

Medidas de contención de costos en el ámbito de una institución de asistencia médica colectiva

Dres. Gustavo Mieres¹, Ana Sollazzo¹

Resumen

El presente trabajo describe y analiza las medidas de contención de costos de atención a la salud referidas en la literatura internacional, a efectos de elaborar un marco de referencia que permita analizar las medidas que en este sentido fueron adoptadas por el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay en los últimos años.

Se describe la evolución de los gastos de salud en diversos países y en particular en Uruguay. Se analizan los factores involucrados en el aumento de costos y en relación a éstos se identifican y describen las medidas aplicables a los seguros de atención médica de prepago –denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva según el destinatario de las mismas.

Se concluye que el énfasis de las medidas está puesto en el control de la utilización de los servicios y en las modalidades de pago a los prestadores. Estas deben articularse en un programa que se sustente en una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles que asegure a la vez una mayor equidad y calidad de la atención. Esto supone una redistribución de recursos en base a estudios de costo–efectividad que privilegien una visión de la salud del conjunto de la población sobre la perspectiva de la atención del paciente individual.

El éxito del programa dependerá en gran medida del involucramiento del médico, en tanto ordenador del gasto, en la gestión del mismo.

Palabras clave: *Costos de la atención en salud
Control de costos
Seguros de servicios médicos*

Introducción

El presente trabajo apunta a describir y analizar las medidas de contención de costos de atención referidas en la literatura internacional, con el propósito de elaborar un marco de referencia que permita analizar las medidas de contención de costos adoptadas por el Centro de Asis-

tencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en los últimos cinco años.

Para ello se identifican aquellas medidas que son aplicables a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) de nuestro país, y se elabora una taxonomía de las mismas que facilite el análisis de las medidas en función del objetivo que persiguen.

Las IAMCs constituyen organizaciones asistenciales que se financian como seguros de prepago a través del aporte de una prima mensual por parte del usuario. Esta peculiaridad organizativa le otorga a las IAMCs un doble rol, como empresa aseguradora y como prestadora de servicios de atención. Este hecho, que caracteriza al subsector privado de la salud de nuestro país, da lugar a que existan sólo dos actores –el usuario y la IAMC– a diferencia de lo que sucede en otros sistemas en los que pue-

1. Residente de Administración de Servicios de Salud.

Este trabajo se inscribe en el marco de las actividades que desarrollan los Médicos Residentes de Administración de Servicios de Salud en su pasantía por el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), y su realización fue acordada con la Dirección General de la Institución.

Correspondencia: Dra. Ana Sollazzo. Tacuarembó 1499, apto. 302. Montevideo, Uruguay.

Recibido 8/10/96

Aceptado: 6/12/96

Tabla 1. Evolución de los gastos en salud como porcentaje del PBI en países seleccionados

	1975	1990
Canadá	7,4%	9,5%
Alemania	7,8%	8,1%
Reino Unido	5,5%	6,2%
EEUU	8,4%	12,4%

Fuente: Sistemas de Salud en proceso de reforma. OPS 1994.

PBI: Producto Bruto Interno

den reconocerse tres actores distintos: el usuario, el asegurador o tercer pagador y el prestador (representado por los médicos y los hospitales), con intereses contrapuestos desde el punto de vista económico.

El análisis de las medidas de contención de costos implica definir previamente algunos términos.

Se entiende por costos el valor del conjunto de bienes consumidos y esfuerzos realizados para la obtención de un determinado fin, ya sea la obtención de un producto o la realización de un servicio.

Esta definición aplicada a los servicios de salud puede enunciarse como "el valor en términos monetarios de los recursos consumidos por un proveedor de atención médica para brindar un servicio o una prestación en particular"⁽¹⁾.

Por otra parte, se entiende por precio el valor pecuniario de intercambio, asignado al bien o servicio producido.

Debe tenerse presente que existen distintos tipos de costos a tener en cuenta según el objeto de análisis.

Es así que puede hablarse de costos económicos —que están dados por los precios de los recursos consumidos por un proveedor para prestar un servicio—, costos contables —dados por los costos económicos más una fracción de los costos de funcionamiento de los restantes servicios institucionales necesarios para brindar el servicio—, y costos marginales, que es el valor de los recursos consumidos para producir una unidad adicional del servicio.

Desde otra perspectiva, puede hablarse de costos fijos —que son aquellos que no se modifican con el volumen de las prestaciones brindadas— y costos variables —que son aquellos que varían en función del volumen de prestaciones.

Los costos de los servicios de atención y de sus prestaciones están pues claramente relacionados con los precios de los recursos necesarios para producirlos y aun con el número de prestaciones producidas. A su vez, estos costos inciden de manera directa en los precios "de mer-

Tabla 2. Evolución de los gastos en salud como porcentaje del PBI. Uruguay 1982 - 1994

Año	Porcentaje
1982	6,3%
1987	6,5%
1991	8,0%
1994	9,4%

Fuente: Diagnóstico sectorial de salud. OPP - BID - PRIS 1994.

cado" de los servicios y en definitiva determinan los gastos de las instituciones prestadoras de atención.

Situación actual de los costos de atención a la salud

Los costos de atención a la salud han aumentado de manera progresiva, en los últimos treinta años, en todo el mundo. Esto se refleja en la evolución que han tenido los gastos en salud como porcentaje del producto bruto interno (PBI) en los distintos países. Este aumento, a su vez, no ha dado como resultado un mejor nivel de la salud del conjunto de la población que se corresponda con el esfuerzo económico realizado.

Dado esto último, si bien no existe acuerdo en cuanto a cuál es la proporción del PBI que debería representar el gasto del sector salud, parece razonable que éste se estabilice en torno a un determinado porcentaje del PBI.

A nivel de los países industrializados puede observarse que en Alemania los gastos de salud como porcentaje del PBI pasaron de constituir 7,8% en 1975 a 8,1% en 1990; en Canadá en igual período este porcentaje se incrementó de 7,4% a 9,5%. En tanto en el Reino Unido pasó de 5,5% a 6,2% en igual período⁽²⁾.

Para Estados Unidos el promedio del porcentaje del PBI destinado a salud en la década de 1970 fue 8,4% en tanto en 1990 alcanzó 12,4% (tabla 1)⁽³⁾.

La magnitud del problema ha llevado a que las propuestas de reforma de los sistemas de atención en muchos países se centraran en la necesidad de contener sus costos.

En Uruguay la evolución del gasto en salud ha seguido la misma tendencia que en los países señalados. En 1982 el porcentaje del PBI destinado a salud ascendía a 6,3%; en 1987 se ubicaba en 6,5% y en 1991 alcanzó 8,04%⁽⁴⁾. En 1994 se estimaba en 9,4% dicho porcentaje⁽⁵⁾ (tabla 2).

Si se toman en cuenta los países del Mercosur, de acuerdo a los porcentajes registrados en la década de 1980, Uruguay se ubica en segundo lugar luego de Ar-

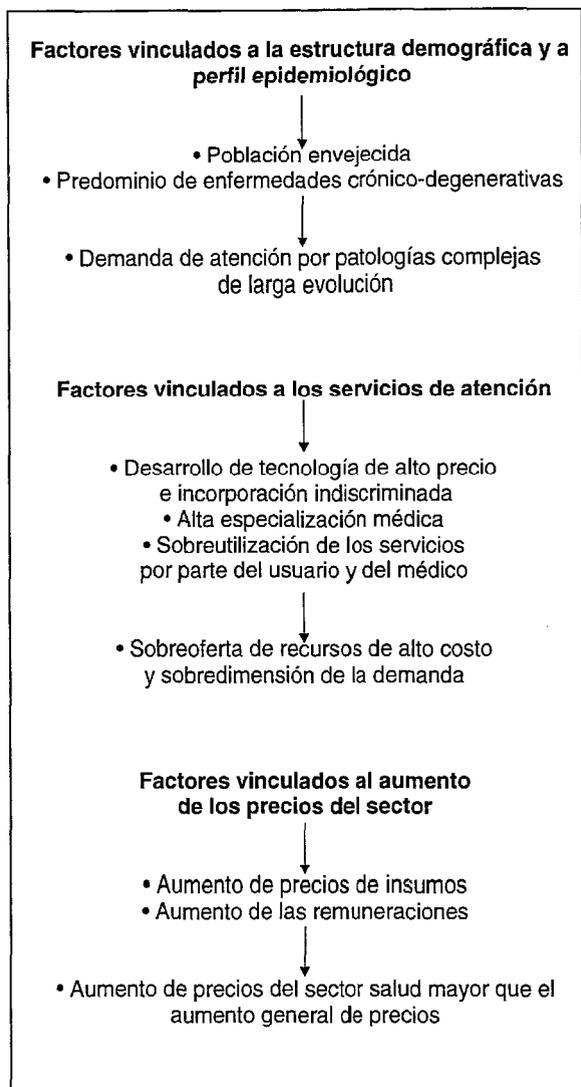


Figura 1. Factores involucrados en el aumento de los costos de atención

gentina. Este país destinaba 8,3% de su PBI al sector salud, en tanto Brasil destinaba 5,6% y Paraguay 4,3%.

Factores que inciden en el aumento de los costos

Los factores involucrados en el aumento de los costos de la atención a la salud reflejados en los gastos crecientes del sector, reconocen diversas causas (figura 1).

Se pueden identificar en nuestro país, al igual que en otros, factores vinculados a las características demográficas y epidemiológicas, a los recursos disponibles y su utilización y a los precios del sector salud⁽⁶⁾.

El aumento constante de la expectativa de vida y las tasas históricamente bajas de natalidad y mortalidad en nuestro país han determinado la existencia de una población envejecida en la que se estima que 13,3% es mayor de 64 años. El envejecimiento de la población se acompa-

Tabla 3. Evolución del rubro atención de la salud como porcentaje del índice de precios al consumo (IPC). Uruguay 1982 - 1995

Año	Porcentaje
1982	7,5%
1990	8,0%
1992	10,5%
1995	11,6%

Fuente: Primer Seminario sobre Ajustes al Sistema de Servicios de Salud. MSP - OPP - FAS 1996.

ñó de un cambio en su perfil epidemiológico a partir de los años 50, con predominio de las enfermedades crónicas como principales causas de muerte. Estos dos aspectos determinan que el sistema de atención deba destinar importantes recursos para los complejos procesos diagnósticos y terapéuticos de enfermedades de larga evolución.

Por otra parte, el desarrollo de tecnología médica cada vez más sofisticada y su incorporación indiscriminada así como el alto número de médicos con alta especialización –en nuestro país en 1992, 49,9% de los médicos en actividad tenían por lo menos una especialidad⁽⁷⁾ supone una oferta de recursos de alto costo que induce en el usuario una demanda de atención en los niveles de mayor complejidad. A esto se suma el aumento de la demanda de servicios por parte del usuario y el aumento de la utilización de los mismos por parte del médico.

Finalmente, existen factores vinculados a los precios del sector salud. El aumento que éstos registraron en los últimos años superó el aumento general de precios. En este sentido, en nuestro país el rubro atención de salud constituía en 1982, 7,47% del índice de precios al consumo; en 1990 ascendió a 8%, en 1992 se ubicó en 10,5% y en el año 1995 este porcentaje alcanzó 11,65%⁽⁵⁾. Este aumento reconoce como causas un incremento de los precios de los insumos médicos y de las remuneraciones del sector (tabla 3).

Los factores mencionados afectan tanto a los sectores público como privado. En este último caso se ha señalado que las IAMCs –que participaron en el año 1994 con 49,2% del total del gasto, lo que significa 69,8% del gasto del subsector privado han registrado un incremento en sus gastos en términos reales a consecuencia de un aumento de la cobertura, un incremento de los salarios y el avance en la tecnología con incorporación de nuevos servicios⁽⁴⁾.

Las IAMCs en tanto son seguros de prepago capitalizados, tienen ingresos fijos y gastos variables. En su caso, la situación de costos crecientes está agravada, ade-

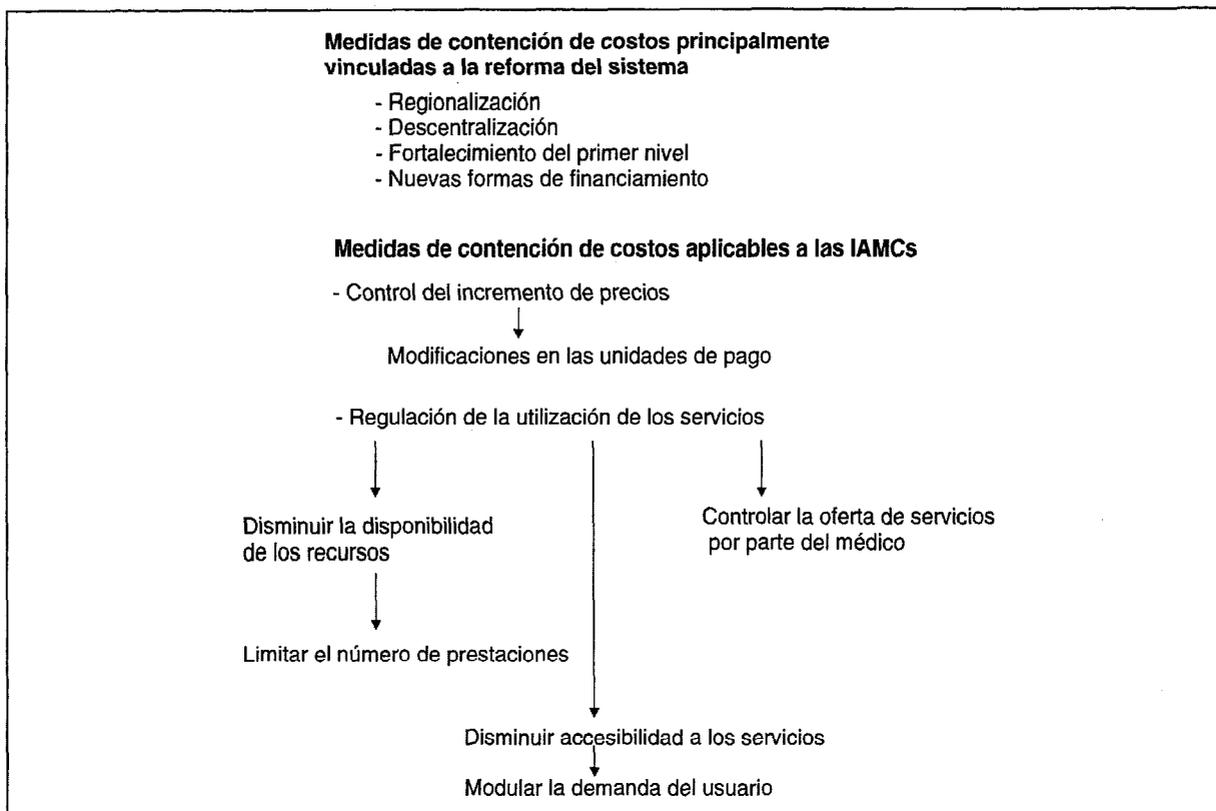


Figura 2. Medidas de contención de costos

más, por la existencia de un marco rígido en relación a los precios que las instituciones cobran por el seguro que ofrecen. Desde 1968, el valor de la cuota de afiliación es fijado administrativamente por el Poder Ejecutivo. Esto genera una limitación en los ingresos de las IAMCs que obliga a contener los costos en aras de un equilibrio económico-financiero.

La contención de costos en el ámbito de las instituciones de asistencia médica colectiva

La complejidad de los factores involucrados en los altos costos de atención muestra que las medidas tendientes a la contención de los mismos reconocen diferentes niveles de aplicación.

Es claro que existen aspectos organizativos y de los mecanismos de financiación del sistema de servicios de atención que están implicados en la situación actual y cuya resolución se ubica en el nivel de decisión política del sector en su conjunto.

La regionalización de los recursos por nivel de complejidad de manera de asegurar su utilización eficiente y el acceso adecuado a los mismos por parte de la población; la descentralización de los servicios que posibilite una mayor autonomía de gestión de los mismos; el fortalecimiento del primer nivel de atención; el control de la

incorporación de nuevas tecnologías y la forma de financiación son, entre otros aspectos, elementos principales a tener en cuenta a la hora de formular propuestas de reformas del sistema orientadas a mejorar la calidad de la atención y a disminuir sus costos⁽⁸⁾.

No obstante, la contención de costos no está supeditada sólo a la reforma del sistema. Es necesario analizar a las instituciones prestadoras de servicios desde una perspectiva sistémica para identificar las áreas en las que es necesario controlar los costos a través de medidas que se enmarquen dentro de los criterios generales recién mencionados.

Debe tomarse en consideración las causas de los altos costos señaladas anteriormente para identificar la dirección que estas medidas pueden tener (figura 2). La estructura etaria de la población subsidiaria de una institución es en cierta medida modificable y, en consecuencia, debe ser un factor tenido en cuenta. Sin embargo, esta posibilidad está acotada por el carácter estructural de la pirámide de edades de la población en su totalidad. Será necesario, entonces, apuntar principalmente a controlar el incremento de los precios de la atención médica que excede el aumento general de precios y, concomitantemente, regular la utilización de los servicios tanto sea a través del control de la demanda de servicios por parte del usuario, como de la oferta que el sistema brinda a través de sus

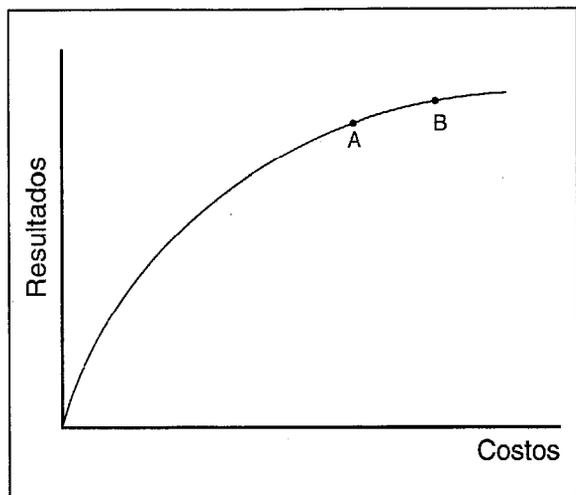


Figura 3. Tomado de Painfull vs. Painless Cost-Control. JAMA 1994; 272(18): 1460

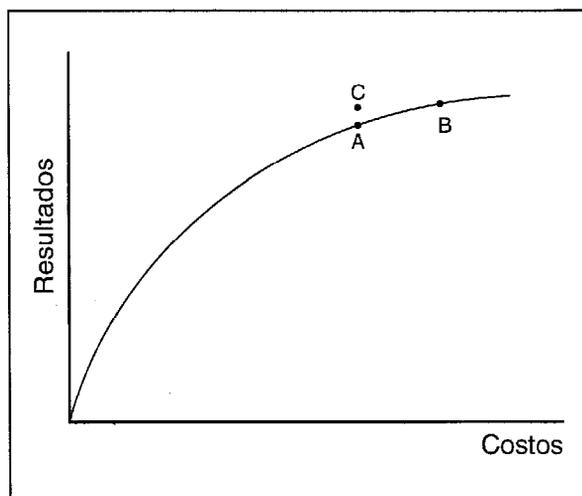


Figura 4. Tomado de Painfull vs. Painless Cost-Control. JAMA 1994; 272(18): 1460

prestadores. Esto significa en definitiva, actuar sobre los precios y sobre el volumen de prestaciones⁽⁹⁾.

En nuestro país a nivel de las IAMCs, dado que éstas tienen el doble rol de asegurador y prestador, la decisión de contener los costos atañe a un único actor, que es la propia institución, y su implementación involucra su funcionamiento. Sin embargo, la introducción en 1993 de las nuevas modalidades de pago a ciertas especialidades médicas expresa una tendencia en la que puede advertirse la emergencia de un sector del cuerpo médico como tercer actor independiente en el sistema. La modalidad de pago por acto médico expresa intereses de sentido contrario entre la institución y el médico desde la perspectiva de la contención de costos.

Características del CASMU

El CASMU en tanto institución de asistencia colectivizada se encuentra comprendido en la situación descrita.

Se trata de una institución perteneciente al gremio médico, con un padrón de 272.000 afiliados, cuya composición etaria corresponde al de una población más envejecida que la del país en su conjunto (17,3% es mayor de 64 años). Para dar respuesta a la demanda de atención cuenta con un alto número de médicos. Un total de 3.401 médicos, cinco sanatorios —con una capacidad instalada de 463 camas y una central de consultorios para la atención ambulatoria a la que se suman 2.600 médicos descentralizados, constituyen sus principales recursos. Desde el punto de vista organizativo se caracteriza por la desconcentración administrativa y asistencial, pero con una fuerte centralización de la gestión de los recursos.

Desde el punto de vista de la utilización de los servicios por parte de los usuarios, se ha señalado que en el

CASMU ésta aumenta exponencialmente en los grupos de edad mayores de 55 años, alcanzando tasas de utilización mayores que las registradas en Estados Unidos en el caso de la atención ambulatoria⁽¹⁰⁾.

La modalidad de pago a los médicos implementada en el CASMU, comprende el pago por salario a los médicos centralizados, a lo que se suma el pago por acto médico en el caso de diversas especialidades. El pago a los médicos descentralizados se hace por un salario calculado sobre un número ficto de órdenes de consulta, superado el cual se pasa a un pago por número real de órdenes.

Bases teóricas de la contención de los costos

Desde el punto de vista económico se plantea que las inversiones en un proceso productivo generan inicialmente importantes beneficios, pero que los mismos van haciéndose cada vez menores en tanto crecen los montos invertidos. La curva de costos-beneficios de un sistema de atención médica para una población determinada sigue esta misma dirección. Como muestra la figura 3, una vez alcanzado el punto "A" (situación en la que se encuentra nuestro sistema de salud), el logro de mejores resultados implica un aumento significativo de los costos (punto "B") que no guarda relación con la escasa magnitud de dichos resultados en términos de la salud del total de la población⁽⁹⁾.

El punto "C" (figura 4) representa una situación en la que con iguales recursos invertidos que en la situación anterior, se obtienen mejores resultados. Partiendo del supuesto real de que los recursos económicos son limitados, la contención de los costos en salud implica no sólo minimizar los mismos, sino también alcanzar mayores beneficios con los mismos costos, es decir pasar del pun-

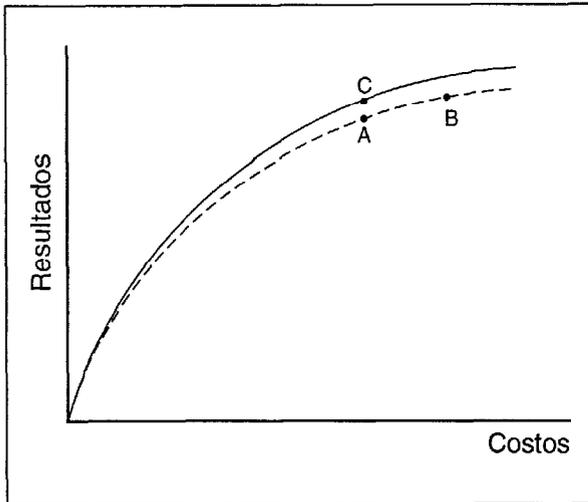


Figura 5. Tomado de Painfull vs. Painless Cost-Control. JAMA 1994; 272(18): 1460

to "A" al punto "C" (figura 5). La modificación de la pendiente de la curva que esto supone representa un cambio en el comportamiento del sistema o de la institución en relación a este tema.

Esto implica un uso más eficiente de los recursos disponibles, para lo cual es imprescindible identificar y priorizar el desarrollo de aquellas prestaciones asistenciales capaces de generar más beneficios y mejores resultados y –como contrapartida– desestimular aquellas prestaciones cuyos resultados tengan poco impacto en la salud del conjunto de los usuarios.

Como puede observarse, este proceso –que prioriza determinadas actividades en detrimento de otras– supone, a su vez, una redistribución de los recursos. Es importante enfatizar que esta priorización debe ser pensada en términos de la salud y de la atención del conjunto de la población. Dada esta perspectiva, la estrategia de contención de costos puede implicar una limitación en el acceso de algunos usuarios a las prestaciones no priorizadas. Pero, desde la óptica del conjunto de los usuarios parece más equitativo asegurar el acceso de todos a aquellas prestaciones probadamente eficaces, que asegurar el acceso de algunos a prestaciones de bajo ratio costo–efectividad. Esto sin duda genera tensiones en términos de la atención del paciente individual (figura 6) ⁽¹¹⁾.

Medidas de contención de costos

Utilización de servicios y modalidades de pago

La utilización de los distintos servicios de atención de una institución depende, desde la perspectiva del usuario, de la disponibilidad de los recursos necesarios para brindar las prestaciones y de su accesibilidad. El control de

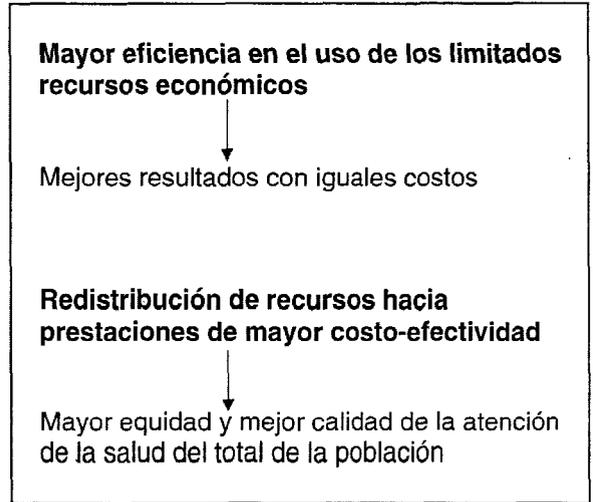


Figura 6. Bases de la contención de costos

la utilización de los servicios deberá dirigirse entonces a limitar la disponibilidad y la accesibilidad de las prestaciones, principalmente de aquellas que se consideren de bajo costo–efectividad.

La disminución de la disponibilidad supone una limitación del número de prestaciones a brindar a través de la reducción de los recursos con que cuenta ese servicio.

Por su parte, disminuir la accesibilidad implica acciones que modulen la demanda de atención por parte del usuario.

El control de la utilización de los servicios debe tener presente además el papel que el médico tiene en la oferta de servicios que la institución hace. En definitiva, es el médico quien facilita o "niega" el acceso del paciente a otras prestaciones a partir de la consulta médica inicial y constituye en los hechos el principal "ordenador de gasto" de la institución.

En otros sistemas de atención conviven distintas modalidades de pago a los hospitales y a los médicos. De esta forma, la modalidad de pago a los médicos por honorarios (acto médico) obliga al pagador (aseguradora) a ejercer el control de la utilización de los servicios, en tanto que los médicos que toman fondos fijos del pagador para hacerse cargo de la totalidad de la atención de sus pacientes ejercen el control a efectos de no excederse del monto acordado. De igual manera, en las modalidades de pago por presupuestos globales a los hospitales, el control es ejercido por estos últimos a efectos de no excederse del crédito y en la modalidad de pago por prestaciones realizadas es el asegurador quien lleva a cabo el control.

Las medidas de contención de costos tienen, entonces, distintos destinatarios y son implementadas por quienes tienen un interés económico en consonancia con el objetivo de la medida.

- Limitación de los derechos del usuario
- Participación en los costos
- Listas de espera
- Promoción del autocuidado y del cuidado domiciliario
- Promoción de las asociaciones de usuarios

Figura 7. Medidas dirigidas al usuario

Esto quiere decir que la modalidad de pago a la que está sujeto cada actor del sistema es determinante en la definición del rol que juegan en una estrategia de contención de costos.

En nuestro medio, a nivel de las instituciones de atención colectivizada, son las instituciones –dado su doble rol de prestador y asegurador–, las que deben controlar la utilización de los servicios. No obstante, en el caso de aquellas prestaciones que no son propias sino contratadas, esto dependerá de la modalidad de pago acordada.

Clasificación de las medidas de contención de costos

Las medidas de contención de costos pueden clasificarse de distinta manera según la perspectiva de análisis que se adopte.

Desde un punto de vista fundamentalmente económico, de acuerdo a los factores señalados como causantes de los altos costos, puede hablarse de: 1) medidas dirigidas al control de los precios de la atención médica y 2) medidas dirigidas al control del volumen de las prestaciones brindadas y de la intensidad de uso de los servicios⁽¹²⁾.

Si se analiza principalmente desde el punto de vista de su repercusión sobre los usuarios en términos de satisfacción del mismo, pueden considerarse según se trate de: 1) medidas explícitas o 2) implícitas.

Por último, desde la perspectiva de la administración de una institución las medidas de contención de costos pueden considerarse de acuerdo al destinatario de las medidas.

De acuerdo a esto último, el análisis de las medidas tomadas por el CASMU en los últimos cinco años se realiza dentro de un marco que las ubica según el destinatario final de las mismas: el *usuario*, el *médico* y el *sistema* (entendiendo por éste la organización de la institución y la administración de sus recursos).

Medidas dirigidas al usuario

Limitación de los derechos del usuario

La limitación de los derechos se fundamenta en los riesgos de salud a que está expuesto el usuario al momento de su ingreso a un plan de seguro de atención médica

(figura 7). En el entendido de que el riesgo determina en gran medida la posibilidad de uso de los servicios, los seguros limitan los derechos en función de la edad y de la existencia de patologías previas al momento de la contratación del seguro.

En nuestro país, la ley 15.181 y específicamente dos de sus decretos reglamentarios (N° 102/986 y N° 103/986), disponen de manera explícita la limitación de derechos de los afiliados a las IAMCs.

Participación del usuario en los costos de atención

La participación del usuario en los costos implica que éstos realicen pagos directos por las prestaciones que reciben al momento de solicitarlas. Esta modalidad, denominada copago, busca moderar la demanda de atención por parte del usuario, al tiempo que persigue una cierta equidad al trasladar parte de los costos solamente al usuario que utiliza los servicios. Se busca de esta manera que el usuario tome conciencia de los costos de la atención que recibe. Tradicionalmente los copagos se implementan a nivel de la atención ambulatoria, en la que la discrecionalidad de uso del usuario es mayor que a nivel de la atención en régimen de internación. No obstante, en otros países (Alemania), los copagos alcanzan esta última modalidad de atención.

En nuestro país, y en consecuencia también en el CASMU, en 1968, en ocasión del congelamiento de las cuotas mensuales fueron reguladas las tasas moderadoras que algunas instituciones ya habían instrumentado desde años antes. Estas no son verdaderos copagos por cuanto su precio no guarda relación con el costo real del servicio y es igual para todas las prestaciones. Empero, buscan el mismo fin que los copagos ya que fueron instrumentados como mecanismo regulador de la utilización por parte del usuario. El hecho de que su valor no guarde relación con el costo real del servicio hace que se desestime principalmente la utilización de los procedimientos de menor costo.

Listas de espera

La implementación de listas de espera se fundamenta en la posibilidad de diferir la atención de determinadas patologías no urgentes a través de una priorización de las mismas. Tienen como objetivo disminuir la intensidad del uso de los servicios.

Las listas de espera constituyen una medida de contención de costos implícita, que en general es fruto de disfunciones organizacionales más que de una decisión expresa de la institución.

Instrumentación de modalidades de autocuidado y cuidados domiciliarios

Como forma de disminuir la utilización de los servicios de hospitalización y limitar el uso del recurso cama, se

plantea la elaboración de programas de cuidados de enfermería y hospitalización domiciliaria, además de programas de educación destinados a pacientes portadores de enfermedades crónicas, que promuevan el autocuidado.

Estos programas se vinculan directamente a la necesidad de fortalecer la atención en el primer nivel y la atención ambulatoria.

Si bien no está establecida como una medida de contención de costos, sino como una política de promoción de la salud de sus usuarios, el CASMU promueve el autocuidado a través de la inclusión de mensajes educativos en los impresos institucionales y el desarrollo de actividades de educación y prevención a través de su Departamento de Medicina Preventiva.

Se han desarrollado programas de internación domiciliaria y de cuidados de enfermería a domicilio.

Promoción de asociaciones de usuarios

Estas actuarían como grupos de presión sobre los prestadores de atención para que bajen sus precios.

El CASMU realiza encuestas de satisfacción de usuarios para evaluar la calidad de la atención, percibida por los abonados. Esto también puede actuar de manera indirecta como un mecanismo de presión sobre el funcionamiento institucional.

Medidas dirigidas al sistema

Las medidas pueden estar dirigidas a los servicios asistenciales y de apoyo o a la administración de los recursos (figura 8). En relación a los servicios asistenciales y de apoyo:

1) Reasignación de recursos hacia programas o prestaciones de mayor beneficio.

Para llevar adelante esta medida es necesario disponer de estudios de costo-efectividad de las diferentes prestaciones que brinda la institución. El análisis de costo-efectividad es una forma de evaluación económica en la que los costos de programas o procedimientos alternativos son comparados con los beneficios y resultados medidos en términos de unidades tales como costos por años de vida ganados o costos por muertes prevenidas, etcétera⁽¹³⁾. Este análisis mide el impacto de los beneficios que alcanzan las prestaciones o programas de atención que se comparan, a nivel de las poblaciones y no del paciente individual.

Si bien este tipo de análisis es una herramienta importante en la toma de decisiones, su implementación es un proceso complejo que requiere de información detallada en base a ensayos clínicos.

- Reasignación de recursos
- Evaluación de incorporación de tecnología
- Concentración y limitación de los recursos
- Mejora de la gestión administrativa
- Modificación de la estructura de edades
- Negociación de precios
- Políticas de medicamentos
- Planificación de los recursos humanos

Figura 8. Medidas dirigidas al sistema

2) Evaluación y control de la incorporación de nueva tecnología

La incorporación de nueva tecnología debe ser objeto de evaluación a través de información proveniente de estudios controlados de efectividad y de análisis de su costo-efectividad.

3) Concentración y limitación de los recursos

La concentración de los recursos de mayor costo en servicios centralizados permite un mayor rendimiento y productividad de los mismos, abaratando su costo total por dilución de los costos fijos. Por su parte, la limitación del número y tipo de recursos se basa en el entendido de que su sobreoferta genera mayor utilización inadecuada de los mismos. Esta limitación debe hacerse de acuerdo a criterios de planificación en base a las características de la población a atender, sobre la base de un sistema de atención regionalizada.

El CASMU ha normatizado el ingreso de pacientes al Centro de Tratamiento Intensivo, a efectos de regular el uso del recurso cama. En este mismo sentido ha decidido reducir su dotación de camas de internación para cuidados moderados de pacientes portadores de patologías médicas. Asimismo, ha elaborado un conjunto de normas técnicas de acreditación que deben cumplir aquellas instituciones prestadoras de técnicas de diagnóstico y tratamiento que deseen contratar con la institución.

4) Mejora de la gestión administrativa

Una proporción del costo de las prestaciones asistenciales está dado por los costos de funcionamiento de los servicios generales de apoyo. Las ineficiencias administrativas pueden evitarse a través de programas de mejoramiento que simplifiquen los procedimientos administrativos, haciendo especial hincapié en la introducción de mejores sistemas informáticos.

5) Modificación de la estructura etaria de la población tributaria

La composición etaria de la población usuaria de una institución de atención médica debe mantener un adecuado balance entre los grupos de edad que registran bajas tasas

- Segunda opinión
- Control directo de la utilización
- Revisión de la utilización
- Protocolos y guías de diagnóstico y tratamiento
- Modalidades de pago abarcativas

Figura 9. Medidas dirigidas a los médicos

de utilización y aquellos que usan con alta frecuencia los servicios. De esta forma, los costos fijos de los servicios utilizados por este último grupo se distribuyen entre un número mayor de usuarios. Las medidas dirigidas a promover la afiliación de los más jóvenes tienen este objetivo. En nuestro país el grupo de edad de menores de 18 años constituye el grupo con menor proporción de afiliados a las IAMCs (situación en la que sin duda influyen las actuales condiciones de afiliación a las IAMCs a través del mecanismo de la seguridad social). El logro de este objetivo implica políticas de marketing que deben viabilizarse a través de servicios específicamente planificados para estos fines.

En relación a la administración de los recursos:

1) *Establecer mecanismos de negociación de precios.*

En ocasión de grandes compras o contratación de servicios a terceros es posible la obtención de mejores precios a través de la negociación con los proveedores de insumos médicos y equipos.

2) *Establecer políticas de medicamentos.*

Dada la trascendencia del medicamento como insumo de alto precio, es necesario establecer políticas dirigidas a elaborar vademécumes restringidos en base a medicamentos genéricos.

En relación al CASMU, éste realizó una revisión global de su vademécum, racionalizando su composición y privilegiando el uso y la compra de medicamentos genéricos en base a las recomendaciones de su Comité de Terapéutica. Por otra parte, negoció con la industria farmacéutica una modificación de las condiciones de compra de medicamentos, haciendo valer la condición de gran comprador.

Se acotaron los stock de almacenes, de acuerdo a los consumos registrados históricamente.

3) *Planificación de los recursos humanos.*

En congruencia con las medidas tendientes a mejorar la eficiencia de los servicios generales y de apoyo debe adecuarse la necesidad de personal a los nuevos procedimientos. Debe asumirse que esto puede suponer la reducción de personal.

En este sentido, el CASMU suspendió el ingreso de nuevos funcionarios y promovió el cese de los funcionarios con causal jubilatoria.

Medidas dirigidas a los médicos

Como se ha señalado anteriormente el médico desempeña un papel fundamental en la utilización que el usuario hace de los servicios. Desde esta perspectiva, que toma al médico como ordenador del gasto, se han planteado diversas medidas que tienden a regular su actividad (figura 9).

1) Uno de los mecanismos mencionados se conoce como "segunda opinión". En este mecanismo las indicaciones dadas por un médico son supervisadas por un colega de mayor jerarquía, el cual avala o contraindica su actuación. Se busca controlar la utilización de los servicios al tiempo que se introducen elementos de educación en servicio.

El CASMU implementa un sistema de segunda opinión a través de la contravisita de médicos grado IV y V en el área de emergencia. Estas tienen como objetivo racionalizar el uso de las camas de internación a través de la revisión de la indicación de ingreso y supervisar y controlar la indicación de cirugía de urgencia.

2) Otro mecanismo es el "control directo de la utilización". Esta modalidad, implementada en algunas instituciones de Estados Unidos, se basa en el control a través de un agente externo no médico. Estos agentes constituyen empresas que elaboran normativas en las que se prevén los procedimientos, el tiempo de estancia y la pertinencia de las indicaciones, en relación a las distintas patologías. Se realizan controles diarios a efectos de detectar situaciones que exceden la norma y en ese caso poner sobre aviso al médico. Existen, no obstante, mecanismos de negociación entre la empresa y el médico en caso de discrepancia entre ambos. Las normas, si bien se elaboran de acuerdo a criterios técnicos en las que intervienen médicos, suponen un traspaso de la toma de decisiones del ámbito clínico al administrativo. Esta modalidad tiene costos administrativos altos además de introducir elementos de distorsión en la relación del médico con su paciente.

3) El método de la "Revisión de la Utilización". Se sustenta en la revisión de los datos estadísticos del número y tipo de procedimientos indicados por los médicos a efectos de detectar desviaciones de los promedios del conjunto del cuerpo médico de la institución. Se prevén mecanismos educativos y eventualmente sancionatorios para aquellos médicos que se desvían de la media. Este método es utilizado por las instituciones prestadoras así como por las agremiaciones médicas en el caso de países como Canadá y Alemania.

A nivel del CASMU se desarrolla un sistema de este tipo. En el caso de los médicos de zona, el mismo se realiza a través de un comité de consumos médicos. Se ha elaborado un reglamento que prevé diferentes medidas para los médicos que superan los promedios. En

el caso de las actividades de hospitalización se realiza a través del control del promedio de días de internación por equipo y por técnico y de la auditoría por parte de los jefes de servicio sobre los técnicos que superen promedios históricos de intervenciones, así como de los que registren incrementos en el número de intervenciones de urgencia.

- 4) La elaboración de protocolos o guías de diagnóstico y tratamiento acordadas por el conjunto de los médicos de una institución, constituye otro mecanismo involucrado en la contención de costos. En este caso, se supervisa la actividad de los médicos a través del control del cumplimiento de los procedimientos establecidos en los protocolos y las indicaciones no contempladas en ellos deben ser ampliamente justificadas. Este tipo de mecanismo si bien busca no sólo contener los costos, sino también mejorar la calidad de la atención es de difícil implementación. Los protocolos pueden ser extremadamente detallados, por lo que pueden ser poco aplicables o, por el contrario, pueden dejar de lado la complejidad de los factores involucrados en determinadas patologías.

En el CASMU se ha establecido la creación de una comisión encargada de organizar un sistema de normas terapéuticas para las situaciones clínicas más frecuentes, lo cual aún no ha sido implementado.

- 5) Otros mecanismos se dirigen a controlar la utilización a través de la modificación en la unidad de pago a los prestadores. Se plantean modalidades de pago más abarcativas que eviten el pago por honorarios o por acto médico. Se entiende que este último sistema no sólo es más costoso per se sino que además fomenta la "demanda inducida". Se señalan como las modalidades de pago más eficaces el pago de salarios para los médicos centralizados y el pago por capacitación en el caso de los médicos descentralizados.

Las modificaciones en la unidad de pago por unidades más abarcativas se señalan como las estrategias de mayor éxito en la contención de costos de algunos países (Canadá, Alemania). En vinculación con este aspecto, se señalan como importantes los mecanismos de negociación entre los actores involucrados. En Canadá existe un único agente que retribuye a los médicos y que negocia con su asociación representativa el precio de sus salarios. En Alemania, si bien existen múltiples agentes que pagan, lo hacen sobre una tarifa única de retribución previamente acordada entre los médicos y las instituciones. En ocasiones, incluso, se establece un presupuesto fijo para el pago a los médicos, dentro del cual se retribuye en la modalidad de pago por acto médico. De esta manera se relaciona el precio con el volumen de prestaciones de forma tal que el exceso de

éstas puede determinar un descenso en el precio del acto médico. Las asociaciones médicas son las encargadas de controlar a sus miembros para que no excedan dicho presupuesto⁽¹⁴⁾.

En países como Canadá y Estados Unidos se han implementado sistemas de pago denominados "Grupos de Diagnóstico Relacionados", que toman en consideración la protocolización de tratamientos. En éstos se paga por el tratamiento de una determinada patología un precio que se conforma con los precios de los procedimientos contenidos en los protocolos.

- 6) La limitación del número de médicos de las instituciones se ubica dentro del contexto general ya señalado de limitación de la disponibilidad de recursos. La sobreoferta de médicos –sobre todo de médicos altamente especializados–, supone un elemento favorecedor del fenómeno de "demanda inducida" que debe ser controlado a través de una reducción del número. La dotación de médicos debe planificarse en función de la población a atender y la limitación debe contemplar la redistribución de los recursos implícita en la estrategia de contención de costos. De esta manera, será necesario privilegiar la atención a través de médicos generalistas en el primer nivel.

En relación a este aspecto, el CASMU decidió limitar el ingreso de personal y reducir su dotación de médicos pasando a licencia administrativa a un grupo de médicos descentralizados.

Conclusiones

De la revisión de la literatura se desprende que el énfasis en la contención de costos está puesto en la utilización de los servicios y en las modalidades de pago.

En líneas generales las medidas de contención de costos planteadas por los diversos autores están pensadas dentro de un contexto de reforma del sistema que apunte a la regionalización, al fortalecimiento del primer nivel de atención y a una modificación de su sistema de financiamiento. No obstante, es posible y se hace imprescindible adoptar medidas en el momento actual a nivel de las instituciones.

La contención de costos debe hacerse sobre la base de una mayor eficiencia en el uso de los recursos de manera de asegurar una mayor equidad y calidad de atención. Esto supone una redistribución de los recursos existentes que puede hacerse en base a análisis de costo-efectividad.

Las medidas de contención de costos, como se ha visto, pueden ser más o menos explícitas. Sin duda, aquellas que de manera explícita limitan el acceso a determinadas prestaciones pueden generar rechazo tanto por parte del médico como del usuario⁽¹⁵⁾. En todos los casos, tanto se

trate de medidas explícitas o implícitas, hay que lograr la adhesión de los actores involucrados.

Difícilmente esto se logre si los médicos no asumen que la contención de costos se basa en una distribución de recursos más eficiente que asegure a la vez mayores beneficios de salud para el conjunto de la población. Trascender la perspectiva de la atención del paciente individual es fundamental para asumir que la limitación del acceso de un paciente a una determinada prestación se fundamenta en la accesibilidad de todos a prestaciones de mayor beneficio.

De igual manera es importante, desde la perspectiva del usuario, redimensionar la condición de seguro colectivo al que adhiere al afiliarse a una IAMC. Esto implica asumir que los fondos que administra la institución están destinados a la atención de todos los usuarios y que los mismos son limitados.

Por lo tanto, éstos deben ser distribuidos de manera planificada privilegiando las prestaciones que aseguren el mayor beneficio para la totalidad de los asegurados⁽¹⁾.

En relación a las modalidades de pago, la tendencia es hacia modalidades de pago más abarcativas que el pago por acto médico o a formas que modulen este tipo de pago. En nuestro país puede advertirse una tendencia opuesta surgida en los últimos años.

Las medidas de contención de costos deben estar articuladas en un programa, de manera tal que se pueda evaluar el impacto sobre el conjunto de la institución. Una medida de contención efectiva en el sector para el que fue diseñada, puede generar mayores costos a otros niveles.

Un programa de contención de costos debe contar con información suficiente y necesaria para elaborar indicadores que permitan evaluar en forma oportuna el impacto de las medidas.

El CASMU, si bien ha implementado diversas medidas que han comprendido los distintos aspectos involucrados en el aumento de costos, no lo ha hecho de manera sistematizada en un programa específico. Por esta razón no es posible evaluar el impacto real que estas medidas han tenido en la institución. No obstante, la reducción del 7% de su déficit operativo en el último ejercicio se fundamenta en gran parte en estas medidas.

Ninguna estrategia de contención de costos puede alcanzar buenos resultados si quien constituye el principal ordenador de los gastos no está involucrado. Esto supone que el médico deba tener presente que en sus decisiones diarias se determina el nivel de gasto de la institución. La necesidad de contener los costos resulta un imperativo evidente. "Los médicos debemos dirigir nuestra atención a estos aspectos y aumentar nuestro involucramiento antes que los no médicos asuman el control de nuestra profesión"⁽¹⁾.

Summary

The present reports deals with the restraint measure of costs of medical care described by international literature as aimed at the drafting of a referential framework enabling the analysis of measures enacted by the Medical Care Center of the Uruguayan Medical Association through the last few years.

A description is given of the evolution of health expenditure in various countries, particularly in Uruguay. An analysis is provided of factors involved in the increase of costs and in connection thereof these are identified and described as related to the measures applicable to insurance of prepaid medical care, called Institutions of Collective Medical Care according to their recipients.

It is concluded that emphasis of these measures is laid on the control of the utilization of services and on the modalities of payment to providers. These should be patterned within the framework of a program sustained on greater effectiveness in the utilization of available resources designed to ensure both greater equity and quality of care. This supposes a redistribution of resources on the basis of studies of cost-effectiveness underlying a vision of the composite health of the targeted population along the outlook of individual medical care.

This work is inscribed within the framework of the activities undertaken by resident physicians of the Administration of Health Services in their tutorship under the Medical Care Center of the Uruguayan Medical Association; its implementation was carried out in accordance with the General Direction of the Institution. The success of the program will depend, to a great extent, on physician's involvement, in his role as arranger of the expenditure processing.

Résumé

Ce travail analyse et décrit les mesures de contrôle des coûts d'assistance à la santé en ce qui concerne la littérature internationale. Cela dans le but d'analyser les mesures adoptées par le Centre d'Assistance du Syndicat Médical de l'Uruguay pendant les dernières années.

On décrit l'évolution du budget de santé en plusieurs pays et particulièrement en Uruguay.

On analyse tout de même les facteurs qui déterminent l'augmentation des coûts et on identifie les mesures pouvant être appliquées aux assurances d'assistance médicale de pré-paiement, appelées Institutions d'Assistance Médicale Collective, selon le destinataire.

On tire comme conclusion que le but principal des mesures vise au contrôle de l'emploi des services et aux modalités de paiement. Celles-ci doivent s'articuler en un programme qui assure une plus grande efficacité à l'emploi des ressources disponibles, ainsi qu'une plus grande

égalité et qualité de l'assistance. Cela comprend une redistribution des ressources basée sur une étude de coût-efficacité, qui privilégie une santé de l'ensemble de la population sur l'assistance de patient individuel. Le succès du programme dépendra de l'engagement médical à sa gestion.

Bibliografía

1. **Bischof R, Nash D.** Cost-Effectiveness and Cost Containment. Primary Care. Models Ambul Care. 1996; 23 (1): 115-27.
2. **Organización Panamericana de la Salud.** Sistemas de Salud en Proceso de Reforma. Buenos Aires: OPS/OMS, 1994.
3. **Sepehri A, Chermonas R.** Further Refinements of Canadian/U.S. Health Cost Containment Measures. Int J Health Serv 1993; 23(1): 63-7.
4. **Oficina de Planeamiento y Presupuesto (Uruguay) – BID-PRIS.** Diagnóstico sectorial. Salud. Montevideo 1994 (V): 105-24.
5. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay)–FAS–OPP.** Primer seminario sobre ajustes al sistema de servicios de salud. Montevideo: MSP, 1996: 105-24.
6. **Eddy D.** Health System Reform. Will Controlling Costs Require Rationing Services? JAMA 1994; 272(4): 324-8.
7. **Serra J.** Situación y perspectivas del trabajo médico en el sector privado (Uruguay). Noticias 1992; 59: 44-63.
8. **Enthoven A.** Cutting Cost Without Cutting the Quality of Care. N Engl J Med 1978; 298(22): 1229-38.
9. **Grumbach K, Bodenheimer T.** Painful vs. Painless Cost Control. JAMA 1994; 272(18): 1458-64.
10. **Rigoli F, Meerhoff R.** Demanda y costos de atención médica según edad y sexo en los asegurados del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Bol Oficina Sanit Panam 1992; 112(4): 306-17.
11. **Eddy D.** Rationing Resources While Improving Quality. JAMA 1994; 272(10): 817-24.
12. **Grumbach K, Bodenheimer T.** Mechanisms for Controlling Costs. JAMA 1995; 273(15): 1223-9.
13. **Robinson R.** Cost-Effectiveness Analysis. BMJ 1993; 307: 793-5.
14. **Bodenheimer T, Grumbach K.** Reimbursing Physicians and Hospitals. JAMA 1994; 272(12): 973-7.
15. **Mechanic D.** Dilemmas in Rationing Health Care Services: The Case for Implicit Rationing. BMJ 1995; 319: 1655-9.