

**Caja Costarricense de Seguro de Salud
Gerencia de Modernización y Desarrollo
Unidad Coordinadora Proyecto de Reforma**

**La Reforma Pendiente: Introducción de Libre Elección en el
Seguro de Salud**

**Lic. Claudio Arturo Arce Ramírez¹
Economista
Dr. Carlos Muñoz Retana²
Médico**

Agosto, 2001

¹ Economista. Coordinador Proyectos de Investigaciones. Unidad Coordinadora del Proyecto de Reforma. acluad@starmedia.com Las comunicaciones enviarlas a este e-mail.

² Médico. Coordinador Componente de Readecuación del Modelo de Atención: cmunoz@racsaco.cr

La Reforma Pendiente: Introducción de Libre Elección en el Seguro de Salud

Lic. Claudio Arturo Arce Ramírez³
Economista

Dr. Carlos Muñoz Retana⁴
Médico

Resumen

Buena parte de los sistemas de salud, en los diferentes países, tanto desarrollados como en desarrollo, están inmersos en procesos de reforma⁵ que, a medio o largo plazo, pueden cambiar de forma relevante la estructura, los planteamientos y la forma de actuación de los mismos. Estos procesos de reforma en los sistemas de salud, por otra parte, no se definen exclusivamente por un cambio en las políticas salud, sino por cambios estructurales y organizativos capaces de dirigir los incentivos existentes hacia la consecución de las metas salud y económicas planteadas. Uno de los cambios de mayor impacto potencial sobre la calidad, eficacia e incorporar cierta dosis de competencia en los servicios de salud es la introducción de libre elección. Así, esta se inscribe en lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina tercera generación de reformas del Sector salud. Finalmente constituye un complemento deseable a los sistemas públicos y universalistas según lo destaca el mismo informe.

Introducción

El proceso de reforma y modernización del Sector Salud costarricense muestra avances sustantivos en diversas áreas. Por medio de la puesta en funcionamiento de 87 Áreas de Salud que integran 675 EBAIS (datos para marzo del 2001), se ha fortalecido la atención en el primer nivel de atención, se ha ampliado la cobertura de servicios básicos y se ha mejorado la calidad de los servicios de salud provistos.

³ Economista. Coordinador Proyectos de Investigaciones. Unidad Coordinadora del Proyecto de Reforma. acluad@starmedia.com. Las comunicaciones enviarlas a este e-mail.

⁴ Médico. Coordinador Componente de Readecuación del Modelo de Atención: cmunoz@ccss.sa.cr

⁵ Según el informe de la OMS del año 2000, durante el siglo XX ha habido tres generaciones de reforma del sistema de salud.

Otro logro del proceso de reforma ha sido el proceso de desconcentración de las instituciones de salud, implantado a partir de 1998 con la publicación de la Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la CCSS (Ley N° 7852). Dicha Ley y su Reglamento establecen la normativa que permite realizar la separación de las funciones de financiamiento, la compra de servicios de salud y la provisión de estos servicios. La efectividad del proceso de desconcentración está en función del desarrollo de una mejor capacidad interna de gestión de los proveedores y del fortalecimiento de la capacidad regulatoria en el Sector Salud.

La figura del Compromiso de Gestión se ha consolidado como mecanismo contractual entre la Dirección de Compra de la CCSS y los Proveedores de servicios de salud (hospitales y Áreas de Salud). Para inicios del 2001 todos los proveedores de salud (29 hospitales, 92 Áreas de Salud y 6 Cooperativas) están relacionados con la CCSS por medio de un Compromiso de Gestión. Se le ha dado importancia al proceso de evaluación de los Compromisos de Gestión, de modo que se pueda medir el comportamiento de los proveedores de acuerdo a la cantidad y la calidad de la prestación brindada, y además con el propósito de fomentar la cultura de rendición de cuentas.

Los avances en el campo de la reorganización institucional han sido importantes pero necesitan profundización. La CCSS tiene en su agenda pendiente, la culminación del proceso de reorganización interna del nivel central que conducirá a la separación plena de las funciones de financiamiento y compra (asignación de recursos). En tanto que en su relación con los proveedores de servicios, la CCSS tiene como reto concretar la desconcentración que faculta la ley: elevar la capacidad local de la gestión del presupuesto, el aprovisionamiento y los recursos humanos; transferir el riesgo de gestión local a los proveedores (internos), y concretar la operación de las Juntas de Salud para el cien por ciento de sus establecimientos

Uno de los aspectos que presenta resultados modestos es el del Sistema de Asignación de Recursos. La reforma de salud estableció que el modelo de asignación de recursos, dentro del esquema de modernización de la gestión de la red de proveedores, debía ser uno de asignación prospectiva, descentralizada y con elementos de competitividad. Uno de los primeros avances en este campo fue el de la introducción de mecanismos contractuales a través de la contratación de Cooperativas Autogestionarias de Salud sobre una base de pago per cápita.

En los Compromisos de Gestión, se establece para el caso de las Áreas de Salud el pago de un monto histórico per cápita y para el caso de los Hospitales el pago por actividad con base en la Unidad de Producción Hospitalaria (en el futuro este esquema derivaría en el pago por medio de esquemas de clasificación de pacientes, tipo GRD). En el caso de los hospitales, este esquema no se está aplicando, de forma que la asignación se realiza con base en el presupuesto por producción, con la *inercia inflacionaria* que le caracteriza.

La introducción de la facturación aún no logra establecerse como el mecanismo adecuado que permita impulsar la responsabilidad y descentralización presupuestaria. Las

dificultades de poner en práctica la facturación se deben en gran medida a la ausencia del diseño de una *Cámara de Compensación* que ejerza su función. Una de las principales razones por lo que dicha Cámara no ha sido creada, se debe a la escasa coordinación sectorial presente en el Sistema de Salud Costarricense y que, de paso, impide el logro de beneficios tales como economías de escala y centros de especialidad entre otros.

Sin embargo, una de las áreas de mayor potencial para mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y al mismo tiempo otorgar *salida y voz*⁶ a los usuarios de los servicios de salud es la introducción de Libre Elección. La modalidad de libre elección que se propone es a nivel del Hospital. Según el Informe del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la introducción de libre elección constituye un complemento adecuado en los sistemas públicos, con vocación universalista.

Sin embargo, en Costa Rica, la organización del sistema de salud no contempla la libre elección⁷. Sin embargo, en la práctica existe una suerte de “*mercado negro*” donde ciertos grupos de personas acceden a la atención de la salud en proveedores de servicios de salud en los cuales no están adscritos. Este mecanismo además de generar comportamientos que podrían rozar con la legalidad, tiende a crear desigualdad e inequidad en el acceso de los servicios de salud. Incluso en el Hospital Calderón Guardia, se estima que hasta un 20⁸ por ciento del total de consultas corresponden a personas que no pertenecen a su área de adscripción.

⁶ Conceptos popularizados por Hirschman. La salida se refiere a la capacidad del usuario de cambiar de proveedor, mientras que la voz se refiere a la posibilidad de que sus reclamos sean escuchados y tomados en consideración. Asimismo la posibilidad de elegir en nuestro caso al prestador del servicio de salud, se consagra en el artículo 29, inciso de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor

⁷ Existe el programa de Libre Elección, que se restringe al otorgamiento de una ayuda económica que la CCSS concede a los asegurados que los deseen, para recurrir a los servicios médicos privados, de acuerdo con los procedimientos quirúrgicos, especialidades de consulta externa y de parto normal que la Gerencia Médica autorice. La propuesta que plantea este artículo va bastante más allá de la simple ayuda, se refiere a la posibilidad de elección del usuario del servicio de salud de su hospital, según sus necesidades y preferencias.

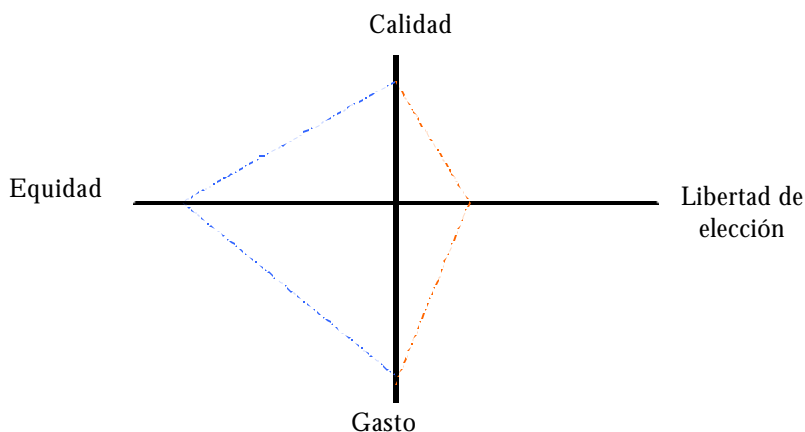
⁸ Estimación ofrecida en el Taller que se realizó con el Equipo de Gestión de la Red de éste Hospital.

La Libre Elección de Proveedores

La introducción de la libre elección, se inscribe en lo que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en su informe del año 2000 denomina tercera generación de reformas del Sector salud. Costa Rica ocupa el lugar 36 en cuanto a desempeño global del sistema, según este informe.

Este informe evalúa cinco aspectos: nivel general de salud, la distribución de la salud en la población, el grado de capacidad de respuesta, la distribución de la capacidad de respuesta y la distribución de la contribución financiera.

El factor que incide negativamente en esta calificación es precisamente la restricciones a la libertad de elección y oportunidad que existe en los servicios de salud. Finalmente, combina la responsabilidad individual (decisión del asegurado) con la colectiva (prestación de servicios). El siguiente diagrama, muestra las características generales del Sistema de Salud de Costa Rica.



Se ha avanzado en forma importante en el tema de la equidad y la calidad de los servicios de salud, sin embargo ello se ha traducido en un gasto considerable. Así, Costa Rica, presenta un gasto público en salud (8.2%)⁹ con relación al Producto Interno Bruto (P.I.B) mayor que algunos países industrializados, como España e Inglaterra, y es uno de los países con mayor nivel gasto relativo en América Latina.

⁹ Las cifras del gasto público en salud con relación al PIB, muestran una gran heterogeneidad, dependiendo de la fuente que se utilice. Además con el cambio en la metodología en el cálculo del PIB (según el Banco Central estaba sub-estimado en aproximadamente un 30 por ciento) el valor cambia, por la simple razón del cambio en el denominador. Por lo tanto la cifra ha de tomarse con las precauciones debidas. Es una tarea de la CCSS uniformar esta información en el corto plazo.

¿Qué entendemos por libre elección de proveedor?

La libre elección del paciente es uno de los mecanismos que se incorporan conceptualmente a las tendencias de cambio de los sistemas públicos y que se basa fundamentalmente en permitir al usuario del sistema, con más o menos restricciones, seleccionar aquel proveedor que va a responder a su demanda de servicios de salud. Si bien la capacidad de elección del usuario puede entenderse en el ámbito del proveedor o del asegurador o ambos, en este informe nos centraremos únicamente en el primer caso.

Desde el punto de vista de la magnitud o el alcance de la “libre elección de proveedor” podemos plantear diferentes situaciones:

a) Libre elección sin restricciones: El usuario puede seleccionar cualquier proveedor de cualquier nivel de prestación de servicios en cualquier momento. Este sistema solo presentaría restricciones implícitas (posibilidad de que el proveedor seleccionado pueda dar respuesta a la demanda). El único sistema de pago compatible con este modelo es el “fee for service” ya que es imposible prever de antemano la elección del usuario.

b) Libre elección con restricción temporal: Se permitiría la selección abierta de cualquier tipo de proveedor pero comprometiendo dicha elección aun tiempo mínimo durante el cual no es posible cambiar. Este sistema permite conocer de antemano y durante un periodo de tiempo (normalmente un año) la elección del paciente y, por tanto utilizar sistema de pago previo como capitación.

c) Libre elección sin restricciones dentro de un determinado entorno asistencial: En casos en que dispongamos de redes integradas de servicios de salud que integren todos los niveles asistenciales se podría plantear un doble nivel de elección, uno restringido en el tiempo (la red asistencial) y uno abierto dentro de la red (posibilidad de seleccionar médico dentro de la red). En este caso el comprador de servicios puede asignar los recursos de forma integrada a la red seleccionada (por ejemplo capitativamente).

d) Libre elección con restricciones por nivel de servicios: La libre elección se puede limitar a un determinado nivel asistencial. Normalmente esta sistemática se implementa en ámbitos donde la atención primaria ejerce de puerta de entrada del sistema y de regulador de flujos y, por tanto la libre elección de proveedor se limita al médico de atención primaria.

e) Libre elección restringida a determinadas prestaciones: El concepto de libre elección con posibles restricciones o no de nivel de servicios o temporal se establece para determinadas prestaciones o procesos. Este tipo de sistemas puede plantearse cuando interesa incentivar la competencia o la producción de determinado tipo de servicios, ya sea porque se pretende aumentar su volumen de producto o porque existen deficiencias explícitas en el acceso a los mismos (por ejemplo listas de espera).

Los objetivos que persigue la incorporación de mecanismos de libre elección de proveedores por parte del usuario son los siguientes:

a) Generar competencia entre los diferentes proveedores en torno a la calidad de los servicios que ofrece a los clientes. En los sistemas privados, por lo menos en teoría, el usuario comportándose racionalmente escoge y por tanto financia (pagando directamente o a través de una póliza) aquella aseguradora o aquellos proveedores que le proporcionan más utilidad en términos de calidad y precio. Los ofertantes de servicios deben competir, en este mercado, por captar clientes que paguen (fuente de financiación básica) en base a los precios y a la calidad y por mantenerlos.

b) Incentivar la calidad de los servicios: En los entornos públicos la incorporación de libre elección de proveedores pretende fundamentalmente introducir competencia para incentivar la calidad de los servicios (fundamentalmente la percibida) dado que en la mayoría de los sistemas públicos el acceso a los servicios es gratuito y, por tanto, el grado de utilidad que obtendrá el usuario dependerá fundamentalmente de la calidad del servicio (entendiendo dentro de este concepto la accesibilidad, el trato, el resultado, etc).

c) Cambiar los mecanismos de asignación de recursos en el sistema: Los sistemas públicos no pagan a los proveedores sino que reparten los recursos disponibles. Hay numerosas formas de asignar los recursos que permiten mejorar, por lo menos en teoría, la eficiencia asignativa y la producción de servicios. La incorporación de la elección del usuario como elemento a tener en cuenta, total o parcialmente, a la hora de asignar recursos, debería permitir incentivar económicamente a aquel proveedor que es capaz de captar más clientes y mantenerlos y, por lo tanto, que ofrece a los pacientes un mejor nivel de calidad en los servicios (por lo menos desde la perspectiva del paciente)

d) Mejorar la satisfacción del usuario: Al menos en teoría la capacidad de elegir es un factor que podría mejorar la satisfacción de los usuarios del sector público lo cual es, evidentemente un objetivo deseable del mismo.

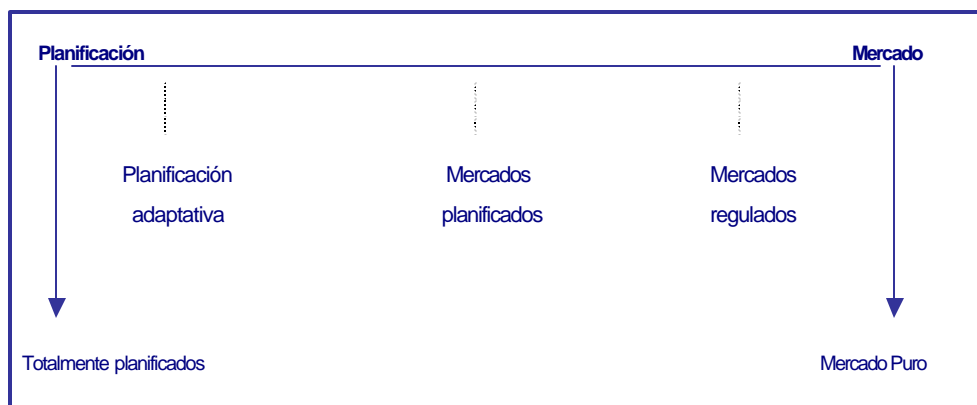
En definitiva los modelos de libre elección de proveedores han sido introducidos en los sistemas de salud financiados públicamente, como un mecanismo para incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, y elevar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, las carteras de servicios, el centro, el profesional que le atiende y el tratamiento clínico que recibe.

¿Por qué libre elección de proveedores?

La necesidad de mejorar la calidad del gasto, de los servicios de salud, de asegurar la sostenibilidad económica los sistemas de salud ante los cambios en el perfil epidemiológico, demográfico, económico y tecnológico, son los factores que impulsan los procesos de reforma. Una de estas líneas de reforma ha sido la promoción de la competencia entre proveedores, a través de la incorporación de mecanismos de mercado como la libre elección de proveedor o de presupuestos flexibles.

Este tipo de modelos ha sido denominado de distinta forma: modelos de mercado planificado, de competencia pública, modelos de libre elección, mercados internos, “quasi-mercados”, etc.

Los sistemas de salud públicos han establecido mercados planificados con el fin de alcanzar objetivos de política de salud a través del uso limitado y selectivo de instrumentos de mercado. Como vemos en el diagrama ocupan una opción intermedia entre los modelos planificados y los mercados puros. A diferencia de los modelos planificados, el modelo de mercado planificado no solo supone la descentralización de la planificación sino también la sustitución de los mecanismos burocráticos por incentivos de mercado. En contraste con los mercados puros y regulados, en los mercados planificados se diseñan los objetivos y los instrumentos para alcanzar aquellos. (Saltman, et.al., 1994).



Fuente: Saltman, von Otter en "Mercados Planificados y Competencia Pública"

Dentro de los modelos de mercado planificado podemos distinguir dos tipos: el **modelo de competencia por la vía de la demanda** y el **modelo de competencia por la vía de la oferta**

a. **El modelo de competencia por la vía de la demanda**, intenta crear un mercado público (restringido o no a proveedores de capital público) en el cual el agente central del cambio es el paciente quien, mediante la elección de médico y centro, arrastra consigo los presupuestos institucionales y los incentivos para el personal (*el dinero sigue la paciente*). Los proveedores que atraen un mayor número de pacientes obtienen una proporción más alta del presupuesto público, mientras que los proveedores que experimentan una caída del volumen de pacientes que atiende, se enfrentan a problemas financieros y políticos. Por lo tanto, este modelo busca la eficiencia económica por el lado de la demanda, es decir, dirigida por el paciente.

Los proveedores compiten por los pacientes por la vía de la calidad más que por la del precio. Esto se debe a que los pacientes eligen en función de la calidad de los servicios, y como están asegurados y no pagan en el momento del consumo, no tienen incentivos para elegir al proveedor más eficiente.

b. El **modelo de competencia por la vía de la oferta**: En este modelo los proveedores (públicos o privados) pueden pujar por los contratos de prestación de servicios, siendo el agente central del cambio es el comprador (autoridad pública de salud) que es el responsable de la supervisión del programa, negociación, adjudicación, monitorización y, si es necesario, la litigación de los contratos de servicios a los proveedores privados o públicos. El organismo comprador actuando como agente del paciente es el responsable de ajustar la oferta de servicios de salud con la demanda, y por lo tanto cuando negocia y adjudica los contratos, tiene que tener en cuenta, por una lado, los intereses del paciente sobre la calidad, lugar o comodidad de los servicios, y por otro, los costos de los distintos proveedores.

El modelo de mercado mixto busca la eficiencia por el lado de la oferta, es decir, a través de la competencia directa de los proveedores por los contratos, vía precios.

Ambos modelos intentan mejorar la eficiencia del sistema de provisión de salud, introduciendo incentivos de mercado en las organizaciones. Pero los mecanismos que utilizan cada uno de estos modelos ideales difiere bastante.

El primer modelo se sirve de la elección del paciente, desde el lado de la demanda, mientras que el segundo se basa predominantemente en la pugna competitiva por parte de múltiples proveedores por el lado de la oferta.

Los modelos utilizan diferentes agentes del cambio, el primero da poder a los pacientes y a través de su elección da incentivos a los médicos y personal sanitario y el segundo da poder al organismo comprador que es el que introduce incentivos a los proveedores.

En ambos modelos además, se pueden producir diferentes efectos en el caso de que se permita o no la presencia de proveedores privados en el mercado. Es evidente que en ambos casos los proveedores públicos estarían obligados a modificar sus organizaciones para ser más competitivos, no obstante si se permite la participación de proveedores privados, éstos pueden tener acceso a mayores reservas de capital, puesto que pueden fusionarse o venderse a empresas con más capital (entidades financieras, aseguradoras,...) También tienen más libertad para reducir costos, reduciendo sueldos o despidiendo trabajadores. El resultado final de esta competencia podría ser que los proveedores públicos, si no tienen el mismo margen de gestión, no sean capaces de sobrevivir en un entorno competitivo.

Además de los dos modelos puros planteados se podrían establecer modelos mixtos en los cuales se buscara una incorporación de competencia tanto por la vía de la demanda como por el de la oferta. Así determinados elementos de calidad percibida podrían responder al control de la demanda mientras que aspectos referidos a acreditación, calidad técnica o cumplimiento de objetivos de salud podrían responder al control de un comprador público. En estos modelos mixtos, la asignación de recursos (por los cuales se compite) respondería a la valoración ajustada de ambos controles sobre el proveedor.

Algunas experiencias y resultados de la incorporación de estrategias de Libre Elección

La experiencia sueca: la iniciativa Estocolmo

Una de las iniciativas suecas más importantes en el área de mercados planificados es la Reforma Dagmar de 1985. Se diseñó con el objetivo de consolidar los servicios sanitarios primarios y preventivos dentro del sistema sanitario público. Siguiendo la reforma Dagmar, diversos condados suecos incorporaron en sus agendas la libertad de los pacientes para elegir dónde y de quién recibe la asistencia. El alcance efectivo de la libertad de elección varía considerablemente entre los diversos condados. Entre los que más lejos han llevado la política de libre elección, encontramos la **“experiencia Estocolmo”**.

Esta iniciativa permitía a los ciudadanos escoger, en el propio Estocolmo, el centro de salud habitual, sin ningún tipo de dificultad burocrática. Las decisiones de los pacientes han ido seguidas de un ingreso presupuestario adicional para la institución proveedora, calculada sobre una base capitativa anual (asignación por usuario adscrito), que era el doble para los pacientes mayores de 65 años. No obstante, y como crítica a esta experiencia, no se establecieron incentivos salariales a los médicos por atender pacientes adicionales, ni tampoco se plantearon cambios de la asignación presupuestaria a las instituciones proveedoras en el momento en que pierden los pacientes (el dinero solo seguía al paciente en la adscripción pero no en la descripción) lo cual plantea serias dudas sobre la existencia de incentivos reales a la retención de los usuarios.

La experiencia británica: el modelo fund-holder¹⁰

En 1989 el Gobierno británico anunció la reforma del sistema nacional de salud. Uno de los aspectos básicos de la reforma consistió en permitir la gestión de presupuestos a los médicos generales. A este tipo de proveedores se les dio el nombre de “fundholders”. Con estos presupuestos los médicos fundholders podían, además de dar la atención primaria (incluyendo la prescripción farmacéutica), comprar ciertos servicios ambulatorios (un grupo definido como servicios de hospitalización y tratamientos de día, un grupo de pruebas diagnósticas) y atención hospitalaria crónica, para sus pacientes. De hecho los médicos “fundholders” se convertían en este modelo en agentes del paciente (similar a una descentralización del aseguramiento) para el cual proveían servicios directamente y compraban, además servicios de otros niveles asistenciales.

Los objetivos que se pretendían alcanzar con el modelo fundholder eran los siguientes:

¹⁰ Es importante acotar que con el ascenso de los Laboristas al Gobierno, el enfoque del proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra ha cambiado. El principal cambio es que el énfasis está ahora en la conformación de *Trusts*. Ello resultado de los altos costos de transacción que se dio con el modelo anterior, basado en las Autoridades Sanitarias de Distrito (District Health Authorities, DHAs)

1. Establecer una competencia vertical entre los médicos generales y los hospitales. Los fundholders contrataban directamente los servicios con los hospitales de forma que si no quedaban satisfechos, podían cambiar las remisiones a otros centros de acuerdo con mejores ofertas.
2. Favorecer una mayor capacidad de elección por parte de los usuarios ya que éstos tenían una cierta capacidad de elegir su “agente” o “fundholder” en base a las utilidades que de él podían obtener, tanto como proveedor directo como comprador por cuenta de ellos los mejores servicios disponibles en otros niveles asistenciales.
3. Alcanzar mayores niveles de eficiencia a través de la asignación de presupuestos cerrados y una elección más adecuada de la necesidad y del lugar de tratamiento hospitalario.

La evaluación de esta experiencia ha sido escasa y los resultados de los estudios consultados son contradictorios. La mayor influencia de este cambio parece que se ha dejado sentir en los servicios hospitalarios. Los pacientes procedentes de estos médicos suponen ingresos netos para los hospitales. Por ello, su tiempo de espera se ve, en general, reducido, reciben mejor información y sus médicos mantienen una comunicación más frecuente y cercana con los clínicos hospitalarios. No obstante, no se sabía si estas diferencias se habían producido por un cambio cultural o porque el presupuesto asignado a un paciente de un “fundholder” era mayor que el del resto. Por otro lado, las áreas con población más deprimidas no fueron apenas incluidas en la experiencia.

Tal y como se indica en algunas evaluaciones (Garcés P., 1994), desde el punto de vista de los médicos generales, la mejora en la capacidad de elección de los profesionales que había traído la reforma, significaba una mejora en la capacidad de elección de los pacientes. Otros profesionales como las enfermeras, gerentes de las unidades de atención comunitaria y representantes de usuarios, indicaron que los contratos que establecían los “fundholders” estaban vinculados al coste más que a la calidad del servicio, y por tanto al interés del paciente.

La competencia por los pacientes entre los médicos fundholders ha encontrado dos barreras importantes:

- Solo aquellos médicos con poblaciones de más de 9.000 individuos podían convertirse en fundholders. Esta barrera a la entrada, necesaria para reducir el riesgo, ha limitado la competencia geográfica entre ellos.
- Algunos análisis reflejan que no se ha producido una mejora en la información de la que disponen los pacientes (Charny et al. 1990). Se esperaba que los médicos distribuyeran boletines para mejorar la información de los consumidores. Aunque hay ejemplos de médicos que consultaban la elección del hospital y del tratamiento con el paciente, tanto estas consultas con los pacientes como la distribución de la información no se han dado de forma sistemática y por tanto efectiva.

La experiencia de la Región de Andalucía, España.¹¹

En Andalucía, Región de España de 7 millones de habitantes, se implementó un sistema de Libre Elección Médica y de Hospitales desde el año 1997. Algunos elementos de interés en el desarrollo de este sistema son:

1. El Sistema de Libre Elección Médica y de Hospitales consiste en el derecho a la libre elección por parte del usuario del sistema de salud de Andalucía del médico en el primer nivel de atención y del servicio de salud del Hospital. En este sistema un usuario puede seleccionar diferentes servicios de salud en diferentes hospitales para recibir atención médica. El usuario no puede seleccionar el médico en el Hospital de su elección.
2. El sistema vino a formalizar un mercado negro de flujo de usuarios a través de los hospitales sin la existencia de un sistema que lo racionalizara y permitiera establecer la real dimensión del problema.
3. Cuando se estableció el sistema el servicio de salud no disponía de un sistema integral de información ni una base de datos que incluyera todos los usuarios del sistema. Ese problema se solucionó estableciendo un sistema de información específico para la libre elección médica que incluía únicamente a los usuarios que solicitaban cambios de adscripción médica u hospitalaria.
4. Se crearon Centros de Gestión de Usuarios, ubicados en los hospitales y que fueron las unidades responsables de coordinar la movilidad en el sistema de salud de los pacientes que solicitaban libre elección médica u hospitalaria.
5. Luego de varios años de implantación del sistema en Andalucía la utilización del sistema por no supera el 10% de los adscritos al sistema de salud y el impacto en las finanzas hospitalarias no ha sido importante. Tanto es así que no ha sido necesario el establecimiento de sistemas especiales de pago a los hospitales por el uso de la libre elección médica y hospitalaria.

La experiencia de Colombia: La Ley 100

Con la aprobación de la Ley 100 de 1993, se inicia en Colombia un proceso de cambios profundos en la administración y prestación de los servicios de salud. Antes de la reforma,

¹¹ Entrevista a los consultores andaluces Francisco de Juan Ruiz, Director del Consorcio Hospitalario Carlos Haya de Andalucía y Julio Lorca Gómez y Antonio Ortiz Gómez, funcionarios de este Consorcio.

cerca de un 25¹² por ciento de los habitantes no tenían prácticamente acceso a los servicios de salud y el 13 por ciento restante los obtenía mediante financiación que provenía directamente de su bolsillo.

Además de la conformación de los regímenes de Contributivo y Subsidiado, desaparece el papel monopólico del Estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, al crearse las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicio, las que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deberán competir entre sí para conseguir afiliados y subsistir.

Con el objeto de fortalecer la competencia entre las EPS, todo trabajador y su familia, con el pago de la cotización respectiva tienen derecho a recibir un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos, a elegir el prestador de su agrado dentro de las posibilidades que cada EPS ofrece y, a adquirir de manera voluntaria con recursos adicionales provenientes de su bolsillo, los denominados Planes de Atención Complementaria en Salud PAC, con la finalidad de mejorar las condiciones de hotelería y comodidad ofrecidas por el POS.

Las evaluaciones de la introducción de la libre elección son escasas. En el ámbito de la reforma global, se han realizado investigaciones que arrojan resultados interesantes. Es importante tener en cuenta que la mayor parte de las EPS inician su funcionamiento a partir de 1995 y el régimen subsidiado en 1996:

1. Colombia ocupa el lugar 22 según el informe del año 2000 de la OMS. Es el país latinoamericano mejor ubicado. Costa Rica, según este informe ocupa el lugar 36.
2. Aumento del gasto público en salud. Actualmente la participación del gasto en salud asciende casi al 10 por ciento del PIB.
3. Se ha mejorado la equidad. Especialmente aquella ligada con la equidad en el acceso.
4. Ha mejorado la cobertura de aseguramiento, con especiales ganancias en los quintiles bajos de ingreso y en las zonas rurales.

¹² Morales Sánchez, Luis Gonzalo: El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. En CEPAL. Serie de Financiamiento para el Desarrollo. No. 55. 1997. Pág 9. Por otra parte, según Castaño, Ramón Abel et al el 45 % de la población urbana y el 80% de la rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento. Castaño, Ramón Abel *et al*: Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud. En CEPAL. Serie de Financiamiento del Desarrollo. No. 108. 2001. Pág 7

Bases estratégicas de los modelos de demanda basados en la libre elección de proveedores

El modelo de competencia pública por la vía de la demanda o de libre elección se basa en tres principios fundamentales:

- La libre elección del centro y del médico por parte del paciente
- La autonomía de gestión de los centros de salud
- El presupuesto flexible ligado al volumen de pacientes adscrito al centro.

La elección del paciente como mecanismo de guía

Los proveedores de servicios de salud compiten por los pacientes para poder mantener su nivel de personal y sus ingresos. Aquellos centros que atraen un mayor número de pacientes tienen que ser recompensados con más ingresos.

Los establecimientos que disminuyen su cuota de mercado, es decir, que pierden pacientes se enfrentarán a disminuciones de ingresos y en último término a su cierre.

La competencia se realizará por la vía de la calidad. Esto significa que el centro tiene que dar importancia a **aspectos organizativos y de accesibilidad** como la programación de visitas, las listas de espera, los tiempos de consulta, el trato al paciente, y **aspectos clínicos** como la continuidad.

Autonomía de gestión en los centros de salud

En un modelo de competencia pública, las organizaciones de proveedores deben tener capacidad de tomar decisiones de gestión y organizativas, deben tener capacidad de innovar y en definitiva de acertar o equivocarse y que además los aciertos y las equivocaciones tengan repercusiones en las organizaciones. Por lo tanto en términos prácticos los proveedores deberían tener las propiedades básicas de una empresa: capacidad para gestionar los recursos humanos, las compras de material, farmacia,... Las inversiones de capital destinadas a mejorar la eficiencia de funcionamiento de los servicios existentes deberían ser gestionadas por el centro. Las inversiones de capital destinadas a ampliar los servicios o las instalaciones deberían dejarse al sector público según criterios de planificación.

Asignación de recursos: Implantación del presupuesto flexible

Para que la elección del paciente sea el motor de la reforma y la competencia, la elección debe estar vinculada a una variación en los ingresos del centro. El *dinero tiene que seguir al paciente*, de forma que si los pacientes no están satisfechos con el centro y se van a otro centro, se producirá un traslado de recursos económicos desde el primero al segundo. Si no se dan suficientes incentivos económicos a los centros basados en la actividad o en la población adscrita al centro, no competirán por el paciente.

Aspectos críticos de los Modelos de Competencia Pública basados en Libre Elección de Proveedores

La Información asimétrica y la calidad percibida

El problema fundamental de los modelos basados en la libre elección es la **información asimétrica** entre el paciente y el médico. Los pacientes no conocen cuáles son las acciones más adecuadas ante un suceso. La información asimétrica reduce la capacidad de elección real de los pacientes y por lo tanto puede poner en peligro los beneficios teóricos de este tipo de modelos.

Los pacientes pueden **tener incentivos a elegir los proveedores menos eficientes (calidad percibida relacionada con ineficiencias)**, con lo que se estaría penalizando a los proveedores más eficientes. Una posible solución a este problema puede ser dar incentivos a los consumidores para que elijan el proveedor más eficiente, por ejemplo, la aseguradora Xerox incentiva pagando el 100% de la contribución del empleado (póliza) si elige la HMO de su área que ofrece un precio más bajo (benchmarking) por los servicios suministrados.

Si el consumidor elige otro plan más caro, entonces paga la diferencia entre la póliza de ese plan y la póliza del plan más barato.

Por otro lado, en los servicios de salud es más fácil que en otros servicios **diferenciar el producto** (trato, confianza,...) y lograr la lealtad, con lo cual es más difícil generar la competencia por el paciente que se basa en el mecanismo de “salida”.

Sin embargo, según López Casanovas (1995), la asimetría informativa tampoco debe exagerarse, por diferentes razones:

1. Teóricamente, la existencia de una minoría significativa de pacientes relativamente informada puede ser suficiente para disciplinar el mercado.

2. La relación entre médico y paciente es a menudo personal y no contractual, dependiendo del reconocimiento mutuo y aceptación de derechos y responsabilidades, reforzados por normas tradicionales. Así, el cumplimiento de las normas deontológicas que han prevalecido siempre cumple una función supletoria que no hay que olvidar.
3. Diversos estudios empíricos demuestran que para el caso de los EE:UU, alrededor de un tercio del gasto asistencial ambulatorio, domiciliario y de larga estancia se realiza sin problemas de información asimétrica.

Costos de transacción y selección de riesgos

A parte de los problemas a los que conduce la información asimétrica, la aplicación de los modelos de libre elección también pueden ser **ineficientes técnicamente porque aumentan los costos de transacción e inequitativos si se dan incentivos a la selección adversa** (que el proveedor tenga incentivos o pueda seleccionar favorablemente la población a la que atender).

Elementos como la acreditación de centros, la negociación y supervisión de los contratos de compra de servicios, instrumentos capaces de controlar la selección adversa (como la imposibilidad de rechazar a un usuario) y elementos que permitan reducir al máximo los costos de transacción, serán también aspectos básicos a tener en cuenta.

La información disponible y la capacidad de elección

Las evaluaciones de algunas experiencias europeas revelan que en muchos casos, la introducción de elementos para promover la competencia, no supone un cambio en la elección de centro ejercida por el paciente (Fotaki, 1999).

El principal motivo de que los pacientes no ejerzan su capacidad de elección se debe a los **problemas de información**. Algunos estudios demuestran que los usuarios de los servicios de salud suelen estar mal informados y que existen diferencias sociodemográficas en la disponibilidad de información. En un estudio realizado en Gran Bretaña para analizar la elección de médico, se observó que los pacientes mejor informados son los jóvenes o de edad media, las mujeres y las clases altas (Charny et al., 1990). Mejorar el conocimiento de la población es difícil pero en este estudio se demuestra que los individuos mejor informados utilizan mejor los servicios disponibles.

Sin embargo, la disponibilidad de información comparativa entre los diferentes proveedores y accesible para el paciente es una condición fundamental para garantizar la libre elección.

Establecimiento de las condiciones de la libre elección

Hay que tener en cuenta que un sistema de libre elección totalmente abierto desde el punto de vista temporal y de médicos (puede escogerse cualquier médico o centro sin ninguna limitación) únicamente es compatible con un sistema de pago por acto altamente inflacionario. Para limitar este problema la única opción pasa por la **limitación de la capacidad de elección** desde el punto de vista temporal, de forma que el usuario deba realizar una elección al inicio de un periodo y no pueda variar hasta el final del mismo (por ejemplo, de un año).

Información al usuario

Un requisito necesario para implantar modelos de libre elección es la existencia de un organismo que provea información al usuario¹³. La información suministrada debe comprender al menos estas áreas:

- El usuario debe conocer el rango de centros y médicos de atención primaria disponibles. Asimismo, debería acceder a información acerca de la calidad (a partir de indicadores de estructura, proceso y resultados) y el grado de satisfacción de los usuarios de cada proveedor.
- La información suministrada debe ser sencilla de entender. El reto está en decidir qué información se recoge y cuál se facilita a los consumidores de forma que estos puedan elegir mejor pero también comprendan la información que se les da.
- El instrumento o guía de información debe ser estándar y permitir comparar entre distintos proveedores. Un aspecto interesante podría ser que no solo compare los proveedores entre sí sino también contra un estándar, por ejemplo, el objetivo del planificador.

Sistemas de garantía de la eficiencia

Otro aspecto a tener en cuenta y del cual se derivan requerimientos específicos es que la competencia en un modelo de competencia pública es por la vía de la calidad percibida. Si el paciente no tiene que desembolsar dinero en el momento del consumo, la calidad del servicio y los costos indirectos para el usuario (distancia del centro, tiempo de espera...) serán los dos únicos criterios en su elección de proveedor. Por lo tanto el paciente no tendrá

¹³¹³ Hacemos referencia a “organismo” y no a sistema de información. La experiencia de Andalucía, España muestra en forma clara que para implementar la libre elección, los “Centros de Gestión del Asegurado” constituyen una solución adecuada y a un bajo costo. En Costa Rica, las Contralorías de Servicio con los ajustes necesarios, pueden sin mayores inconvenientes convertirse en estos Centros de Gestión del Asegurado.

incentivos para elegir al proveedor más eficiente. **Los incentivos económicos a la eficiencia en la provisión tendrán que darse, por lo tanto, a través del mecanismo de asignación de presupuesto.**

La **asignación capitolativa ajustada** por el riesgo individual combina los dos objetivos. Por un lado, vincula el presupuesto del centro con el número de pacientes adscritos, y por otro, incentiva al proveedor a reducir los costos para “rentabilizar” el presupuesto asignado por individuo. Para que a través de la asignación capitolativa se alcancen los objetivos de equidad, eficiencia, libertad de elección y sostenibilidad del modelo, se tienen que dar las siguientes características:

- La asignación al proveedor debería comprender un nivel “base” en función de la estructura del centro (número de médicos, enfermeros, distancia,...), y un nivel variable, o asignación capitolativa, en función de las personas adscritas al centro. De esta forma se logra combinar un cierto grado de seguridad en los ingresos, con algún grado de riesgo financiero que estimularía la eficiencia sin poner en peligro objetivos sociales. El nivel base permite financiar proveedores que en entornos competitivos no sobrevivirían, pero que por motivos de accesibilidad interesan que cubran un territorio. Vale señalar que la asignación histórica, ni la basada en Unidades de Producción Hospitalaria (UPHs) cumplen con las condiciones señaladas anteriormente.
- La asignación capitolativa¹⁴ tiene que venir ajustada por el riesgo del individuo para que el proveedor no tenga incentivos a seleccionar a aquellas personas con poca probabilidad de utilizar los servicios de salud. Por lo tanto, la asignación capitolativa que “sigue a un paciente con más riesgo” (según variables demográficas como el sexo, edad,...), tiene que ser mayor que la que vaya a un paciente con bajo riesgo. Es importante señalar que el ajuste por riesgo genera confusiones importantes. Según Newhouse (1998), en primer lugar por las dificultades técnicas para proceder a dicho ajuste. En segundo lugar, en lo que se refiere a las implicaciones del éxito o fracaso en conseguir dicho objetivo. En cuanto a los errores de concepción del ajuste, se quiere destacar aquí que no se trata de formular aquellos factores que lleguen a explicar el 100 por ciento de la varianza explicada en el gasto actual provocado por cada individuo. Al contrario, se quiere predecir tan solo el gasto esperable; el inesperable, debido a componentes puramente aleatorios, no es aquí de interés al ser común a distintos segmentos poblacionales. En otras palabras, lo que se pretende capturar no es la varianza total sino sólo la parte predecible de la misma (la relativa a la varianza entre individuos más la parte predecible intrapersonal, aumentando ambas cuanto mayor sea el período de observación y la unidad de análisis: la familia versus el individuo)

¹⁴ En el marco del proceso de reforma de Colombia, las Entidades Promotoras de la Salud (EPSs) se financian mediante una prima ajustada por riesgo por cada afiliado. Este mecanismo se denomina en la Ley 100 como “*subsídios de demanda*”.

Sistema de garantía de la calidad técnica

La acreditación de los centros para mantener un estándar de calidad de la asistencia salud es necesaria en contextos de libre elección en los que la elección se basa en criterios de calidad percibida que no siempre corresponden con criterios de calidad clínica. Si se cumplen los requisitos de acreditación, los pacientes podrán elegir entre proveedores que satisfacen los requisitos previos de seguridad clínica y de idoneidad. Para cumplir con este requisito, el rol de la Dirección de Compra y de la Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS).

Castigar la ineficiencia del proveedor no debe afectar a la población de cobertura

El establecimiento de políticas de competencia entre proveedores supone en términos teóricos que aquellos centros que mejor lo hagan (ya sea desde el punto de vista del paciente, del comprador o de ambos) deben verse beneficiados a costa de los que peor lo hagan. En términos prácticos algunos ganarán a costa de que otros pierdan. Un elemento fundamental a tener en cuenta es que la penalización no debe afectar a la población de cobertura del proveedor (que no solo no tiene ninguna culpa de las ineficiencias sino que el tener un proveedor ineficiente no le resta derecho a la atención). Para ello es evidente que deben establecerse condiciones para que la penalización repercuta en el culpable y no en el usuario.

Conclusión

Tal y como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe del año 2000, la introducción de libre elección constituye un complemento deseable en los sistemas públicos de vocación universalista.

La libre elección de los proveedores ha sido introducida en los sistemas de salud financiados públicamente, como un mecanismo para incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, y elevar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, las carteras de servicios, el centro y el tratamiento clínico que recibe, según se desprende de la experiencia de los países europeos.

En el sistema de salud de Costa Rica, existe de facto una libre elección. Su característica es que no está regulada y depende de las actividades de influencia de las personas, por lo que propicia la inequidad y desigualdad en el acceso a los servicios de salud, es decir, reúne las características de un *mercado negro*.

El proceso de reforma muestra avances significativos, en áreas como el mejoramiento de la equidad, de la calidad de la inversión, en la consolidación de los Compromisos de Gestión como el mecanismo cuasi-contractual de relación entre la Compra y los Proveedores, mayor participación a través de las Juntas de Salud, y la aprobación de la Ley y Reglamento de Desconcentración. Sin embargo, el componente financiero muestra resultados modestos, la facturación no se ha implementado. La asignación retrospectiva basada en el presupuesto histórico continúa vigente, con la inercia inflacionaria que le caracteriza.

Un tema pendiente del proceso de modernización y reforma es la introducción de Libre Elección. Dada la experiencia reseñada en los países Europeos y latinoamericanos, como primer momento, el país podría implementar la elección del proveedor (es evidente que la elección del médico tiene más costos que beneficios). Con el objeto de fortalecer el primer nivel de atención y la Atención Integral, la propuesta es que el Médico General o de Familia, constituya efectivamente la “puerta de entrada” a la atención especializada.

Una de las conclusiones de mayor relevancia que se extrae de la experiencia Europea, es que para introducir la libre elección no se requiere de grandes sistemas de información integrados. La experiencia de la Región de Andalucía así lo muestra. Las Contralorías de Servicio pueden con algunos cambios de tipo organizacional, convertirse en el corto plazo, en los Centros de Gestión del Asegurado.

Por último, la libertad de elegir constituye un principio esencial del quehacer democrático y de derechos humanos que hasta hoy día, no se la ha otorgado al contribuyente del Seguro de Salud.

Bibliografía

Castaño, Ramón Abel *et al*: Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud. En CEPAL. Serie de Financiamiento del Desarrollo. No. 108. Mayo, 2001.

Charny M., Klein R., Lewis P., Tipping G: Britain's new market model of General Practice: do consumers know enough to make it work?. En Health Policy 1990;14: 243-252

European Health care Reforms: Analysis of current Strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen 1996.

European Health Management Association: The Impact of Market Forces on Health Systems. A Review of evidence in the 15 European Union Member State. Marzo, 2000.

Fotaki M: The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm. En Soc. Sci. Med. 1999 ; 48:1415-1432

Garcés P: Reformas Salud en Europa y la elección del usuario. Madrid: Díaz de Santos 1994

Gérvás J, Ortún Vicente: Regulación y eficiencia de la atención salud primaria en España. En: López i Casasnovas G., Rodríguez D. (coordinadores), La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: Editorial Civitas, 1997:129-152

Hirschman, Albert: Salida, Voz y Lealtad: Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y Estados. Fondo de Cultura Económica. México. 1977.

Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud. Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud. 1997.

López y Casasnovas, Guillén: Público y privado en sanidad. En Estado y Economía. Elementos para un debate. Salvador Barbera. 1995

Morales Sánchez, Luis Gonzalo: El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. En CEPAL. Serie de Financiamiento para el Desarrollo. No. 55. 1997.

Newhouse JP, Beuwkes M, Chapman J: Risk adjustment & Medicare. En Health Affairs, 16:26-43

Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza.

Ortún V., Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. En Medicina Clínica (Barc) 1996; 106:97-102.

Ortún Rubio, Vicente: Factores explicativos de la articulación entre niveles asistenciales. En Silio Villamil, Fernando y Keenoy, Esteban de Manuel: Alternativas de Integración de niveles asistenciales. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1998.

O'Reilly D., Steele K., Merriman B., Guilliland A., Brown S: Effect of fundholding on removing patients from general practitioners lists: retrospective study. BMJ 1998; 317:785-786

Pomar Reynés, Jospe María: Opiniones sobre las relaciones entre niveles asistenciales desde una gerencia de Atención Primaria. En Silio Villamil, Fernando y Keenoy, Esteban de Manuel: Alternativas de integración de niveles asistenciales. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1998

Saltman R.B., Figueras J. Reformas Salud en Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997

Van de Ven M. Market-oriented health care reforms: trends and future options. En Soc. Sci. Med. 1996; vol.43, No 5: 655-666