

Conferencias

Medwave. Año X, No. 8, Agosto-Septiembre 2010. Open Access, Creative Commons.

Regulación y capacidad de elección en los sistemas de salud

Expositor: Pere Ibern⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Unversitat Pompeu Fabra, España

doi: 10.5867/medwave.2010.08.4628

Ficha del Artículo

Citación: Ibern P. Regulación y capacidad de elección en los sistemas de salud. *Medwave* 2010 Ago-Sep;10(8). doi: 10.5867/medwave.2010.08.4628

Fecha de publicación: 1/8/2010

Origen: conferencia dictada en Congreso AES 2010

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia que se dictó en el IV Congreso de Economía de la Salud de América Latina y El Caribe, realizado en Santiago entre los días 19 y 22 de enero de 2010. El congreso fue organizado por la Asociación de Economía de la salud (AES) de Chile y la AES de América Latina y el Caribe.

Introducción

Comenzaré hablando acerca de regulaciones y capacidad de elección en el sistema de salud, también hablaremos de un conjunto de otros puntos claves, como cuáles son aquellas aproximaciones de reforma organizativa y cómo la capacidad de elección se inserta en estas reformas organizativas en el sector salud.

Para entender las reformas organizativas voy a exponer una pincelada acerca del tema de los valores en la política sanitaria para luego aterrizar en lo que es el sistema sanitario ideal, el real y el sistema sanitario responsable.

Al final para no quedar en lo abstracto bajaré al terreno de Chile y luego trataré de poner énfasis en el significado de la capacidad de elección en el caso de Chile.

Las aproximaciones a la reforma organizativa

Si empezamos desde un punto de vista general pensando en cómo un país se enfrenta una reforma organizativa de la salud, lo primero que debemos decir es que la reforma organizativa siempre es la más compleja. A veces nos pasamos el tiempo hablando de reforma financiera y de suficiencia financiera, porque en el fondo es más fácil. La reforma organizativa es una reforma que tiene mucha inercia y es conflictiva. Sin embargo Julian Le Grand hizo un artículo titulado "La Política de la Elección y la Competencia en los Servicios Públicos" en el que explicó que había cuatro opciones para cambiar la organización en los servicios públicos. (1)

La primera de todas era el **modelo de "confianza"**, que

consiste en que podemos enfrentar una reforma basándonos en que los "gestores saben lo que los usuarios necesitan" y por lo tanto la confianza que la sociedad ha depositado en ellos, es la base para tomar las decisiones necesarias que permitan enfrentar esta reforma.

La segunda opción, el modelo de **"gestión por objetivos"**, consiste en que podemos pensar que hay un "órgano central que sabe exactamente y establece cuáles son los estándares de servicio" que debemos aportar a la población, estableciendo de acuerdo a esto un sistema de gestión por objetivos: definiendo en el fondo "qué es" lo que se quiere.

El tercer modelo de reforma es el de **"voz"**. En este los ciudadanos expresan su satisfacción e insatisfacción obligando a cambios sustanciales en la organización, fruto precisamente de estas demandas. Lo anterior debido, a que estas demandas simplemente tienen su canalización posible en términos prácticos y son validadas por la organización.

El último modelo, que es en el que se basa este artículo, es el de **"elección"**. En este modelo los ciudadanos escogerían la cobertura, el operador y servicios de los proveedores. Este modelo de elección consiste en la capacidad de poder escoger entre distintas opciones, siendo esto lo que da sentido y forma a la reforma organizativa. Nos interesa este último porque los otros modelos ya han sido probados y el principal problema de este último radica en cómo estructurarlo.

Me gustaría comentar tres referencias claves a Julian Le Grand, porque son tres referencias muy consistentes y que hacen pensar:

1. "Tradicionalmente la izquierda (política) le ha dado la espalda al tema de la elección como la preservación de un derecho. En una sociedad de consumo en donde el consumidor es rey, no considerar este tema no es una estrategia factible para políticas realmente progresistas y modernas. Una aproximación precisamente moderna una solicitud de elección para ser redistribuida. Hoy en día las personas que pueden costearlo "compran" su posibilidad de elección sobre la salud y la educación, por el contrario aquellos que no tienen esa capacidad económica viven sin ello. Esto es injusto y debe ser cambiado. Por ende el expandir la capacidad de elegir se trata de mejorar la equidad y las oportunidades, no de socavarla." (2) Ésta, a mi parecer, es una reflexión potente que hace pensar. El hecho de no otorgar elección en los sistemas públicos, en la actualidad, no es del todo cierto, porque aquellos que pueden ya tienen la posibilidad de hacerlo.
2. "Muchos en la centro izquierda argumentan que, mientras los servicios deberían ser responsables y amigables, el lenguaje y los valores de la capacidad de elegir no tienen lugar en la provisión pública". (3) Yo rechazo esa dicotomía. En mi opinión sería tonto y un suicidio político el rechazar el concepto de elección y la importancia de ajustar los servicios a las necesidades individuales.
3. "Cuando el Gobierno se ha comprometido a servicios públicos gratuitos en relación al uso y disposición, sobre la base de las necesidades, es importante asegurarse que la elección no se promueva a expensas de la equidad o eficiencia, sobre todo cuando hay fallas de mercado y la capacidades limitadas". (4) Estas ideas provienen del mundo anglosajón, el mundo británico que es un mundo muy cercano al de España en términos del concepto de capacidad de elegir que tienen los ciudadanos y es un tema central al que le debemos prestar atención. Si el elegir es un problema central al que le debemos prestar atención, entonces debemos pensar que cualquier reforma del sector salud tiene necesariamente ciertos valores implícitos. Estos valores a menudo no se hacen explícitos en toda su fuerza, pero quien realmente está estableciendo una política sanitaria siempre los tiene detrás.

Los valores en la política sanitaria

Adam Williams explicó el año 2005 a través de un artículo magnífico, una visión que él tenía, como todos estos artículos, requieren de un cierto reduccionismo, y bajo esa óptica se pueden establecer claramente dos posiciones: Lo que creen "los liberales" y en lo que creen "los igualitarios" (Tabla 1). Creo que lo anterior es una manera práctica, admitiendo cierto reduccionismo, de ver donde están y estamos todos los involucrados en salud.

Son frases suficientes en sí mismas para explicitar de lo que estamos hablando: "valores que cada uno de nosotros

puede tener frente a la política sanitaria". En forma adicional, distintos valores darán lugar a distintas políticas y estas a su vez darán lugar a distintas reformas organizativas. (5)

El sistema sanitario ideal

Si viéramos estos valores encarnados entre lo privado y lo público, podríamos separar entre demanda y oferta: Tabla 2.

Como ven hay diversas visiones pero que son suficientemente claras para reflejar la visión que cada uno pueda tener sobre lo particular.

Este cuadro anterior es, en mi opinión, lo suficientemente claro para obligarnos a realizarnos preguntas a nosotros mismos cuando nos enfrentamos ante cualquier reforma de política sanitaria. Esto se debe a que el problema fundamentalmente, en muchas de las reformas de política sanitaria, es que estos valores no se explicitan. Estos valores existen entre quienes hacen propuestas pero no se explicitan como tales.

El sistema sanitario real

El sistema sanitario real corre por su propio camino. Por ejemplo, la Unión Europea en el año 2006 hizo una declaración de cuáles eran los valores compartidos en los sistemas de salud. Fue una declaración que tomó mucho tiempo en elaborar y para la que se llegó a una situación de compromiso donde se establecía el valor fundamental de la garantía de acceso a través de seguros universales. Otro tema importante era la importancia de la regulación de la garantía de calidad. Se evitó entrar en más detalle. Se evitó entrar en detalle de la valoración de lo público y lo privado, en la financiación de los copagos o no y esto se termino aquí.

Cuando pensamos en un sistema sanitario real debemos pensar en las dos funciones básicas. La función del seguro y la función de provisión. La función del seguro es la que activamos para poder resolver el riesgo de enfermar. La función de provisión es para poder gestionar el servicio. Los seguros son la respuesta eficiente a la incertidumbre sobre cuando aparecerá la enfermedad y sus costos, pero al mismo tiempo que nos resuelve la incertidumbre, nos cambia el comportamiento y nos provoca un exceso de consumo.

La respuesta a la realidad aseguradora desde esta información asimétrica del entorno de seguros, obliga a la cobertura universal sin exclusión. Ahora bien, la forma de cómo se financia este seguro universal es un tema distinto. La cuestión está en que por una parte tenemos esta visión del seguro, el seguro universal. El problema radica en: ¿qué espacio tiene la elección en medio de un seguro universal? ¿Existe un espacio o no existe? Esto es una pregunta que nos podríamos hacer y que trataré de ir explicando.

Hay un punto más. Si tenemos un sistema sanitario "ideal" y un sistema sanitario "real", el paso siguiente sería pensar si es posible un sistema sanitario

“responsable” que avance en la capacidad de elección. Lo primero que tendríamos que tener es un sistema que tenga claro cuáles son las garantías sobre las que se definen coberturas y las prestaciones, vale decir que éstas sean explícitas y conocidas. Este es el punto cero de partida. Si no hay una explicitación muy clara acerca de cuáles son las garantías, las coberturas y prestaciones, entonces se complicaría cualquier posibilidad de gestión de las mismas coberturas, logrando por ende que sean costo efectivas.

La segunda parte es decir, que si nosotros pensamos que tenemos muy claro cuál es el ámbito de cobertura, surge la interrogante de cómo gestionar esta cobertura. Aquí la disyuntiva se encuentra en que los sistemas de salud tal como los conocemos en Europa, básicamente los sistemas de servicios nacionales de salud que son financiados por vía fiscal, son sistemas que han “olvidado la función aseguradora”, son sistemas que de forma simple son servicio público. Lo anterior quiere decir que tienen una concepción similar a la de la justicia o los servicios educativos, los cuales prestan un servicio a la población. El olvido que han tenido los servicios de salud, al seguir la vía fiscal, es la cobertura del riesgo que está implícita. Creo que es una pérdida sustancial por que el riesgo existe y debe gestionarse. Por ende esto ha dado lugar a que la dimensión riesgo, individual y poblacional, es una dimensión que no se gestiona y de la cual no existe ninguna preocupación en el ámbito público y de políticas públicas.

Características de un sistema sanitario responsable

- El Estado garantiza la cobertura aseguradora de prestaciones coste-efectivas.
- La gestión poblacional de la salud corre a cargo de organizaciones sanitarias integradas.
 - a) Red de organizaciones que ofrece un conjunto de servicios coordinados a una población y asume la responsabilidad clínica y económica en la consecución de unos resultados de salud a la población que sirve.
- Competencia y elección:
 - a) En zonas densamente pobladas es posible la elección entre Organizaciones Sanitarias Integradas (Competencia gestionada)
 - b) En zonas de baja densidad demográfica límites a la elección (Monopolio gestionado).
 - c) Es posible la elección de médico dentro de la Organización Sanitaria integrada, el dinero sigue al paciente.

Desde un punto de vista de un sistema sanitario responsable, esta gestión de la cobertura poblacional, y por lo tanto la gestión de su riesgo, se debería hacer a través de organizaciones sanitarias integradas que ofrecen servicios a la población y asumen responsabilidad clínica y económica en consecución de los resultados de la salud de la población que sirve.

En consecuencia no se refiere a un concepto de seguro privado sino un concepto de “gestor de cobertura”, que va mucho más allá en la interrelación entre lo que es la provisión y el seguro. Si esto es así, entonces es cuando se hace posible establecer capacidad de elección ¿Dónde sería posible establecer esta capacidad de elección? Existe un elemento previo que debemos considerar cuando hablamos de capacidad de elección: **elegir es costoso**.

Debemos admitir que si nosotros consideramos un país y consideramos la distribución y la densidad demográfica de la población y pensamos que todos los ciudadanos pueden tener capacidad de elección entre, por ejemplo, tres o cuatro gestores de cobertura ¿Qué sucedería? Tendríamos unos costos administrativos más altos de los deseables, ya que la población no se distribuye de manera uniforme. Existen zonas densamente pobladas y existen zonas rurales con baja densidad demográfica. En consecuencia hay una primera condición fundamental a considerar para la capacidad de elección. Esta es la “densidad demográfica”.

Alguien podría argumentar que estamos dando un derecho al que unos tienen más que otros. Esto es cierto, pero esto también es cierto en muchas otras políticas, ya que la realidad es la realidad tal como es. Nosotros no diseñamos la forma en que evolucionó la densidad demográfica. Por lo tanto en zonas densamente pobladas es posible la elección entre organizaciones sanitarias integradas. Esto se acercaría a lo que se conoce como **competencia gestionada**. En zonas de baja densidad demográfica habría un límite a la elección. No es posible tener capacidad de elección cuando tienes poblaciones en un radio razonable de menos de 300.000 habitantes. No habrá posibilidad de poner tres gestores de cobertura, sería una situación límite. Por lo tanto cuando tenemos zonas densamente pobladas podemos elegir, cuando no las tenemos debemos admitir la restricción, porque los costos que podría suponer la capacidad de elegir realmente serían insostenibles para el sistema y por lo tanto no sería una opción eficiente.

La elección de médico dentro de la organización sanitaria integral siempre es posible, esto es un nivel de elección distinto, pero lo importante es el primero, la elección de médico siempre posible de establecer.

Entonces, ¿es posible de establecer capacidad de elección en los sistemas de salud financiados públicamente? Sí, y ¿cuál es la principal restricción para esto? La densidad demográfica.

Hay países que han puesto en marcha esta situación de capacidad de elección en un entorno de financiación pública, ¿qué es lo que ha sucedido?, el caso de España, por ejemplo, data antes de 1985, allí funciona un **esquema de mutualidad de funcionarios**. En España hay dos millones de personas que pueden escoger entre cinco opciones, una de ellas es la opción pública y las otras cuatro son gestores de cobertura privada. Son aseguradoras privadas pero no trabajan como

aseguradora privada en el sentido de que no establecen una prima sino que toman la prima pública.

El resultado de esto es que de estas cinco opciones, las opciones privadas cuestan un 30 % menos al gobierno de lo que cuesta la opción pública. En definitiva esto es lo que existe y la cobertura es la misma. En efecto hay diferencias en cuanto a la capacidad de elección, de proveedor, etc. Pero existe una dificultad, a pesar de que tenemos conocimiento de estos grandes datos no se ha realizado una seria evaluación acerca de cuáles son los efectos en términos de los resultados en salud y de eficiencia real.

Por lo tanto en los últimos 25 años en España ha habido un modelo en el cual hay competencia gestionada dentro de un número limitado de aseguradoras que compiten con el sector público y los funcionarios pueden escoger una vez al año entre las distintas opciones. Esta es la realidad, no diría si es lo óptimo o no, pero es como funciona en España. Aproximadamente el 87 % de los funcionarios escogen la opción de gestores de cobertura privada. Me refiero a gestores de cobertura privada por qué no son exactamente aseguradoras privadas, y aunque pueden trabajar en los dos ámbitos no pueden fijar una prima, porque ésta está establecida por el gobierno, por ende, la única opción que tienen es participar o salir, como ocurrió con algunas cuando vieron que no podían gestionar con la prima que le ofrecía el gobierno.

Este finalmente es un esquema de competencia gestionada.

Chile y la capacidad de elección

Hay otros esquemas, como el caso de Chile. En el año 2007 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) hizo un informe económico donde incluyó comentarios sobre el sector salud. A continuación algunas afirmaciones que nos dice la OCDE:

- El mercado de la Salud en Chile está segmentado sobre la base de las características socioeconómicas y de riesgo.
- Las ISAPRES seleccionan personas comparativamente más sanas a través de la discriminaciones del precio, cobertura restringida y exclusión, mientras que los grupos de mayor riesgo de la población, incluyendo las personas de ingresos medio y bajo, el adulto mayor y las mujeres, están sobre representadas entre los beneficiarios del FONASA.
- En 2003, 91% de las personas en el quintil de ingreso más bajo estaban afiliadas al FONASA, mientras que 51% del quintil de ingreso superior estaba afiliado a una ISAPRE. En el mismo año, las mujeres constituían el 53% de los beneficiarios del FONASA y el 49% de los beneficiarios de las ISAPRES.
- En cuanto a la edad, las personas con al menos 60 años de edad representaban el 1% de los beneficiarios de las ISAPRES y alrededor de 13% de los beneficiarios del FONASA.

- Como resultado, tanto las contribuciones como el gasto por beneficiario difieren significativamente entre FONASA y las ISAPRES, aunque esta diferencia ha disminuido con el tiempo: en 2005, el gasto por beneficiario era 1,7 veces más alto en las ISAPRES que en FONASA, comparado con las 3,5 veces en 1984.

Todas las frases contenidas en estos breves párrafos son frases que desde un punto de vista político tienen una implicación muy clara, se establece que existe una situación que se debe resolver.

Constitucionalmente esta admitido el derecho a la elección de cobertura. En consecuencia en el caso de Chile hay casi un mandato político de cómo establecer una elección de cobertura que sea eficiente, por lo tanto lo que no se le podría pasar por la cabeza a ningún político en Chile sería que la capacidad de elección debiera desaparecer.

Recomendaciones de la OCDE

Para elevar la eficiencia de los programas de salud:

- Extender el Fondo de Compensación Solidario a FONASA para mejorar más la distribución de riesgo.
- Considerar aliviar las restricciones de movilidad para los beneficiarios de FONASA bajo la Modalidad de Atención Institucional (evaluando en todo caso cuidadosamente el impacto que estas medidas puedan tener sobre los costos del seguro) y nivelar los copagos por servicios homogéneos entre afiliados a FONASA e ISAPRES.

El momento actual

Preocupación por el aumento de los precios, de las primas en ISAPRES

- La fijación de precios es sólo la consecuencia, no la causa que limita la capacidad de elección.
- Los precios diferenciales surgen de la tarificación en función del riesgo, si atenuamos la selección de riesgos, el problema de precios se diluye. La causa el problema se desvanece.

La cuestión clave

- Resolver la causa o regular nuevamente la consecuencia

En relación a lo anterior, las primas de las Isapres han crecido más que lo que ha crecido la inflación y más que lo que podrían esperar los afiliados. Esta realidad ha llevado a una situación de tensión en términos de demandas a la corte constitucional. Por consiguiente no sólo la OCDE pone presión con sus opiniones, sino que también la posibilidad de judicializar la política, siendo una opción que en mi opinión debería evitarse en cualquier caso. La política debería ir siempre por delante.

La fijación de precios es sólo la consecuencia y no la causa que limita la capacidad de elección en el caso de las Isapres. Es decir, toda esta preocupación por la fijación de precios y el crecimiento de los precios de las primas es una

consecuencia. De manera consiguiente debemos investigar cual es la causa que hace que las primas estén cambiando de esta manera.

El problema para el regulador esta en preguntarse qué es mejor ¿Resolver la causa o regular nuevamente la consecuencia? Cuando pensamos en términos de regulación, a veces el exceso de regulación al final llega a dar la vuelta la consecuencia para crear una nueva causa, de un nuevo problema. En consecuencia, vista esta realidad, si el punto clave está en resolver la causa, la pregunta correcta es ¿cómo resolver el problema del riesgo y la segmentación en el conjunto del sistema de salud?

Opciones para nuevos flujos de fondos

Durante los últimos años el expositor ha colaborado directamente en Chile con personas y autoridades en el tema, concluyendo en una opción que permitiría, atender a lo que expuso la propia OCDE en el 2007 (Figura 1). Siendo esto la creación de un **fondo central de compensación de riesgos**, donde están todos los riesgos del conjunto del sistema de salud, tanto los que están en FONASA como los que están en Isapres y por lo tanto los ciudadanos establecen una contribución equivalente al 7 % del ingreso a un fondo central. Este aporte es tanto de los ciudadanos de FONASA como los de Isapres, de este modo los ciudadanos tienen capacidad de elección entre Isapres y FONASA, en las cuales las Isapres reciben dos tipos de fondos el primero proviene de los aportes, según riesgo, del fondo central y el otro procede de las primas comunitarias por ISAPRE. Estos permiten no discriminar por riesgo, porque si lo hicieran volveríamos a la situación previa.

Después de ello tanto Isapres como FONASA compensan la actividad de atención ambulatoria hospitalaria y los copagos, para ser un sistema que permita una capacidad de elección en términos equitativos para la población, deberían ser unos copagos según ingresos equivalentes tanto en Isapres como en FONASA.

Hay una flecha adicional que sería el caso de los subsidios equivalentes. Estos serian de aplicación para la población menor de 18 años, por lo tanto la población que no es afectada por el 7 % de ingreso.

En cualquier caso este esquema, que trata de resolver lo que sería la preocupación de la OCDE y la del momento explicitada, está relacionado con reformas conocidas y que son públicas.

Holanda durante los últimos 10 años ha tratado de resolver el mismo problema, presenta un sistema de "elegir-salir", en donde la persona a partir de un determinado nivel de ingresos podía elegir salirse del sistema y podía tener su propia cobertura aseguradora a pesar de tener un seguro universal.

Alemania ha limitado esta posibilidad, reduciendo el potencial de personas que pueden elegir, en cambio Holanda ha hecho exactamente lo que estoy explicando

aquí, que es la creación de un fondo central y en lugar de admitir que solamente los que acceden a determinadas coberturas pagan un aporte adicional, todos los ciudadanos tienen una prima comunitaria que deben pagar a las compañías aseguradoras.

Así, la evolución de este esquema no es un esquema que este al margen de donde están las soluciones que otros países ya han dado al mismo problema. Lo que sucede es que tiene consecuencias importantes respecto del punto de partida. Como toda posible reforma y avance hacia una mejora sustancial en términos de eficiencia y equidad hay un punto de partida en el cual hay restricciones y una situación en la que uno debe entender que lo más importante son dos cosas: primero **la transición**, es decir cómo se pasa de una situación actual a otra futura, y lo segundo son **los detalles**. Los últimos son los que pierden la regulación, hacen que determinadas opciones con mucha claridad, visión, criterios, principios y valores, queden desvanecidos por la práctica.

Restricciones

Hay tres limitaciones en este marco de implantación:

- Limitación a la competencia en precios que favorece la selección y aumenta los costos administrativos
 - a) Primas comunitarias (*community rate*): Precios iguales para todos los miembros de una ISAPRE.
 - b) Comunicación de nuevos precios 2 meses antes del fin de año y período ordinario de cambio preestablecido.
- Limitación de competencia en cobertura financiera: copagos anuales máximos según renta iguales en ISAPRE-FONASA (*tipo AUGE*)
- Limitación a la fragmentación en sistemas de pago

Cuando nosotros pensamos en términos de elección, fijándonos en las frases que dije antes ¿por qué los ciudadanos deben tener capacidad de elección en términos que todos la tengan?, si ponemos precios distintos en función del riesgo, en definitiva estamos limitando la capacidad de elección y además estamos aumentando los costos administrativos, los cuales se relacionan con los costos de comercialización.

La opción de primas comunitarias en los cuales todos los ciudadanos pagan la misma proporción, precios iguales para todos los miembros de una ISAPRE, admitiendo diferenciación para el caso de ubicación geográfica, es un tema lo suficientemente claro para evitar mayores restricciones de la capacidad de elección. La manera de hacer efectiva esta capacidad de elección es comunicar y explicar esta tarifa comunitaria, ofrecida por la gestora de cobertura, al conjunto de la población unos dos meses antes de fin de año, con lo cual se tiene un periodo rutinario de cambio para ejercitar la capacidad de elección informada de la población con mayor contundencia y claridad, ya que todas las compañías establecerían los precios en el mismo momento y éstos serían de conocimiento para todos.

El otro punto de importancia es la limitación en copagos anuales. Si hemos dicho que los copagos tienen que ser equivalentes en el sistema para facilitar la elección, también es cierto que al lado de copagos relacionados con la renta es conveniente y oportuno establecer límites máximos de copagos según el nivel de renta.

La última limitación o consideración sería que para que funcione el sistema en su conjunto de una manera equilibrada requeriría tener criterios equivalentes en el sistema de pago a los proveedores entre Isapre y FONASA. No quiere decir que se pague exactamente lo mismo sino que el criterio, la forma en que se establece el sistema de pago debe ser equivalente, ¿por qué?, porque la fragmentación en sistemas de pago da lugar a subsidios cruzados de ingresos por parte de los proveedores tratando de maximizar ingreso proveniente de aquel que te paga mejor.

Comentarios finales

Quisiera dar una serie de comentarios finales, básicamente siguiendo dos orientaciones, la primera es algo que no está relacionado con la capacidad de elección pero que tiene implicaciones en términos de reforma sanitaria y de políticas públicas en general.

Hay un grupo de investigadores que siempre se ha preocupado por el comportamiento animal y humano, sobre todo en relación a como se toman decisiones. Este grupo publica de forma ocasional en la revista de la *Royal Society*. Ellos hicieron un artículo especial en el que comparaban como los animales toman decisiones en conjunto y como llegan a consenso, y como los humanos tomamos decisiones en conjunto y llegamos a consenso.

Hicieron tres experimentos: En el primer experimento llegaron a la conclusión de que el tamaño del grupo y la presencia de personas desinformadas afecta la rapidez en la que el grupo pequeño debe decidir entre opciones opuestas así como la probabilidad de que el grupo se divida. Esto me suena conocido.

En el segundo experimento dicen que la posición espacial de personas informadas en pequeños grupos afecta a la rapidez y a adecuación del grupo. Una mezcla de líderes en el centro y en las esquinas consigue el mejor objetivo. Con esto sabemos dónde poner la gente que sabe y la que no sabe.

El tercer experimento dice: lo conseguido en pequeños grupos puede replicarse en grupos mayores. Con grupos de 200 y 300 personas hicieron lo mismo. Se necesita una minoría de personas informadas para guiar un grupo numeroso desinformado. El problema es quién es esta minoría.

Ahora debo decir que este artículo está sesgado por una razón elemental. El problema no es la información, sino que son los intereses, y sobre esto no habla. Por lo tanto tenemos que ir con mucho cuidado, porque estamos en lo primero, que es desconfiar **de aquellos que hablan de reformas sanitarias sin hablar de valores.**

Desconfiar de aquellos que hablan de información sin hablar de criterios ni de intereses. Esta sería la conclusión.

Una vez que se hayan explicitado los intereses y la información que necesitamos, lo que también necesitamos **son líderes**, gente que sea capaz de, con la información adecuada, objetiva e intereses explícitos, avanzar en aquellas opciones que son mejores para la sociedad en cada momento.

- La consecución de una mayor eficiencia en el sistema de salud chileno que garantice acceso adecuado y capacidad de elección, pasa necesariamente por una reforma legal.
- El sistema actual está adecuadamente diseñado para conseguir aquello que observamos (*selección y sus problemas*)
- La capacidad de elección necesita apoyarse sobre bases sólidas que permitan su ejercicio en condiciones de igualdad para la población.
- Las opciones de reforma legal obligan a atender a los detalles y a reformular el desarrollo institucional

Respecto al primer punto, en el caso de Chile, fue el 2005 cuando se hizo una refundación legal. Consecuentemente hay necesidades respecto de estas realidades y esta presión que yo la sitúo en dos ámbitos, la corte constitucional y OCDE, de actuar en sentido de una reforma legal más profunda.

En el segundo punto, no es que lo que observamos sea un fallo, sino que es resultado de lo que está "perfectamente" diseñado, por lo tanto el problema está en el diseño y no en que el sistema arroje resultados considerados fallidos. El objetivo por lo tanto es cambiar el diseño. El sistema está diseñado para tener selección de riesgos y como tal, si revisan la propia legislación, lo que me sorprendió es que esta admite la selección de riesgos y admite la existencia de cautivos y hace referencia a ellos, siendo esto es un contrasentido. El propio regulador debe estar consciente que es algo que no quiere, así, lo que debería hacer es prevenirlo y no explicitarlo.

El tercer y cuarto puntos están bastante claros.

Todo lo anteriormente comentado corresponde a pistas, no sólo aplicables a Chile, para guiar nuestra reflexión de por qué el tema de la capacidad de elección es un tema crucial. Como ciudadanos adultos e informados, que actuamos de tal forma en el mercado de consumo cuando queremos adquirir los bienes que necesitamos, debemos también ser capaces de hacer lo mismo en materia de salud.

La cuestión está en que al mismo lado de la capacidad de elección también debemos exigir responsabilidad, responsabilidad individual ante los riesgos con la salud. Lo que debemos exigir también es responsabilidad a los individuos acerca de su propia salud por que en el centro de la consecución de la mejor salud, está el propio individuo, no solamente los servicios de salud.

Bibliografía

1. The Political Quarterly, Vol. 78, No. 2, Abril-Junio 2007
2. Adam Milburn
3. David Blunkett

4. HM Treasury
5. Williams, A. The pervasive role of ideology in the optimization of the public-private mix in public health care systems (2005)

Tablas y figuras

	Los liberales creen que	Los igualitarios creen que
Cuestiones básicas	La libertad de elección es buena en sí misma	Todos los miembros de una sociedad deben tener derechos iguales a bienes básicos
	Las personas tienen su mejor criterio acerca de su bienestar	Es la sociedad quien debe determinar cuáles son los bienes básicos
	El bienestar social no es más que la suma del bienestar de los individuos	El bienestar social depende de cómo estos bienes se distribuyen en la sociedad
Esfuerzo y resultados	Los resultados necesitan ser compensados	La falta de resultados no debe penalizarse
Libertad	La libertad es un bien supremo en sí mismo y no debe restringirse	La libertad se relaciona con las oportunidades reales de elección, y necesitan restringirse a unos para que aumenten en otros
Igualdad	La igualdad ante la ley es el concepto clave, si hay conflicto la libertad está por encima la igualdad	La igualdad de oportunidad es un concepto clave. En su ausencia, la compensación de los desfavorecidos es una obligación moral

Tabla 1.

	Privado	Público
Demanda	Las personas tienen su propio criterio sobre el bienestar Las prioridades se determinan por la disponibilidad a pagar Los riesgos extremos se resuelven mediante seguros privados Las cuestiones de equidad se resuelven en otro plano (fiscalidad)	Cuando enfermamos, tenemos limitaciones en evaluar nuestro bienestar Las prioridades se determinan bajo criterios sociales de necesidad Los riesgos extremos requieren acceso gratuito Como que la distribución de la renta es desigual en relación a la necesidad de salud, debe aislarse su impacto
Oferta	El beneficio es la forma de motivar a los proveedores para satisfacer necesidades Las prioridades se determinan por capacidad de pagar y los costes de satisfacer deseos en el margen Los proveedores tienen incentivos a producir al menor coste	La ética profesional y la dedicación al servicio público son la motivación, cuidar y curar Las prioridades se determinan por la capacidad de curar y cuidar en el margen La existencia de límites en recursos genera una fuerte incentivo a contener costes

Tabla 2.



Figura 1.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.