



El mercado de la salud: fallas y arreglos institucionales

Ana I. Balsa, Ph.D. Research Assistant Professor. Health Economics Research Group. University of Miami Miami, FL. Profesor Visitante. Departamento de Economía. Universidad de Montevideo
Juan M. Dubra, Ph.D. Profesor. Departamento de Economía. Universidad de Montevideo

RESUMEN

Los mercados de salud en el mundo presentan fallas que impiden una asignación socialmente eficiente de recursos. Dichas fallas resultan de problemas de asimetría de información, así como de otras características de los servicios de salud, como su carácter de bien público o su producción bajo economías de escala. A esto hay que agregarle los objetivos de equidad que distinguen al mercado de la salud de otros mercados. El presente trabajo plantea algunos de los problemas que surgen de las fallas en el mercado de la salud e ilustra cómo diferentes países desarrollados han intentado atacar esta problemática.

Palabras clave: Sistemas de salud, economía de la salud, sistemas nacionales de salud

SUMMARY

Several failures intrinsic to health care markets limit the ability of the private sector to allocate resources efficiently. These failures are the result of information asymmetries between different market agents, of the public good character of some health services and of economies of scale. In addition, the health care market is characterized by stronger equity concerns than other markets. This paper describes some of the problems associated with the market failures in the health sector and illustrates how several developed countries have attempted to address these issues.

Keywords: Health systems, health economics, national health systems

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es presentar una descripción de las principales características de los mercados de la salud, las fallas competitivas intrínsecas a los mismos y las dife-

rentes instituciones que los países desarrollados han creado para enfrentarlas. La discusión actual sobre la reforma de la salud en nuestro país exige analizar las experiencias de otros países e identificar los problemas y desafíos que cada arreglo institucional trae aparejados.

Cuando hay fallas de mercado, es decir, cuando los recursos no están siendo asignados de una manera socialmente óptima por el mercado, la intervención del gobierno está justificada como forma de mejorar la eficiencia. En la práctica, la intervención del gobierno puede asumir dos modalidades. La primera forma de intervención cumple una función habilitadora. Consiste en ajustar el entorno en el que los agentes actúan para permitir decisiones privadas más eficientes. La segunda manera de intervenir es más directa y se caracteriza por la provisión pública de recursos que no son provistos en forma eficiente por el mercado (Jack, 1999).

Además de intervenir por razones de eficiencia, la intervención pública en el mercado de la salud se justifica por el lado de la equidad. Muchos países consideran la salud como un derecho de los individuos y asumen acciones para que la calidad y cantidad disponibles de servicios de salud para individuos con la misma necesidad no difieran en función de variables socioeconómicas.

En el presente trabajo describimos varios sistemas de salud en los países desarrollados que utilizan diferentes modalidades de intervención para resolver las problemáticas de la eficiencia y de la equidad. En la sección II describimos ciertas características de los mercados de salud que conducen a fallas de mercado y algunos de los problemas concretos que enfrentan muchos de los sistemas sanitarios actuales a raíz de esas fallas. La sección III caracteriza diferentes sistemas de salud en función del tipo de cobertura, la forma de recaudación y financiamiento del sistema, la forma de pago a los proveedores, la producción de servicios y la libertad de elección. En la sección IV describimos cinco sistemas de salud concretos: el canadiense, el alemán, el de Gran Bretaña, el de Estados Unidos y el holandés. Concluimos en la sección VI.

LAS FALLAS DEL MERCADO DE LA SALUD

Como señaló Arrow (1963) los mercados de cuidados de salud en el mundo distan de ser competitivos y por tanto en

*Correspondencia: abalsa@miami.edu
jdubra@um.edu.uy*



general son ineficientes. Las fallas de estos mercados son de dos índoles: fallas debidas a problemas de información y fallas que surgirían aún si el mercado se manejara en completa certidumbre.

PROBLEMAS DE INFORMACIÓN

Una peculiaridad del mercado de la salud es que la demanda por cuidados médicos no es predecible por el individuo. En general se asume que los individuos son adversos al riesgo: prefieren pagar una prima segura hoy que pensar en desembolsar en el futuro una cantidad incierta para financiar eventuales cuidados médicos. Esto de por sí no representa una falla de mercado. Si se asume que hay compañías de seguros a nivel privado que no son adversas al riesgo, la solución óptima sería que los seguros ofrecieran como una de sus opciones un seguro total de salud a los individuos. Sin embargo, en la realidad las empresas aseguradoras no están dispuestas a financiar seguros totales. Esta imposibilidad de satisfacer las demandas de los consumidores de asegurarse totalmente constituye una falla del mercado. El problema no radica en la existencia de incertidumbre sino en las asimetrías de información que existen entre los actores del mercado. Hay varios tipos de problemas de información asimétrica que impiden el correcto funcionamiento del mercado de la salud. Dos de ellos, el riesgo moral y la selección adversa (que describimos a continuación), surgen porque la empresa aseguradora tiene menos información que el individuo sobre su riesgo (su morbilidad y estado de salud en general) y sobre las posibles acciones que el individuo puede emprender para controlar o no ese riesgo (fumar, tener una vida sedentaria, comer una dieta sana, etc.). Además, el mercado de la salud en particular se ve afectado por otro tipo de asimetría de información: la existente entre el médico y el paciente, que le da al médico un poder de mercado sobre los servicios a consumir por el paciente.

Riesgo Moral. Una razón posible por la cual no se observan seguros totales es que si los seguros fueran totales, la gente tendería a usarlos demasiado, o a descuidar su salud más allá de lo óptimo, pues no sería responsable de los costos monetarios de sus acciones. Como el nivel de cuidado que la gente debe tener con su salud no se puede escribir en un contrato porque sería difícil de controlar, y complicado de hacer cumplir en una corte, los contratos de seguro hacen asumir parte del riesgo a los asegurados, por ejemplo, a través de co-pagos. Al transferir parte del riesgo, se le da al asegurado los

incentivos adecuados para el cuidado correcto de la salud y para que no se use en demasía el servicio de salud.¹

Selección Adversa. Aun si el nivel de cuidado que la gente debe tener con su salud se pudiera escribir en un contrato, todavía existiría el problema de la selección adversa: para cada tipo de seguro, tenderán a asegurarse aquellos individuos que saben que están sujetos a riesgos más altos. Así por ejemplo, si el precio de un seguro se fijó para compensar el riesgo promedio de un cierto grupo etario y sociocultural, la gente que sabe que es más sana que el promedio no se asegurará, pues el seguro resulta muy caro, y sí se asegurarán los individuos que enfrentan riesgos altos. De esa manera, la compañía de seguros perdería dinero, ya que los desembolsos que tendría que realizar serían en promedio mayores a los planeados originalmente. Esto determina que el contrato original con un precio "justo" nunca llega a ofrecerse. El resultado es que la gente queda sin seguro, lo que constituye una falla del mercado.²

Asimetría médico-paciente. Una falla bastante específica del mercado de la salud es la que surge porque el paciente tenderá a hacer cualquier cosa que el doctor le sugiera: el paciente sabe que el doctor sabe más que él, y por tanto tiende a obedecer. Los incentivos de los doctores son a "venderles" a los pacientes más servicios que los que ellos precisan. Además, la calidad de los servicios médicos tiende a ser menor que la óptima. Muchas veces la urgencia de recibir servicios hace difícil experimentar diferentes alternativas y buscar la de mejor calidad. Incluso luego de ser utilizados los servicios se vuelve difícil evaluar su calidad, ya que es difícil separar los resultados que responden a la calidad del médico de aquellos que surgen de la morbilidad del paciente.

PROBLEMAS DERIVADOS DE LAS ECONOMÍAS DE ESCALA Y LAS EXTERNALIDADES

Además de los problemas de información, existen al menos dos causas más por las cuales el mercado de la salud tiende a asignar recursos en forma ineficiente.

- 1 Otro nombre para este tipo de problema es el de "Agente Principal". Dos referencias clásicas en este tema son Ross (1972) y Stiglitz (1973).
- 2 La referencia clásica en este tema es Akerlof (1970).



Economías de Escala. En el mercado de la salud existen economías de escala que surgen por cuestiones tecnológicas y de indivisibilidades de los factores de producción. Cuando existen economías de escala significativas, tienden a surgir los monopolios naturales, y con ellos las ineficiencias asociadas a los monopolios.

Externalidades. Si se deja al mercado de la salud funcionar sin intervenciones, es probable que se produzcan menos servicios que los óptimos, en menor cantidad, o de peor calidad. En principio, cada individuo compraría servicios de salud teniendo en cuenta sólo los beneficios que dichos servicios le proporcionan a él. Al hacer esto, ignora que si él contrae una enfermedad altamente contagiosa e infecciosa, perjudicará a otra gente. Como a él nadie le paga por cuidar de los demás, tiende a cuidarse menos que lo que sería óptimo si tomara en cuenta completamente las consecuencias de sus acciones.

LA ECONOMÍA DE LA SALUD, LOS PROBLEMAS EN LA PRÁCTICA

Los problemas teóricos analizados en la sección anterior llevan al mal funcionamiento del mercado de la salud en la práctica. Entre los problemas que aquejan a muchos de los sistemas de salud del mundo figuran:

- a. Cobertura incompleta de la población. Los seguros privados cobran primas proporcionales al riesgo de los individuos. En general existe una relación inversa entre riesgo y poder adquisitivo. Los individuos de menores ingresos y mayores problemas de salud tienen peor acceso a los seguros y por lo tanto a cobertura médica.
- b. El continuo aumento de costos debido a aumentos de volumen y de precios. En un sistema de seguros los usuarios de servicios son responsables marginalmente de un porcentaje muy bajo de los costos. Esto hace que tiendan a consumir más allá de lo que consumirían si tuvieran que pagar el servicio integralmente (riesgo moral). A esto se suma la incapacidad del consumidor de verificar completamente la calidad del servicio y la información asimétrica entre proveedor y paciente, que facilita una situación de demanda inducida por la oferta. Además, como el consumidor es relativamente inelástico a la calidad (por no poder verificarla), los proveedores compiten por aquello que es más visible (tecnología) y no necesariamente por mejorar la calidad del servicio.
- c. Selección adversa en los mercados de seguros privados. En los mercados de seguros sin regulación los planes intentan quitarse de encima aquellos individuos con con-

diciones de riesgo alto.

- d. Aumento de las necesidades asistenciales debido al envejecimiento de la población. Aunque este es un factor importante en el crecimiento de los costos de salud observado en el mundo en las últimas décadas, probablemente su impacto sea mayor en la provisión de cuidados asistenciales de largo plazo que en la provisión de servicios agudos. Es importante que las sociedades den prioridad a la revisión de sus sistemas de cuidados de largo plazo.

LA ECONOMÍA DE LA SALUD: CARACTERIZACIÓN DE DIVERSOS SISTEMAS

La estructura compleja de los sistemas de salud en el mundo busca compensar por las diversas fallas que atentan contra el funcionamiento eficiente del mercado, así como por las inequidades que surgen en dicho mercado a raíz de la distribución desigual de la riqueza. Los grandes rasgos que diferencian a los sistemas de salud son el tipo de cobertura, la forma de financiamiento, la remuneración a los proveedores de servicios y el carácter público o privado de la provisión. Además, existen variantes en los desembolsos exigidos al paciente y en la libertad de elección de proveedores que tiene el paciente. Estas estructuras determinan, entre otras cosas, el grado de equidad y uniformidad en los servicios que recibe la población, la progresividad o regresividad en el financiamiento, el tipo de racionamiento (por cantidad, calidad o precio) y los incentivos a mantener o incrementar costos.

TIPO DE COBERTURA

Muchos países industrializados tienen sistemas en los que el gobierno asegura cobertura médica a cada individuo independientemente de nivel económico o estado de salud. Estos sistemas de cobertura universal asumen dos variantes (Mos-sialos, E. Dixon, A. Figueras, J. and Kutzin, J., 2002): seguros de salud nacionales (Canadá, Inglaterra) o seguros sociales de salud (Francia, Alemania). Los primeros se financian a través de impuestos generales, mientras que los segundos son financiados a través de primas proporcionales al salario que comparten empleados y trabajadores. Otros países, como Estados Unidos, tienen sistemas de seguro mixtos, mayoritariamente privados y financiados con primas individuales, con complementos públicos para ciertos segmentos de la población. Estos sistemas no logran, en general una cobertura



universal. Por último, el sistema de cuentas de ahorro médico (Singapur) ha sido un modelo altamente debatido en la literatura, aunque son pocos los países que de hecho lo han implementado. En este sistema los individuos contribuyen regularmente un porcentaje de su ingreso a su cuenta médica y el dinero es utilizado luego para comprar servicios de salud. En Singapur las cuentas de ahorro médico se complementan con un seguro obligatorio que cubre contra catástrofes y un fondo público cubre a los individuos de menores ingresos.

En los seguros nacionales generalmente el sector público contrata directamente con proveedores (a través de dependencias regionales). Los seguros sociales, por su parte, mantienen una estructura más similar a la de los seguros privados. Por ejemplo, el seguro social alemán paga primas a organizaciones privadas sin fines de lucro regionales llamadas Fondos de Enfermedad, que se encargan de contratar los servicios de los proveedores. Algunos seguros sociales permiten la competencia entre estos fondos aseguradores con el fin de proveer de mayor libertad de elección a los usuarios, incentivar la calidad y reducir las primas. Sin embargo, y a pesar de que estos fondos están obligados a aceptar a cualquier individuo, la competencia da lugar a selección adversa y a procesos de selección de las poblaciones más sanas ("selección de la crema") por los cuales algunos fondos quedan con una población más riesgosa que otros. Las contribuciones reflejan estas diferencias y el sistema se torna inequitativo. Los pagos ajustados por riesgo surgen justamente para combatir esta problemática.

Algunos sistemas de cobertura universal permiten la contratación individual de complementos privados para los más afluentes y/o los auto-empleados (Alemania, Inglaterra). Estos seguros paralelos también generan problemas de selección adversa (ya que el sistema nacional se queda con los riesgos más altos). Además, los médicos que trabajan en ambos sectores tienen incentivos de manipular la calidad de los servicios públicos para aumentar su ingreso en el sector privado. Otros sistemas, como el canadiense, prohíben la contratación privada de seguros que cubran los mismos servicios que los ofrecidos por el sistema nacional.

Los seguros sociales son más transparentes y más protegidos de la interferencia política que los sistemas de salud nacionales. Sin embargo, generan mayores costos salariales que pueden afectar la competitividad del país y hacen más difícil el acceso de la población no empleada (dependientes, retirados o desempleados). Los seguros privados son generalmente más eficientes que los universales, pero también tienen costos administrativos más altos.

RECAUDACIÓN Y FINANCIAMIENTO

Los sistemas de seguro nacional se financian con impuestos generales. Los seguros sociales se financian con impuestos proporcionales al salario, que se destinan en su totalidad al sector salud y los sistemas privados con primas fijas o ajustadas por riesgo, individuales o compartidas con empleadores. Además cada uno de estos sistemas exige a los usuarios en mayor o menor medida el desembolso de copagos por la utilización de servicios (Mossialos, E. Dixon, A. Figueras, J. and Kutzin, J., 2002).

Conviene destacar dos aspectos sobre el financiamiento del sistema sanitario. En primer lugar, las primas en un sistema privado se pagan voluntariamente y dependen de la categoría de riesgo del comprador del seguro. Los impuestos son obligatorios y no dependen de la categoría de riesgo del asegurado. Un sistema financiado en base a impuestos generales sobre el ingreso o impuestos a los sueldos (seguridad social) es generalmente progresivo, mientras que un sistema financiado en base a impuestos al consumo, primas y/o copagos es generalmente regresivo. En segundo término, el financiamiento a través de impuestos está altamente condicionado por la situación económica del país y por las presiones políticas. El financiamiento a través de un impuesto predestinado al sector salud tiene menos volatilidad que el de un impuesto general.

REMUNERACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS

Hay dos grandes formas de remuneración a los proveedores de servicios médicos: remuneración fija o remuneración variable de acuerdo a la cantidad y calidad del servicio (Ellis and McGuire, 1986). Los pagos fijos (presupuestos prospectivos o pagos fijos por individuo cubierto) obligan al proveedor a asumir responsabilidad por los costos. De esta manera promueven el uso eficiente de recursos y frenan los aumentos irrestrictos de gastos. Sin embargo, con pagos fijos el proveedor se ve obligado también a compartir parte de los riesgos, lo que lo incentiva a buscar deshacerse de los individuos con riesgos más altos (selección adversa) y/o a reestructurar su oferta de servicios de manera de atraer pacientes relativamente más baratos (selección de la "crema"). Además, es posible que el proveedor termine produciendo servicios por debajo del óptimo.

Las diversas formas de remunerar a los hospitales son: presupuestos globales retrospectivos (variable), presupuestos globales fijos prospectivos, pagos fijos por tipo de caso cubierto



(en general asociados al grupo de diagnóstico en que se clasifica el servicio) o prepagos capitados (que en muchos casos ajustan por sexo, edad y otras características del paciente).

Los médicos, por su parte, se remuneran a través de pagos por servicio (variable), pagos por servicio sujetos a un tope de cantidad (Canadá o Alemania), pagos capitados (ajustados o no por riesgo) y salarios (pago fijo). En Estados Unidos, donde el sistema es mayoritariamente de servicios privados, los planes de seguro hacen acuerdos de descuento con cierto número de médicos y restringen la oferta de proveedores a estos grupos u ofrecen al asegurado una mayor cobertura cuando el asegurado elige atenderse con uno de estos proveedores.

Debido al gran aumento de costos que han experimentado los sistemas de salud en las últimas décadas, la tendencia en la mayoría de los países ha sido a implementar sistemas de remuneraciones que incentiven el control de costos por parte de los proveedores y que restrinjan las conductas oportunistas.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Los servicios de salud se producen tanto a nivel público como privado, y dentro del sector privado, en organizaciones con o sin fines de lucro. Hart, Shleifer and Vishny (1997) sostienen que la superioridad de un sistema privado sobre el público depende, entre otras cosas, del grado de competitividad del mercado privado y del grado de corrupción o patronazgo en el sector público. La mayoría de los países industrializados están convergiendo hacia un sistema de provisión privada. El alto nivel de corrupción a nivel de las compras públicas de insumos y medicamentos que existe en la gestión pública es un llamador de atención en el momento de definir la estrategia de producción de servicios hospitalarios. También es motivo de controversia el de la provisión en empresas con fines de lucro o en organizaciones sin fines de lucro. Hay quienes argumentan que las primeras operan más eficientemente que las segundas, al tener más incentivos para controlar costos.

LIBERTAD DE ELECCIÓN

En algunos sistemas, los usuarios de servicios de salud tienen la libertad de escoger el proveedor que prefieren. En otros sistemas la libertad es limitada o nula. En Gran Bretaña, por ejemplo, los médicos generales son los que refieren a los pacientes a un especialista o a un hospital. En Canadá o Alemania, la capacidad de elegir el proveedor es ilimitada. Mayor libertad de elección genera mayor satisfacción para el

consumidor y mayor competitividad. Sin embargo, puede ir asociada también a costos de coordinación o ineficiencias por desaprovechamiento de economías de escala.

DISEÑOS DE SISTEMAS DE SALUD

En esta sección describimos cinco sistemas de salud concretos. En general no es fácil determinar si un sistema de salud es superior a otro. En primer lugar, ello exige cuantificar el valor que una sociedad asigna a características muchas veces excluyentes, tales como la equidad, la eficiencia, la libertad de elección o la innovación. En segundo término, cada sistema particular es el resultado de una historia económica, política y social del país en concreto. Las instituciones están vinculadas a la cultura de la población y a las tradiciones de solidaridad y apoyo mutuo. Muchas veces ha fracasado la aplicación a un país de un sistema que aparentemente funciona bien en otro país porque las instituciones y la cultura de la población son diferentes. Por último, la estructura de cada sistema es tan compleja y fragmentada que es difícil encontrar dos modelos iguales. No hay suficientes datos que permitan realizar estudios comparativos serios de los sistemas de cada país y de sus resultados.

En una serie de encuestas que comenzaron en 1988, Blendon et al (2002) interrogaron al público en Australia, Canadá, Reino Unido y Estados Unidos acerca de su satisfacción con el sistema de salud en su país. En 1988, sólo en Canadá existía una mayoría de público satisfecho con su sistema de salud. El sistema americano tenía el menor índice de satisfacción y el australiano y el británico se situaban en niveles intermedios. Luego de severos recortes en los presupuestos destinados a la salud en Canadá, en 2001 este país mostraba un índice de satisfacción muy similar al de los demás países, con una mayoría de los encuestados exigiendo cambios fundamentales en el sistema. De acuerdo a la encuesta del 2001, en los cuatro países anteriores (y Nueva Zelanda, que fue incluido posteriormente) los ciudadanos con niveles de ingresos por debajo de la media mostraban mayores niveles de insatisfacción que aquellos con ingresos superiores.

Todo sistema de salud puede caracterizarse a través de los roles y relacionamientos entre cuatro grupos de agentes: los consumidores o pacientes, los proveedores de servicios (médicos, hospitales), los entes aseguradores y los patrocinadores (gobierno, empresa u otro agente recaudador y redistribuidor). Estos agentes se encuentran integrados de diversas formas, como vamos a ver a continuación.



EL SEGURO NACIONAL DE SALUD CANADIENSE

Canadá tiene un Seguro Nacional de Salud (SNS) obligatorio, el cual es administrado con algunas variantes por cada una de sus provincias. El programa asegura a cada persona de la población cobertura total y uniforme por servicios médicos sin deducibles ni copagos. El sistema es financiado a través de impuestos provinciales y de un aporte del gobierno canadiense, equivalente a una fracción de los aportes de cada provincia. Existen seguros privados para algunos tipos de cobertura, como medicamentos, aunque la cobertura privada está prohibida para los servicios cubiertos por el Seguro Nacional de Salud.

El ministerio de salud en cada provincia (patrocinador) aprueba y financia los gastos de capital y los presupuestos operativos de los hospitales (negociados anualmente con cada hospital). Además, negocia periódicamente con asociaciones provinciales de médicos las remuneraciones de los profesionales de la salud. Los aumentos a los médicos son implementados en etapas. Si el volumen total de servicios dividido el número de médicos aumenta más rápido que un determinado porcentaje, los aumentos subsiguientes son reducidos o frenados, de manera de que la totalidad del pago a los médicos no supere determinado monto. Desde 1984 los médicos no pueden cobrar a sus pacientes por encima de lo estipulado con el ministerio de salud provincial.

Los hospitales en Canadá son en su mayoría organizaciones de caridad o religiosas (organizaciones privadas sin fines de lucro).

El sistema canadiense de salud comenzó a enfrentar importantes problemas de financiamiento en los 90 debido a la reducción de los aportes del gobierno a las provincias para controlar el déficit fiscal.

EL SEGURO SOCIAL DE SALUD ALEMÁN

El Seguro Social de Salud en Alemania se financia a través de aportes obligatorios de empleados y empleadores. Las primas de individuos desempleados y sus dependientes son pagadas por sus previos empleadores o por diversas fuentes públicas (Administración Federal del Trabajo y pensiones públicas). Las compañías de seguro, privadas y sin fines de lucro (Fondos de Enfermedad), son quienes recaudan los fondos de los empleadores y pagan a hospitales y médicos. El seguro de enfermedad brinda cobertura completa, con leves copagos para algunos servicios. Individuos de alto poder ad-

quisitivo o autoempleados son autorizados a salir del sistema y a comprar un seguro médico privado.

Los Fondos de Enfermedad pagan a asociaciones regionales de cuidados ambulatorios el producto de un pago por paciente y el número de individuos asegurados. Estas asociaciones pagan a los médicos a través de un esquema de remuneraciones que negocian con los propios médicos y con los Fondos de Enfermedad. Para determinar este esquema de remuneraciones, se le asigna a cada servicio médico un número de puntos basado en su valor relativo. El precio por punto es establecido dividiendo el presupuesto total disponible por el número de puntos efectivamente facturados en un trimestre por todos los médicos. Los Fondos de Enfermedad también negocian remuneraciones fijas a los hospitales basadas en grupos de diagnóstico. El tipo de remuneración prospectiva incentiva a los hospitales a ahorrar recursos y especializarse en ciertos procedimientos. Las compras de capital, por su parte, son financiadas por gobiernos estatales y locales, luego de un proceso de planificación estatal.

El 51% de los hospitales alemanes son públicos, y de los restantes, un 35% son sin fines de lucro y un 13% con fines de lucro.

El sistema alemán es complejo y basado fuertemente en una singular evolución histórica. Esfuerzos de otros países por implementar sistemas estructurados en base al mercado laboral no han sido tan exitosos (Colombia).

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD DE GRAN BRETAÑA

El sistema de salud en Gran Bretaña (Servicio Nacional de Salud) ofrece cobertura universal a la población y es financiado a través de impuestos. El británico es un sistema de contratación pública. Las llamadas Autoridades Sanitarias de Distrito reciben financiamiento del Servicio Nacional de Salud (patrocinador) y son responsables de identificar las necesidades de salud de alrededor de 300.000 personas y de comprar los servicios a proveedores públicos y privados. Los servicios hospitalarios son provistos por hospitales privados y por trusts no gubernamentales, que compiten por los contratos de las Autoridades Sanitarias de Distrito. La atención primaria es cubierta por médicos de familia comunitarios, o por asociaciones de médicos generales, que aplican a presupuestos de las Autoridades Sanitarias de Distrito y atienden un mínimo de 5.000 pacientes.

El Servicio Nacional de Salud financia a las autoridades sanitarias de distrito a través de pagos per cápita ajustados por



edad, sexo, factores de riesgo, y factores geográficos de la población atendida. A su vez, las autoridades sanitarias remuneran a trusts de hospitales prospectivamente, basándose en los costos de provisión de servicios. Los trusts pueden quedarse con un cierto porcentaje de retorno sobre los activos, y el resto debe ser retornado a la autoridad sanitaria correspondiente. Las asociaciones de médicos generales negocian anualmente con las autoridades sanitarias las partidas para contratar servicios electivos y ambulatorios para sus suscriptores. Los ahorros de estas asociaciones pueden reinvertirse en la práctica o en nuevos servicios, pero no pueden incrementar el ingreso personal de los médicos generales. Las autoridades sanitarias cubren cualquier sobregiro en que incurran las asociaciones de médicos generales, por lo que dichas sociedades no tienen riesgo financiero. El Servicio Nacional de Salud también financia directamente a médicos de familia comunitarios, generalmente a través de pagos per cápita. En Gran Bretaña los hospitales y las prácticas de médicos son, en su mayoría, privados sin fines de lucro.

EL SISTEMA MIXTO DE SERVICIOS DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS

El mercado de salud en los Estados Unidos es mixto. La mayoría de la población está cubierta por seguros privados (comerciales o sin fines de lucro), mientras que la población de bajos recursos y en edad avanzada está cubierta por seguros públicos (Medicaid y Medicare, respectivamente). Alrededor del 15% de la población carece de seguro médico. Los seguros privados son contratados mayoritariamente a través de los empleadores, quienes patrocinan uno o más planes. En contraposición a los planes de indemnización tradicionales, la mayoría de los empleadores patrocina actualmente planes del tipo de organizaciones de cuidados administrados (*managed care organizations*). Estas organizaciones integran verticalmente el financiamiento y la provisión de servicios médicos a través de arreglos con grupos de proveedores que ofrecen servicios comprensivos a los miembros, e incentivos financieros a los miembros para que usen los proveedores y procedimientos asociados con el plan. Medicare es un seguro de salud al cual tiene derecho la población de 65 años y más, financiado por un impuesto de seguridad social, primas mensuales e impuestos generales. Muchos de los beneficiarios compran además un seguro complementario, Medigap, que cubre aquellos costos no reembolsados por Medicare. Medicaid provee de cobertura a grupos en desventaja económica. El programa es financiado por cada estado con suplementos

federales. El apoyo federal depende del alcance de la cobertura estadual.

A diferencia de los sistemas europeos, en donde hay un único pagador, el sistema americano tiene múltiples pagadores. Los gobiernos estaduales y federal, las compañías de seguro comerciales y las compañías de seguro sin fines de lucro reembolsan a los proveedores de servicios de salud. Los planes más tradicionales pagan a los proveedores en forma variable (por servicio). Las organizaciones de cuidados administrados también reembolsan a los médicos con los cuales contratan en forma variable (por servicio), aunque estos reembolsos tienen generalmente un descuento. Medicare paga también en forma variable, pero en lugar de pagar los honorarios del mercado, determina los honorarios médicos a través de un sistema de puntos. Algunos proveedores son pagados en forma prospectiva. Por ejemplo, médicos que pertenecen a organizaciones de mantenimiento de la salud (modelos de provisión completamente integrados, en donde los médicos son staff de la organización) son pagados con salarios. Medicare paga a los hospitales en forma prospectiva en base a un sistema que clasifica a los pacientes en función de su edad, sexo, diagnóstico y tratamiento, y establece un pago fijo para cada una de estas categorías (o grupos de diagnóstico). En lo que tiene que ver con Medicaid, algunos estados tienen sistemas de contratación selectiva, por los cuales los proveedores compiten por el derecho a tratar a los pacientes de este seguro público.

EL SISTEMA HOLANDÉS

El sistema de salud en Holanda se basa en tres componentes. El primero consiste en un mercado de servicios de salud que se consideran "normales y necesarios": tratamientos médicos y quirúrgicos, cuidados obstétricos y dentales, admisión y estadía en hospitales, medicamentos y rehabilitación, entre otros. Este primer componente es mixto. Un seguro social obligatorio cubre a la población con ingresos menores a cierto techo (65% de la población aproximadamente) y existe un mercado de seguros privados, con una cobertura estándar similar a la del seguro social para la población de ingresos altos.

El segundo componente consiste en un mercado de servicios considerados "menos necesarios". Dicho mercado se maneja con seguros suplementarios o complementarios privados abiertos a toda la población. Más de 90% de los beneficiarios del seguro social obligatorio contratan este tipo de seguro. Finalmente, un seguro de salud público universal cubre gas-



edad, sexo, factores de riesgo, y factores geográficos de la población atendida. A su vez, las autoridades sanitarias remuneran a trusts de hospitales prospectivamente, basándose en los costos de provisión de servicios. Los trusts pueden quedarse con un cierto porcentaje de retorno sobre los activos, y el resto debe ser retornado a la autoridad sanitaria correspondiente. Las asociaciones de médicos generales negocian anualmente con las autoridades sanitarias las partidas para contratar servicios electivos y ambulatorios para sus suscriptores. Los ahorros de estas asociaciones pueden reinvertirse en la práctica o en nuevos servicios, pero no pueden incrementar el ingreso personal de los médicos generales. Las autoridades sanitarias cubren cualquier sobregiro en que incurran las asociaciones de médicos generales, por lo que dichas sociedades no tienen riesgo financiero. El Servicio Nacional de Salud también financia directamente a médicos de familia comunitarios, generalmente a través de pagos per cápita. En Gran Bretaña los hospitales y las prácticas de médicos son, en su mayoría, privados sin fines de lucro.

EL SISTEMA MIXTO DE SERVICIOS DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS

El mercado de salud en los Estados Unidos es mixto. La mayoría de la población está cubierta por seguros privados (comerciales o sin fines de lucro), mientras que la población de bajos recursos y en edad avanzada está cubierta por seguros públicos (Medicaid y Medicare, respectivamente). Alrededor del 15% de la población carece de seguro médico. Los seguros privados son contratados mayoritariamente a través de los empleadores, quienes patrocinan uno o más planes. En contraposición a los planes de indemnización tradicionales, la mayoría de los empleadores patrocina actualmente planes del tipo de organizaciones de cuidados administrados (*managed care organizations*). Estas organizaciones integran verticalmente el financiamiento y la provisión de servicios médicos a través de arreglos con grupos de proveedores que ofrecen servicios comprensivos a los miembros, e incentivos financieros a los miembros para que usen los proveedores y procedimientos asociados con el plan. Medicare es un seguro de salud al cual tiene derecho la población de 65 años y más, financiado por un impuesto de seguridad social, primas mensuales e impuestos generales. Muchos de los beneficiarios compran además un seguro complementario, Medigap, que cubre aquellos costos no reembolsados por Medicare. Medicaid provee de cobertura a grupos en desventaja económica. El programa es financiado por cada estado con suplementos

federales. El apoyo federal depende del alcance de la cobertura estadual.

A diferencia de los sistemas europeos, en donde hay un único pagador, el sistema americano tiene múltiples pagadores. Los gobiernos estaduales y federal, las compañías de seguro comerciales y las compañías de seguro sin fines de lucro reembolsan a los proveedores de servicios de salud. Los planes más tradicionales pagan a los proveedores en forma variable (por servicio). Las organizaciones de cuidados administrados también reembolsan a los médicos con los cuales contratan en forma variable (por servicio), aunque estos reembolsos tienen generalmente un descuento. Medicare paga también en forma variable, pero en lugar de pagar los honorarios del mercado, determina los honorarios médicos a través de un sistema de puntos. Algunos proveedores son pagados en forma prospectiva. Por ejemplo, médicos que pertenecen a organizaciones de mantenimiento de la salud (modelos de provisión completamente integrados, en donde los médicos son staff de la organización) son pagados con salarios. Medicare paga a los hospitales en forma prospectiva en base a un sistema que clasifica a los pacientes en función de su edad, sexo, diagnóstico y tratamiento, y establece un pago fijo para cada una de estas categorías (o grupos de diagnóstico). En lo que tiene que ver con Medicaid, algunos estados tienen sistemas de contratación selectiva, por los cuales los proveedores compiten por el derecho a tratar a los pacientes de este seguro público.

EL SISTEMA HOLANDÉS

El sistema de salud en Holanda se basa en tres componentes. El primero consiste en un mercado de servicios de salud que se consideran "normales y necesarios": tratamientos médicos y quirúrgicos, cuidados obstétricos y dentales, admisión y estadía en hospitales, medicamentos y rehabilitación, entre otros. Este primer componente es mixto. Un seguro social obligatorio cubre a la población con ingresos menores a cierto techo (65% de la población aproximadamente) y existe un mercado de seguros privados, con una cobertura estándar similar a la del seguro social para la población de ingresos altos.

El segundo componente consiste en un mercado de servicios considerados "menos necesarios". Dicho mercado se maneja con seguros suplementarios o complementarios privados abiertos a toda la población. Más de 90% de los beneficiarios del seguro social obligatorio contratan este tipo de seguro. Finalmente, un seguro de salud público universal cubre gas-



tos médicos excepcionales, como salud mental, cuidados de largo plazo y tratamientos de alto costo.

Los seguros privados son financiados con primas individuales o grupales. Las primas aumentan con la edad. El seguro público universal para gastos excepcionales y el seguro social obligatorio se financian con impuestos generales (25%) y un impuesto proporcional al ingreso, pagado en parte por el empleador (o por la institución que brinda beneficios de seguridad social) y en parte por el empleado (o pensionista). Los beneficiarios del seguro social deben pagar, adicionalmente, una prima fija, que representa aproximadamente

un 10% del costo del seguro. Salvo estas primas, que van directo a los fondos de enfermedad (entes aseguradores), la contribución del seguro social se canaliza primero a un Fondo Central, que luego redistribuye lo recaudado a los fondos de enfermedad (ajustando los pagos individuales por riesgo). Además de estos pagos prospectivos, los fondos de enfermedad están sujetos a un sistema de ajuste retrospectivo, que compensa parcialmente los desvíos entre el presupuesto inicial que le fue asignado y los gastos reales del mismo. Parte de esta compensación es financiada por el Fondo Central y parte se realiza sobre la base de una redistribución entre los

Tabla 1

Imperfección	Consecuencia	Respuestas institucionales para mejorar la asignación de recursos / modelar incentivos
Incertidumbre sobre episodios de enfermedad	La incapacidad de prever genera des-utilidad	Contratación de seguros por parte del individuo (seguros integrales o cuentas de salud individuales con seguro catastrófico)
Asimetría de información entre asegurador y asegurado I: incertidumbre de ente asegurador sobre las acciones que realiza el asegurado para protegerse del riesgo.	Riesgo moral: el estar asegurado reduce los incentivos del individuo de llevar a cabo acciones que lo protejan del riesgo. Esto lleva a que el individuo gaste más en salud que lo que gastaría de no estar asegurado.	El asegurador sólo ofrece seguros parciales (deducibles, co-pagos). El asegurado es parcialmente responsable por el riesgo.
Asimetría de información entre asegurador y asegurado II: incertidumbre de ente asegurador sobre el tipo de riesgo del individuo	* Selección adversa: Posibilidad de que los individuos de menor riesgo no puedan comprar seguros a un precio actuarialmente justo. * Selección de la crema: los seguros buscan quitarse de encima aquellos individuos con condiciones de riesgo alto (por ejemplo, adultos mayores).	* Regulación estatal del mercado de seguros de salud. En el extremo, la selección adversa se elimina cuando el Estado actúa como único asegurador y reembolsa a los proveedores por servicio. Sin embargo, esto da lugar a aumentos excesivos de costos, reducciones en la calidad y corrupción. * Ajuste por riesgo de los pagos a los aseguradores / proveedores (organismo patrocinador redistribuye las primas de acuerdo al perfil de los asegurados, en general en base a edad, sexo y algún indicador adicional de riesgo)
Información asimétrica médico-paciente	Demanda inducida por la oferta, directa e indirectamente vía: * competencia entre proveedores en base a tecnología; * sistema asistencialista (versus preventivo); * superposición de servicios.	* Pago prospectivo del ente asegurador al proveedor (proveedor se hace financieramente responsable por los actos de salud que genera; esto, sin embargo, genera selección adversa) * Fomento de un sistema centrado en la atención primaria y preventiva * Regulación de la oferta de médicos * Introducción de sistemas de evaluación de tecnología en base a técnicas de costo beneficio * Generación de información (sobre calidad, procedimientos, etc.) que ayude en la toma de decisiones de los usuarios
Externalidades sobre salud pública (enfermedades infecciosas)	Los individuos no toman en cuenta en sus decisiones individuales el efecto que su enfermedad genera en otros	Promoción de actividades preventivas por parte del gobierno, provisión de vacunas y otros bienes y servicios públicos
Economías de escala	Posibilidad de que no se realicen determinados procedimientos	Reaseguro de proveedores
En un mercado de seguros privados la compra de seguros de salud está asociada al poder adquisitivo de cada individuo. En muchos países, esto va en contra del principio que considera la salud como un derecho.	Los individuos de menores ingresos, que muchas veces son los de mayores problemas de salud tienen peor acceso a los seguros y a la cobertura médica.	Alternativas de financiamiento y redistribución * Seguro nacional único financiado con impuestos generales * Seguro social financiado con impuesto al salario ("earmarked") * Sistema mixto consistente en un seguro público (nacional o social) básico para toda la población y complementos individuales privados * Seguro privado para sector de la población de mayores ingresos y seguro público para aquellos de menores ingresos



fondos de enfermedad deficitarios y los superavitarios. Los asegurados enfrentan tasas de copago de alrededor del 20%. Los beneficiarios del seguro social de salud pueden elegir el fondo de enfermedad y pueden cambiar de fondo una vez al año.

Los entes aseguradores contratan la provisión de servicios con hospitales y proveedores individuales. Estos contratos siguen las pautas estipuladas en acuerdos nacionales entre organizaciones aseguradoras y proveedores. Los médicos generales reciben pagos capitados y los hospitales una tarifa fija que toma en cuenta, entre otras cosas, el número de personas en el área y el grado de especialización del hospital. Los especialistas reciben una remuneración por servicio, aunque se comprometen a no sobrepasarse de cierto volumen.

Los médicos generales atienden mayoritariamente en prácticas individuales y son los "porteros" del sistema de salud. Todo paciente que requiera tratamiento de un especialista debe ser referido en primer lugar por un médico general. Los especialistas trabajan en general en hospitales. El 90% de los hospitales son privados y sin fines de lucro.

CONCLUSIONES

En este documento hemos descrito las fallas de mercado existentes en el mercado de la salud, desde la selección adversa hasta las externalidades y economías de escala, pasando por el riesgo moral y la demanda inducida por la oferta. Luego repasamos los problemas de los sistemas de salud en la práctica y dimos descripciones de los elementos principales de los sistemas de salud en diversos países. La Tabla 1 resume los principales problemas que enfrentan los mercados de la salud y las diferentes respuestas institucionales que han surgido para mejorar la asignación de recursos, modelar los incentivos y satisfacer los objetivos de equidad. Como demuestra dicha tabla, el rol regulador del Estado es clave para mejorar la eficiencia y la equidad en dicho mercado. Sin embargo, no hay soluciones perfectas. Muchas de las respuestas a los problemas planteados traen aparejados nuevos problemas.

Una vez asumido el rol del Estado en el mercado, resulta fundamental identificar aquellas formas de intervención que minimicen los costos sociales. En América Latina, por ejemplo, la alta corrupción en las compras estatales de medicamentos ha demostrado que los costos de una centralización absoluta pueden ser muy elevados. Cada forma de intervención tiene sus costos, y la magnitud de los mismos es altamente dependiente de la estructura y calidad de las instituciones de cada país. Así como resulta importante aprender de las experien-

cias de otros países, también es clave evaluar cualquiera de estas prácticas a la luz de la idiosincrasia y las instituciones del país en las que van a ser aplicadas. Y esto implica no solo medir costos, sino también aprovechar lo positivo de las instituciones vigentes para facilitar la implementación del cambio.

REFERENCIAS

1. Akerlof G. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics* 1970; 84(3): 488-500.
2. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963; 53: 941-73.
3. Arrow K. Interview with Kenneth Arrow. Munich Personal RePEc Archive 2006; Discussion paper 967.
4. Buglioli M, Grau C, Lazarov L y Mieres G. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Impacto de la Regulación. *Gac Sani* 2002; 16(1): 63-69.
5. Blendon R, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Scoles K y Zapert K. Inequities In Health Care: A Five-Country Survey. *Health Affairs* 2002; 21: 182-191.
6. Dixon A, Mossialos E, editors. Health care systems in eight countries: trends and challenges. London: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
7. Ellis R and McGuire T. Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics* 1986; 5(2): 129-51.
8. Hart O, Shleifer A and Vishny R. The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. *Quarterly Journal of Economics* 1997; 112(4): 1127-61.
9. Iglehart J. Revisiting the Canadian Health Care System. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342(26): 2007-2012.
10. Jack W. 1999. *Principles of Health Economics for Developing Countries*. World Bank Institute, World Bank publications.
10. Mossialos E, Dixon A, Figueras J and Kutzin J, editors. *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
11. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Uruguay. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 2002.
12. Programa de Fortalecimiento del sistema de Asistencia Médica Colectiva, Informe Consolidado de las IAMC de Montevideo. Montevideo: Ministerio de Salud Pública - FAS - BID, 2000.
13. Ross S. The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *American Economic Review* 1973; 63(2): 134-139.
14. Stiglitz, J. Incentives and Risk Sharing in Sharecropping. *Review of Economic Studies* 1974; 41(2): 219-255.

