, y luego con la reforma constitucional de 1991, harían pensar que el péndulo del debate ideológico se movió hacia la derecha. Sin embargo, la ampliación de la cobertura del régimen contributivo al grupo familiar, la creación de un fondo de compensación que equilibra las contribuciones con los beneficios, y la afiliación al régimen subsidiado de una parte de la población pobre, haría pensar que dicho péndulo se movió de regreso hacia la izquierda.

Aunque persisten diferencias en el acceso a los servicios de salud determinadas por el ingreso, algunos autores muestran que la ampliación de coberturas de aseguramiento disminuyó esas diferencias (por ejemplo, Tono, 2001). Sin embargo, no es concluyente que la mezcla actual de Estado y mercado sea deseable o no para el contexto del país, como se puede inferir del análisis de Restrepo (2004).

El sistema colombiano adoptó en 1993 un modelo de competencia en el aseguramiento y en la prestación, basado en la libertad, por parte del usuario, de elegir la empresa prestadora de salud (EPS) o administradora de riesgos de salud (ARS) de su preferencia, y dentro de la red que éstos ofrecen, libertad de elegir su prestador. Estos agentes “articuladores” que gestionan los recursos y compiten entre sí, tiene mucho sentido en los siguientes términos: si el Fosyga transfiere riesgo a estos administradores de planes de beneficios (APB), éstos adquieren un incentivo para mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos y, por tanto, contratarán la prestación de los servicios de salud de tal manera que mantengan o mejoren el nivel de salud de su población asegurada, y puedan extraer su utilidad. El ponerlos a competir unos con otros haría que se esforzaran por maximizar esa relación entre salud y recursos disponibles, para lograr una mayor participación en el mercado. No obstante, es pertinente señalar, que dadas las imperfecciones de los mercados de prestación de servicios de salud, es de esperarse que aparezcan los fallos de mercado que la teoría económica predice.

Debido precisamente a las asimetrías de información en la prestación de servicios de salud, los APB pueden adoptar estrategias perversas para lograr excedentes sobre la unidad de pago por capitación (UPC): descremar el mercado rechazando la población de alto riesgo, interponiendo barreras de acceso a los servicios de salud, amordazando al médico para limitar su autonomía en la utilización de recursos, y cuando ya no queda más que hacer, demorar los pagos a los proveedores al máximo posible con argumentos truculentos como la glosa malintencionada. Estas estrategias pueden perfectamente ocultarse tras un manto atractivo para el usuario: trato amable, citas a médico general el mismo día, instala-

ciones bonitas y buena imagen corporativa. Estos últimos elementos le garantizan al APB su “éxito” en el mercado, pero evidentemente fallan a la hora de garantizar una atención más eficiente, más equitativa y de mejor calidad.

Ahora bien, cuando el APB traslada parte del riesgo a los prestadores en forma de contratos de capitación, se generan exactamente los mismos incentivos perversos que ocurren en el nivel del APB. Tan factible es que el prestador capitado apele a modelos virtuosos de control del gasto, como que apele a modelos perversos. El problema de asimetría de información también puede ocultar el modelo perverso de un prestador capitado bajo un manto de trato amable e instalaciones bonitas. Pero el meollo del problema está en cómo separar la vid de la cizaña sin que el consumidor desinformado lo tenga que hacer por su cuenta, lo que es obvio que no podrá hacer. He ahí los peligros de la competencia, que reflejan lo que planteaba Dranove en la cita mencionada: si los consumidores no pueden evaluar la calidad técnica de los servicios de salud, la competencia los puede resultar afectando. Una vez más, las imperfecciones de los mercados de prestación de servicios de salud llevan a un fallo del mercado. Este elemento de la poca observabilidad de la calidad técnica es el argumento central que hace trastabillar el enfoque de mercados en salud.

Pero hay experiencias exitosas en las que un compromiso con la calidad técnica y con las demás esferas de la calidad, genera mejores indicadores de salud y salud financiera para el APB. El ejemplo de Kaiser Permanente, una HMO (Health Maintenance Organization) que se inició en el Estado de California hace más de siete décadas, muestra con claridad que un compromiso de largo plazo con la competitividad, puede llevar a mejoras simultáneas en eficiencia y calidad

(Weiner *et al.*, 2002). Pero es claro que para llegar a ese nivel hay que quemar algunas etapas en la evolución de los mercados, en la capacidad regulatoria del Estado y en los flujos de información hacia los usuarios para reducir las asimetrías pertinentes. No es algo que aparezca con la simple aprobación de una reforma de mercado, pero es algo hacia lo que debe marchar el sistema si persiste en su enfoque de mercado.

6. Atención gestionada y valores profesionales

Los sistemas de salud basados en el mercado más desarrollados en los Estados Unidos que en cualquier otro país del mundo, han propiciado la evolución de modelos organizacionales innovadores que rompen con los esquemas tradicionales de organización médica. Una evolución importante que se dio en este sistema es la de los seguros que controlaban las decisiones médicas o que establecían incentivos para que dichas decisiones permitieran prestar servicios de salud dentro de las restricciones presupuestales de las primas. Así apareció el concepto de *managed care*, o atención gerenciada.

Pero el hecho de que este modelo haya aparecido en un contexto de mercado, no quiere decir que su utilización sea exclusiva de este tipo de sistemas de salud. Resulta muy sintomático que un sistema de salud tan distinto como el del Reino Unido, que no es de mercado, esté buscando aprender algo de los modelos virtuosos del *managed care* adoptados por Kaiser Permanente (Weiner *et al.*, 2002).

En este nivel de la argumentación es pertinente señalar que la crítica a los modelos de *managed care*, está en su gran mayoría mal enfocada. El asunto es que bajo el nombre de *managed care* se incluyen tanto los mode-



los perversos basados en barreras de acceso y descreme del mercado, como los modelos virtuosos basados en atención proactiva e integral del proceso salud-enfermedad.

En el caso colombiano, existen elementos de *managed care* de tipo virtuoso, que contribuyen de manera decidida a mejorar en forma simultánea la calidad y la eficiencia, así como también existen modelos perversos, también importados del *managed care*, pero de aquel perverso que no agrega valor sino que quita salud y saca dinero del sistema. El error en la crítica al concepto de *managed care*, como la planteada por Iriart *et al.* (2001) está en asumir que la única posibilidad de reducir el gasto médico es recurriendo a barreras de acceso, negación de servicios y amordazamiento del médico; también resulta erróneo asumir que este modelo es de aplicación exclusiva en sistemas de mercado.

Ahora bien, ciertamente los modelos de *managed care* implican un desafío a los valores y principios de la profesión médica, en especial, a aquellos de autonomía profesional y de beneficencia. En cuanto al principio de autonomía profesional, los modelos de *managed care* basan su efectividad precisamente en controlar dicha autonomía y obligar al profesional a rendir cuentas ante la sociedad sobre la manera cómo gasta los recursos de la colectividad. Valga la aclaración en este punto: esta reflexión se refiere a los modelos virtuosos de *managed care*, no a los modelos perversos. Pero, de nuevo, también es claro que para aplicar estos modelos no se necesita de un sistema de salud de mercado.

Y en cuanto al principio de beneficencia, también es claro que al generar una mayor eficiencia en la utilización de los recursos, por la vía de la racionalización se logrará una mejor utilización de los recursos disponibles.

Este conflicto también se presenta en los sistemas de salud de no mercado, y la utilización de modelos de *managed care* para tratar de resolverlo, demuestra que no existe la equivalencia entre *managed care* y salud como mercancía.

Conclusión

Aunque ningún sistema de salud en el mundo es estrictamente libertario en el sentido de Nozick (1974), los diferentes tipos de sistemas se mueven entre un extremo de menos intervención estatal, como en Estados Unidos, y uno de monopolio público en el aseguramiento y la prestación, como el sistema cubano. Entre estos dos extremos es evidente que hay divergencias ideológicas que se inscriben en el eje libertario-igualitarista, divergencias difícilmente conciliables, como lo han demostrado siglos de discusión filosófica sobre el asunto.

Ahora bien, el hecho de que algunos sistemas de salud le den mayor protagonismo a los mecanismos de mercado que otros sistemas, no implica necesariamente que las herramientas analíticas de la microeconomía, muy aptas para los sistemas de mercados, equivalgan a la ideología que subyace a los diseños de sistemas de salud. Esto se demuestra con la utilización del análisis microeconómico en contextos de no mercado, que aunque menos útil ha permitido estudiar desde un punto de vista empírico los problemas de diseño y funcionamiento de estos sistemas.

De otra parte, el hecho de que las herramientas de *managed care* hayan surgido en contextos de mercado, no implica que no sean utilizadas en contextos de no mercado. Tampoco se puede concluir que las restricciones a la autonomía profesional y la resolución del conflicto entre beneficencia y justicia sean

exclusivas de sistemas de mercado, pues están presentes de igual forma en sistemas de no mercado, solo que para su resolución no se utilizan enfoques de mercado.

No hay claridad entonces sobre la respuesta definitiva a los problemas de diseño de los sistemas de salud. Tanto los enfoques de mercado como los de Estado adolecen de debilidades que tratan de superar desde la orilla opuesta. Y de nuevo Fuchs (2000), considera que, dadas las imperfecciones cruciales de los mercados de salud en materia de información asimétrica, no se puede esperar que un enfoque de competencia resuelva los problemas de ineficiencia que genera un enfoque puramente estatal. Y a la inversa, los problemas cruciales del Estado tampoco permiten que se llegue a maximizar el objetivo del sistema, con un enfoque puramente público. Aunque el autor admite el enfoque pragmático de tipo “tercera vía”, agrega de manera taxativa, en una especie de diálogo editorial con John Iglehart, que:

Dada la naturaleza compleja y dinámica de la tecnología médica y el carácter altamente personal y emocionalmente cargado de [las relaciones entre médico y paciente], ni la competencia ni la regulación, solas o combinadas, pueden dar una base adecuada para el control social de la atención médica. Pienso que las normas profesionales son un tercer elemento crítico.

Bibliografía

- Blaug, M. 1998. “Where are we now in British health economics?” *In: Health Economics*. 7:S63-S78.
- Churchill, LR. 2002. “What ethics can contribute to health policy”. *In: Ethical dimensions of health policy*, editado por Marion Danis, Carlo Clancy y Larry Churchill. Oxford University Press.
- Daniels, N. 1985. *Just Health Care*. Cambridge University Press.
- Daniels, N. 1998. “Is There a Right to Health Care, and if so, What Does It Encompass?” *In: Companion to Bioethics*, editado por Helga Kuhse y Peter Singer. Oxford: Blackwells:316-25.
- Dranove, D. 2000. *The economic evolution of american health care*. Princeton University Press.
- Fuchs, V. 2000. “The future of health economics”. *In: Journal of Health Economics*. 19:141-57.
- Giddens, A. 1998. *The Third Way*. Blackwell Publishers.
- Iriart, C.; Merhy, Emerson E.; Waitzkin, H. 2001. “Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform”. *In: Social Science and Medicine*. 52:1243-53.
- Kinney, ED.; Clark, BA. 2004. “Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world”. *In: Cornell International Law Journal*. 37(2):285-355. Disponible en: http://indylaw.indiana.edu/instructors/Kinney/Articles/kinney_Constitutions.pdf
- Nozick, R. 1974. *Anarchy, state and utopia*. Oxford University Press.
- Nyman, JA. 1999. “The economics of moral hazard revisited.” *In: Journal of Health Economics*. 18:811-824.
- OMS. 2000. *Informe mundial de la salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Rawls, J. 1971. *A Theory of justice*. Harvard University Press.
- Restrepo, M. 2000. “Elementos para una doctrina del derecho a la salud en Colombia”. *En: Ejercicios de derecho a la salud en Colombia*, editado por Juan Carlos Giraldo Valencia. Defensoría del Pueblo.
- Restrepo, JH. 2004. “Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?” *En: Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 6:8-34.
- Sen, A. 1999. *Development as Freedom*. New York, NY: Knopf.
- Tirole, J. 1994. “The internal organization of government”. *Oxford Economic Papers*. 46(1):1-29.
- Tono, T. 2001. “Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos en siete ciudades”. Borrador.
- Vega, R. 2002. “Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social”. *En: Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1(2):49-65.
- Weiner, J.; Gillman, S.; Lewis, R. 2002. “Organization and financing of British primary care groups and trusts: observations through the prism of US managed care”. *In: Journal of Health Services Research & Policy*. 7(1):43-50

