

EL USO DE PAGOS PER CAPITA POR PARTE DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y EMPRESAS MEDICAS PREVISIONALES EN NICARAGUA

BITRÁN Y ASOCIADOS
GLORIA UBILLA, M.Sc.
CONSUELO ESPINOSA, M.P.P.
RICARDO BITRÁN, PH.D.

INSTITUTO NICARAGÜENSE DE SEGURIDAD SOCIAL
PEDRO QUINTANILLA, M.D.
JOSÉ RAMÓN ZAMORA, M.S.

No. 55



RESUMEN

En 1994, Nicaragua subcontrató la prestación de atención de salud con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, introdujo la competencia entre los proveedores de atención de salud públicos y privados denominados Empresas Médicas Previsionales (EMP) y creó un sistema de pagos per cápita en lugar del paquete básico de prestaciones. En este estudio se intenta averiguar si los efectos del pago per cápita que se predicen en los trabajos publicados, como el crecimiento y la mayor utilización de la atención ambulatoria, la disminución de las tasas de hospitalización y de la duración promedio de las hospitalizaciones, también se dan en el contexto nicaragüense. Asimismo, en el estudio se examinan los efectos del pago per cápita en las condiciones de trabajo de los médicos y en la estructura del mercado. Para lograr sus resultados, el estudio se basó en datos históricos y en información recopilada por medio de dos encuestas *ad hoc*, una para pacientes y la otra para médicos.

Como era de esperar, las Empresas Médicas Previsionales adoptaron una mezcla de servicios que se centra en la prevención y la atención primaria, más que los niveles de atención superiores. Sin embargo, dado que estos resultados están influidos por los cambios en la cobertura del seguro, la tecnología, así como la situación epidemiológica del país, no es posible atribuirlos por completo al cambio en el mecanismo de pago a los proveedores. Por otra parte, en el estudio no se encontró evidencia de cambios en las condiciones de trabajo de los médicos o en su base de remuneraciones, aunque su ingreso promedio real aumentó como resultado de la reforma. Finalmente, el número de Empresas Médicas Previsionales aumentó significativamente desde la puesta en práctica del sistema y el mercado muestra la tendencia a desconcentrarse.

ÍNDICE

Siglas	vii
Prólogo	ix
Agradecimientos	xi
1. Introducción	1
2. Objetivos del estudio.....	3
3. Antecedentes del sector salud	5
4. Marco teórico	9
5. Metodología	13
6. Resultados	17
6.1 Efecto de la reforma en el resultado de los proveedores de atención de salud.....	17
6.1.1 Tasas de utilización	17
6.1.2 Tasas de utilización por grupo de EMP.....	20
6.1.3 Monto y estructura del gasto en salud	24
6.1.4 Satisfacción de los médicos con el sistema reformado	27
6.1.5 Satisfacción de los usuarios.....	28
6.2 Condiciones de trabajo y características de los médicos de las EMP.....	29
6.3 Efecto de la reforma en la estructura del mercado	31
6.3.1 Caracterización del mercado	32
6.3.2 Segmentación del mercado.....	34
7. Conclusiones	35
Anexo: Bibliografía.....	37

Lista de figuras

Figura 1. Beneficiarios del INSS, Nicaragua, 1978-1998.....	5
Figura 2. Comparaciones del desempeño.....	14
Figura 3. Gastos per cápita del INSS y de las EMP. Nicaragua 1974-78 y 1994-98	25
Figura 4. Porcentaje del gasto total en el INSS y en las EMP. Nicaragua 1974-78; 1994-98	27

Lista de cuadros

Cuadro 1. Evolución del pago per cápita mensual en el INSS.....	6
Cuadro 2. Salario anual promedio de los afiliados.....	7
Cuadro 3. Preguntas de la investigación, hipótesis, comparaciones y resultados esperados	10
Cuadro 4. Índices de atención ambulatoria y de urgencia. Nicaragua 1974-1978; 1994-1998.....	18
Cuadro 5. Índices de atención ambulatoria, Nicaragua, 1974-1978 y 1994-1998	19
Cuadro 6. Desempeño comparativo entre EMP públicas y privadas. Nicaragua, 1994-1998.....	21
Cuadro 7. Desempeño comparativo entre EMP grandes y pequeñas. Nicaragua, 1994-1998.	22
Cuadro 8. Desempeño comparativo entre EMP antiguas y nuevas. Nicaragua, 1994-1998.	23
Cuadro 9. Desempeño comparativo entre EMP de Managua y otras. Nicaragua, 1994-1998.	24
Cuadro 10. Distribución de los gastos por tipos de EMP. Nicaragua, 1998	25
Cuadro 11. Quantum por miembro por nivel de atención en el INSS-EMP. Nicaragua, 1974-1978; 1994-1998 (US\$1998)	26
Cuadro 12. Condiciones de trabajo de los médicos por tipo de EMP. Nicaragua, 1999 (% de médicos satisfechos o muy satisfechos).....	27
Cuadro 13. Satisfacción de los médicos por tipo de EMP. Nicaragua, 1999 (% de los médicos satisfechos o muy satisfechos).....	28
Cuadro 14. Satisfacción de los pacientes por tipo de EMP. Nicaragua, 1999 (%)	28
Cuadro 15. Remuneración anual promedio de los médicos por tipo de EMP. Nicaragua, 1994-1998 (US\$ 1999).....	30
Cuadro 16. Fuentes del ingreso total de los médicos. Nicaragua, 1994-1998 (US\$ 1999).....	30
Cuadro 17. Promedio de asegurados por tipo de EMP. Nicaragua, 1998.	32
Cuadro 18. Número de EMP e índice de concentración del mercado. Nicaragua 1994-1998	34
Cuadro 19. Perfil de los miembros por tipo de EMP. Nicaragua, 1999	34

SIGLAS

C	Córdoba (divisa nicaragüense)
EMP	Empresas Médicas Previsionales
MG	Medicina General
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
MINSA	Ministerio de Salud
PHR	Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Conversión de divisa	C 10.7 = US\$1.00

PRÓLOGO

Parte de la misión del Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR) es “fomentar el conocimiento y desarrollar metodologías para elaborar, implementar y supervisar las reformas de salud y sus efectos”. Este objetivo se aborda no sólo a través de la asistencia técnica que presta PHR, sino que también a través de su programa de Investigación Aplicada diseñado para complementar y apoyar las actividades de asistencia técnica. El programa incluye donaciones para estudios de Investigación Aplicada Principal y para Investigación Aplicada Secundaria.

Los temas de Investigación Aplicada Principal que está abordando PHR son aquellos en los que existe un considerable interés por parte de los encargados de formular políticas, pero sólo una limitada experiencia empírica que oriente a estos encargados y a los responsables de ponerlas en práctica. En este momento, los investigadores están dedicados a estudiar las siguientes seis áreas principales:

- ▼ Análisis del proceso de reforma del financiamiento de la salud
- ▼ El efecto de sistemas alternativos de pagos a proveedores
- ▼ Cobertura ampliada de servicios prioritarios a través del sector privado
- ▼ Equidad en los patrones de generación y asignación de ingresos del sector salud
- ▼ Efecto de la reforma del sector salud en la motivación de los trabajadores de la salud del sector público
- ▼ Descentralización: fijación y asignación de prioridades en el ámbito local

Cada área de la Investigación Aplicada Principal produce documentos de trabajo y documentos técnicos. Los documentos de trabajo reflejan la primera fase del proceso de investigación. Estos documentos son de diversa índole. Incluyen revisiones bibliográficas, documentos conceptuales, estudios de caso de países individuales y reseñas de documentos. Ninguno de los documentos es un producto final terminado. Más bien, pretende fomentar el proceso de investigación y aclarar lo que parece ser una vía de investigación promisorio o analizar las publicaciones sobre un tema determinado. A pesar de estar redactados principalmente para ayudar a orientar al equipo de investigación, posiblemente también sean de interés para otros investigadores o encargados de formular políticas en temas o países determinados.

En última instancia, los documentos de trabajo contribuirán a producir investigaciones más definitivas y detalladas, como por ejemplo estudios e informes sobre varios países que presenten avances metodológicos o conclusiones relevantes para las políticas. Estas obras más acabadas se publicarán como documentos técnicos.

Todos los informes serán divulgados por el Centro de Recursos de PHR y a través del sitio web de PHR.

Sara Bennett, Ph.D.
Directora del Programa de Investigación Aplicada
Colaboración para la Reforma de la Salud

AGRADECIMIENTOS

Los comentarios de Annemarie Wouters, consultora del Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (PHR) y de Sara Bennett, Directora de Investigación Aplicada de PHR, han sido de gran provecho para este documento.

1. INTRODUCCIÓN

Hay escasa evidencia empírica acerca de las repercusiones de los distintos mecanismos de pago a los proveedores en los resultados y la estructura de la industria de la salud en los países en desarrollo. Casi todo el trabajo empírico disponible se basa en la información y la experiencia proveniente de organizaciones de salud de atención controlada en los Estados Unidos. Sin embargo, mientras el sistema de atención de salud de EE.UU. ha evolucionado desde una situación de consumo excesivo a una de mayor control de los costos, la atención de salud en los países en desarrollo siempre se ha caracterizado por la persistente falta de recursos y una demanda no satisfecha. Por lo tanto, las conclusiones derivadas de los estudios empíricos realizados en los países industrializados no son aplicables en forma directa al mundo en desarrollo. Además, es poco lo que se sabe acerca de la forma en que la estructura institucional y la estructura del mercado intervienen en el efecto de las diferentes modalidades de pago, como los pagos per cápita. Por ejemplo, no se conoce la forma en que las organizaciones de proveedores que se enfrentan a nuevos incentivos de pago traspasan dichos incentivos a los médicos.

Con el objeto de limitar el tamaño del estado y preservar el equilibrio macroeconómico, las organizaciones internacionales para el desarrollo han promovido un modelo del sector salud que implica una separación entre los compradores y los proveedores, así como una mayor participación del sector privado en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Una parte fundamental de estos procesos de reforma es el establecimiento de mecanismos de pago que generen los incentivos adecuados.

Nicaragua ha sido un pionero en la reforma del sector salud en América Latina. Hasta 1978, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social proporcionaba una generosa cobertura de salud a sus miembros, trabajadores del sector formal y sus familias y contaba con su propia red de proveedores. Entre 1979 y 1990, durante el régimen sandinista, el Ministerio de Salud (MINSa) asumió la responsabilidad por todos los hospitales y centros de salud del INSS, transformando al estado en el único proveedor de servicios de salud en Nicaragua. El INSS ya no participó en la prestación de atención de salud durante este período y se produjo un deterioro en el acceso a la atención de salud para los beneficiarios del INSS. El 1994, el país subcontrató la prestación de atención de salud con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, introdujo la competencia entre los proveedores de atención de salud públicos y privados e implementó contratos de pagos per cápita entre el INSS y los proveedores, los que debían ofrecer un paquete de prestaciones estándar. Este estudio procura sacar lecciones para Nicaragua y para los países empeñados en adoptar una reforma similar, o que piensan hacerlo.

Este documento está organizado de la siguiente manera. En la Sección 2 se presentan los objetivos del estudio, mientras que la Sección 3 contiene información general acerca del sector salud de Nicaragua. En la Sección 4 se ofrece un marco teórico acerca de los efectos de los pagos per cápita, que sirve de base para formular hipótesis acerca de los resultados que se esperan de la reforma. En la Sección 5 se describen los métodos de estudio y en la Sección 6 se presentan los resultados. Finalmente, en la Sección 7 se resumen las conclusiones del estudio.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En el estudio se plantearon los tres objetivos siguientes:

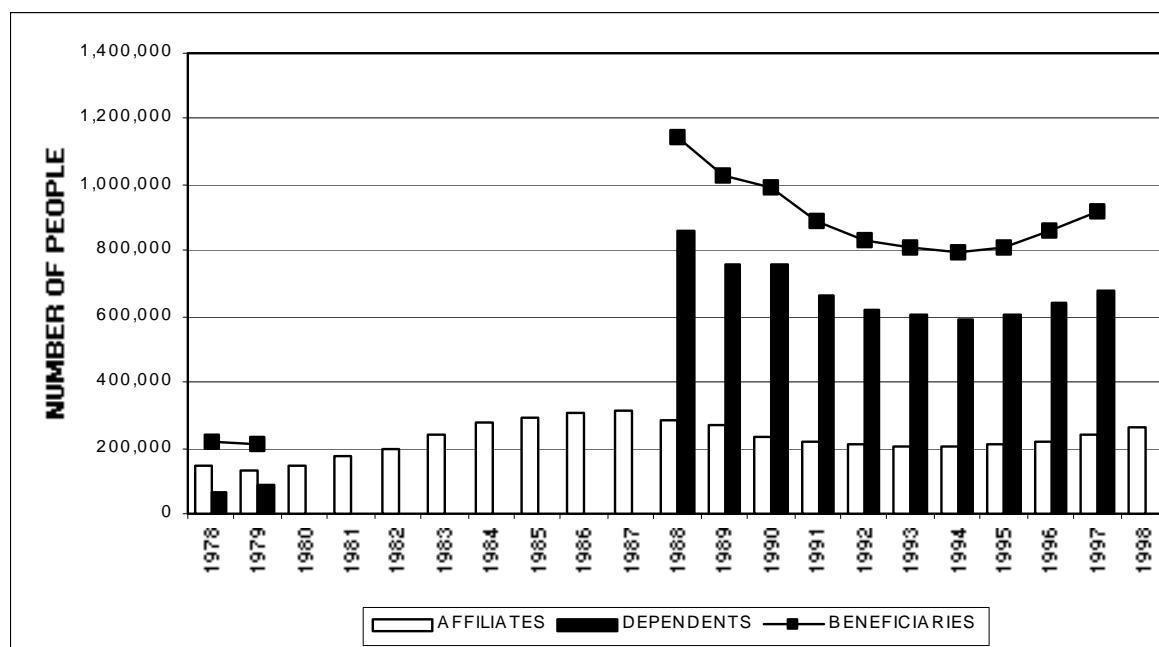
1. Examinar la manera en que la reforma del sistema de pago a proveedores ha afectado el resultado de los proveedores de atención de salud. En particular, analizar si la reforma ha modificado la distribución de los recursos públicos y privados entre la atención primaria y preventiva, por una parte, y la atención secundaria y terciaria, por la otra.
2. Estudiar los efectos de los pagos per cápita sobre las condiciones de trabajo de los médicos.
3. Examinar la forma en que los pagos per cápita han afectado la estructura del mercado de servicios de salud (por ej., número y tipos de proveedores, concentración del mercado, segmentación del mercado).

3. ANTECEDENTES DEL SECTOR SALUD

En la historia reciente del sector salud de Nicaragua hubo tres claros puntos de inflexión: el desarrollo de la seguridad social (1955), la creación de un solo sistema unificado de atención de salud (1979) y la puesta en práctica de un modelo competitivo controlado (1994).

La primera etapa comenzó con la creación del INSS, cuyo objetivo fue proporcionar atención de salud y un seguro maternal, pensiones e indemnización laboral a los trabajadores del sector formal. Hasta 1979 (fecha que marca la llegada del gobierno sandinista al poder), el INSS prestaba servicios de salud a través de su propia red de proveedores médicos, la que incluía tres hospitales, un policlínico de especialidades médicas y varios servicios ambulatorios, en su mayoría ubicados en áreas urbanas en todo el país. Para 1979, el INSS tenía un total de 129,517 afiliados (Figura 1), lo que representaba el 7% de la fuerza de trabajo del país, 84,287 cargas y un total de 213,804 beneficiarios (aproximadamente el 5% de la población de Nicaragua). Los afiliados al INSS en su mayoría eran trabajadores empleados formalmente y sólo una pequeña proporción estaba formada por trabajadores independientes suscritos al INSS en forma voluntaria.

FIGURA 1. BENEFICIARIOS DEL INSS, NICARAGUA, 1978-1998



Fuente: Protocolo de investigación de PHR sobre las repercusiones de la reforma de los pagos a proveedores en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

En una segunda etapa, el gobierno marxista sandinista creó un único sistema unificado de atención de salud. Aunque el INSS no desapareció como institución, todas sus instalaciones de atención de salud y sus ingresos provenientes de las primas de salud se traspasaron al MINSA. En consecuencia, la calidad de la atención y el acceso a ella se redujo significativamente para los beneficiarios del INSS, causando una disminución de las afiliaciones y una mayor evasión en los aportes.

En la tercera etapa, un nuevo gobierno asumió el poder en 1990 e inició una reforma destinada a restaurar los beneficios de atención de salud para la población del INSS. La reforma pretendió limitar el papel del Estado en la atención de salud y para ello apoyó la reorganización y la descentralización del sistema, además de estimular la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud. Como resultado, el INSS implementó un nuevo sistema en 1994, el cual ya no prestaría servicios de atención de salud, sino que los compraría a proveedores externos a través de contratos per cápita. Esto implicó que el INSS pagaría una suma de dinero previamente acordada al proveedor contratado, a cambio de un conjunto acordado de prestaciones médicas.

En la actualidad, el INSS compra servicios de atención de salud a proveedores públicos y privados organizados en Empresas Médicas Provisionales (EMP), de las cuales se crearon varias desde 1994. Las EMP deben proporcionar a los beneficiarios del INSS un paquete de prestaciones básicas que cubre enfermedades comunes y maternidad, a cambio de un pago per cápita mensual. Para fines de 1999, el INSS pagaba a la EMP elegida un monto per cápita de \$12.16 por beneficiario. Este pago per cápita ha disminuido en el tiempo, tanto en términos reales como expresado en dólares estadounidenses (ver el Cuadro 1). Las EMP cubren la atención de salud primaria y secundaria. Todas tienen sus propias instalaciones de atención primaria, pero la mayoría subcontrata la prestación de atención hospitalaria y los servicios de diagnóstico, generalmente con los hospitales públicos. Sin embargo, la tendencia en los años recientes ha sido expandir e integrar verticalmente los servicios. Las EMP están autorizadas para prestar atención a pacientes que no pertenezcan al INSS, aunque más del 95% de sus pacientes son afiliados a este organismo.

CUADRO 1. EVOLUCIÓN DEL PAGO PER CÁPITA MENSUAL EN EL INSS

	1994	1996	ENE 1998
Per cápita nominal (C\$)	97	113	1030.68
Per cápita real (C\$)	160.32	134.77	130.68
Per cápita (C\$)	11.41	9.74	12.16
Tipo de cambio (C\$ por 1 US\$)	7.8	11.6	10.7

Fuentes: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 1997 y Price Waterhouse Coopers, 1998

En este momento, el INSS cubre aproximadamente al 6% de la población nicaragüense (260,000 beneficiarios) y sus afiliados representan el 25% de la fuerza de trabajo. El seguro cubre al trabajador afiliado, a su esposa o compañera y a sus hijos hasta los 6 años de edad. Sin embargo, sólo los trabajadores afiliados y sus hijos tienen derecho al conjunto completo de prestaciones incluidas en el paquete básico, ya que la esposa de un afiliado sólo tiene acceso a la atención obstétrica y ginecológica. Además, el trabajador asegurado tiene derecho a licencias por enfermedad y maternidad, en tanto que los infantes menores de seis meses reciben un subsidio de lactancia. El INSS paga una cantidad fija por hogar, independientemente de su tamaño, edad o riesgo.

El paquete de prestaciones se define mediante una llamada *lista negativa*, la que excluye una serie de tratamientos y procedimientos, tales como tomografía axial computarizada (TAC), electroencefalograma, diálisis, transplantes, salud mental, radioterapia y quimioterapia, enfermedades neurológicas y enfermedades infecciosas de notificación obligatoria (SIDA, tuberculosis, leishmaniasis, lepra, rabia).

El INSS se financia mediante los aportes del empleador (12.5% de la nómina salarial), del trabajador (4.0%) y del gobierno (0.5%). La mitad de este total (8.5 puntos porcentuales) se destina al seguro de salud. En 1998, el salario promedio anual del contribuyente ascendía a US\$2,609 y el valor de los aportes

totalizaba US\$41.4 millones (ver el Cuadro 2)¹. Ésta es una cantidad importante de recursos en el contexto nicaragüense, si se considera que el presupuesto ejecutado del MINSA para el mismo año fue de US\$66.6 millones. De hecho, como lo muestra un estudio realizado en 1996, el MINSA administró el 10.3% del gasto total en salud de la nación, incluido el desembolso sufragado por las familias (Comité Técnico de Cuentas Nacionales en Salud, 1997). El gasto del INSS correspondió al 15.2% del gasto del sector público en atención de salud.

CUADRO 2. SALARIO ANUAL PROMEDIO DE LOS AFILIADOS

AÑO	SALARIO ANUAL PROMEDIO	SALARIO ANUAL PROMEDIO	SALARIO ANUAL PROMEDIO
1994	31,192	2,378	26,502,455
1995	29,858	1,831	21,563,642
1996	28,813	1,845	23,352,797
1997	28,948	2,363	32,685,833
1998	31,263	2,609	41,406,836

Fuente: Estimaciones de los autores usando datos del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 1997 y Price Waterhouse Coopers, 1998.

¹ Equivalente a 443,055 millones de córdobas al tipo de cambio de 1US\$=10.7 córdobas.

4. MARCO TEÓRICO

Los mecanismos de pago generan incentivos que afectan la eficiencia de la producción de servicios de salud, la calidad de la atención y la equidad en el financiamiento y la prestación. El efecto de cada uno de estos factores depende del mecanismo de pago elegido y del contexto institucional en que se aplique (Robinson, 1993). El principal desafío al momento de establecer un método de pago es adoptar un sistema que promueva conductas deseables tendientes a apoyar los objetivos del sistema de atención de salud y desincentive las acciones no deseadas. Idealmente, los pagos se deben hacer por paciente sanado o por mejoramientos en la condición de salud. Sin embargo, una de las mayores dificultades prácticas al momento de implementar los incentivos adecuados es medir el desempeño de los proveedores en términos de resultados de salud (McGuire y otros, 1988:242).

En la práctica, los mecanismos de pago utilizados con mayor frecuencia son el reembolso por atención prestada y el pago per cápita. El INSS optó por el segundo. El pago per cápita consiste en un pago fijo periódico que hace el asegurador al proveedor por beneficiario cubierto. Dado que el pago es independiente de que el asegurado se enferme o no y de la cantidad de servicios de atención de salud que consume, el riesgo de que el gasto sea mayor que el esperado se transfiere al proveedor. Al contrario del reembolso por atención prestada, la inducción de la demanda bajo la modalidad del pago per cápita sólo aumenta los costos, pero no los ingresos. La rentabilidad del proveedor depende exclusivamente de su capacidad para atraer y retener a los afiliados, así como de su capacidad para mantener los costos por debajo de la tarifa per cápita (Robinson y Cassalino, 1996).

El pago per cápita contiene incentivos para aumentar la eficiencia técnica y de asignación, dado que al proveedor le conviene dar prioridad a la atención más eficaz en función de los costos y a producir al costo mínimo². Esto implica, asimismo que se pondrá un mayor énfasis en la atención primaria que en la atención especializada, en la atención ambulatoria más que en las hospitalizaciones, así como en aumentar la prevención.

El pago per cápita, sin embargo, también puede tener consecuencias negativas para la calidad de la atención de salud, especialmente si no existe competencia. Es posible que el pago per cápita induzca a la selección de riesgos: si el pago per cápita no se ajusta según el riesgo, se incentiva a los proveedores para ajustar sus presupuestos eliminando a los afiliados de alto costo (Newhouse, 1996; Robinson, 1993).

A fin de que el pago per cápita funcione adecuadamente, la mancomunación de riesgos debe ser suficientemente grande³. De lo contrario, los proveedores individuales no serían capaces de asumir el riesgo financiero. Se estima que un médico de atención primaria necesita un mínimo de 2,000 personas inscritas para afrontar el riesgo con éxito (Wouters, 2000). En los Estados Unidos, los grupos de médicos prepagados en riesgo de tener que solventar todos los gastos de atención de salud de los pacientes inscriben entre decenas y miles de personas por plan (Phelps, 1992:357).

² La eficiencia técnica se logra cuando una empresa produce el máximo producto posible para un nivel dado de insumos. Este concepto es más restringido que el de la eficiencia de asignación, el que implica utilizar ya sea los insumos o los productos de la mejor forma posible en la economía y maximizar el bienestar (Folland y otros, 1997:599).

³ De acuerdo con la ley de los grandes números, la varianza del gasto por miembro disminuye a la par con la raíz cuadrada del número de afiliados (Phelps, 1992:357).

El contrato del pago per cápita puede incluir todos los servicios médicos que requiera una persona o sólo algunos de ellos. Por ejemplo, es posible que un contrato de pagos per cápita incluya sólo la atención primaria, aunque un convenio de esa naturaleza daría al proveedor un incentivo para derivar a los pacientes más allá de lo necesario y así transferir los costos a los niveles superiores de atención. Por otra parte, si el grupo de servicios cubiertos es más global, el proveedor tiene un mayor incentivo para coordinar eficientemente el continuo de servicios (desde el control de personas sanas hasta la cirugía de urgencia). Por lo tanto, es posible que el proveedor desarrolle nuevas modalidades de atención más eficaces en función de los costos y dé un mayor énfasis a la prevención y a la promoción de la salud.

El pago per cápita funciona en la medida en que cada médico de la organización responda a los incentivos creados. Los médicos son las personas que controlan la mayor parte de los gastos en salud (*The Governance Committee*, 1994:88). Tanto los grupos de médicos como los hospitales enfrentan el problema de motivar a los médicos individuales. A fin de generar una mayor eficiencia, es necesario que los médicos coordinen sus acciones, dado que el esfuerzo de cada médico individual tiene un efecto relativamente pequeño en términos de reducción de costos (Phelps, 1992:348). Si los médicos de un grupo u hospital reciben un salario fijo, los incentivos disminuyen enormemente y se desarrolla una cultura burocrática no orientada hacia los objetivos. En respuesta a este problema, los hospitales han desarrollado sistemas de remuneración variable, como las gratificaciones, la participación en las utilidades y los pagos per cápita individuales. Sin embargo, la motivación de los médicos también depende de incentivos no financieros, como un fuerte liderazgo, los controles de uso, la educación médica y la presión de los pares (*The Governance Committee*, 1995:105).

CUADRO 3. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS, COMPARACIONES Y RESULTADOS ESPERADOS

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS PRINCIPAL	MÉTODO	VARIABLES COMPARADAS	RESULTADOS ESPERADOS
¿Cómo ha afectado el pago per cápita el desempeño de los proveedores de atención de salud?	¿Aumentará el uso de la atención primaria y ambulatoria?	Datos de 1994-1998 (EMP) comparados con datos de 1974-1978 (INSS)	Tasa de consultas ambulatorias	+
			Tasa de consultas de medicina general	-
			Tasa de consultas de especialidad	+
	¿Disminuirá el uso de la atención secundaria y terciaria?	Datos de 1994-1998 (EMP) comparados con datos de 1994-1998 (MINSAL)	Primera consulta/ total consultas	-
			Exámenes de lab. / consulta	-
			Exámenes radiológicos / consulta	-
	¿Inducirá menores costos unitarios y per cápita?	Encuesta a Pacientes de las EMP, 1999	Recetas / consulta	-
			Tasa de consultas de urgencia	-
			% consultas urgencia / todas las consultas	-
			Tasa hospitalizaciones	+
			Estancia promedio	?
			% cesáreas / total partos	?
			Días de licencia por enfermedad	
			Gasto per cápita	
			Gasto per cápita en atención primaria	
			Gasto per cápita/ Gasto total	

			Satisfacción del paciente Satisfacción del médico	
¿Qué efectos ha tenido el pago per cápita en las condiciones laborales de los médicos?	Aumento en el uso de médicos generales en la entrega de atención Los médicos individuales también corren cierto riesgo	Encuesta a los médicos de las EMP, 1999	Remuneración anual promedio Antigüedad en la profesión Antigüedad en la especialidad Horario laboral Gratificaciones y remuneración variable	? - - ? Sí
¿Cómo ha modificado el pago per cápita la estructura del mercado de servicios de atención de salud?	Segmentación del riesgo Decreciente concentración del mercado	Encuesta a Pacientes de las EMP, 1999 Base de datos de EMP, INSS 1994-1998 EMP agrupadas por tamaño, años de operación, región y régimen de propiedad	Porcentaje de pacientes mujeres Edad promedio de los pacientes Número de EMP Índice de Herfindhal	Difiere según tipo de EMP + -

5. METODOLOGÍA

Como se mencionó anteriormente, en el estudio se procuró analizar los efectos del pago per cápita sobre el resultado de los proveedores (objetivo 1), las condiciones de trabajo de los médicos (objetivo 2) y la estructura del mercado (objetivo 3). El resultado de los proveedores se evaluó mediante un análisis de las tasas de utilización, mezcla de casos, monto y estructura del gasto, días de licencia por enfermedad y satisfacción del usuario. Se analizaron las condiciones de trabajo de los médicos examinando las tendencias en el ingreso, horarios de trabajo y mecanismos de remuneración. Asimismo, en el estudio se analizaron los años de experiencia profesional y la especialidad de los médicos empleados por las EMP. Con el objeto de detectar cualquier cambio en la estructura del mercado, se examinaron las tendencias en el número de EMP en el mercado, así como el número de afiliados y tamaño promedio de las mismas. Se calcularon los índices de concentración del mercado y se intentó establecer si las EMP se involucraban en una selección de riesgos que condujera a la segmentación del mercado.

El análisis contempló la participación de dos instituciones, el INSS y el MINSA, e incluyó dos períodos: antes del gobierno sandinista (1974-78) y después (1994-98). El período sandinista (1979-90) se dejó fuera del análisis por dos razones: no hay información disponible acerca de las tasas de utilización ni de los costos de los servicios de salud durante ese período; además, los servicios de salud del INSS desaparecieron y se integraron a los del MINSA en esa época. El período inmediatamente posterior al gobierno sandinista (1990-1993) también se excluyó del análisis, porque la reforma de salud del INSS no se puso en práctica hasta 1994. Antes de la reforma, el INSS era una entidad de seguridad social cuyos propios proveedores producían los servicios médicos requeridos por sus beneficiarios. En esos tiempos no existían las EMP. En cambio, el INSS posterior a la reforma era una entidad que no producía ninguna atención médica, sino que la compraba a las EMP.

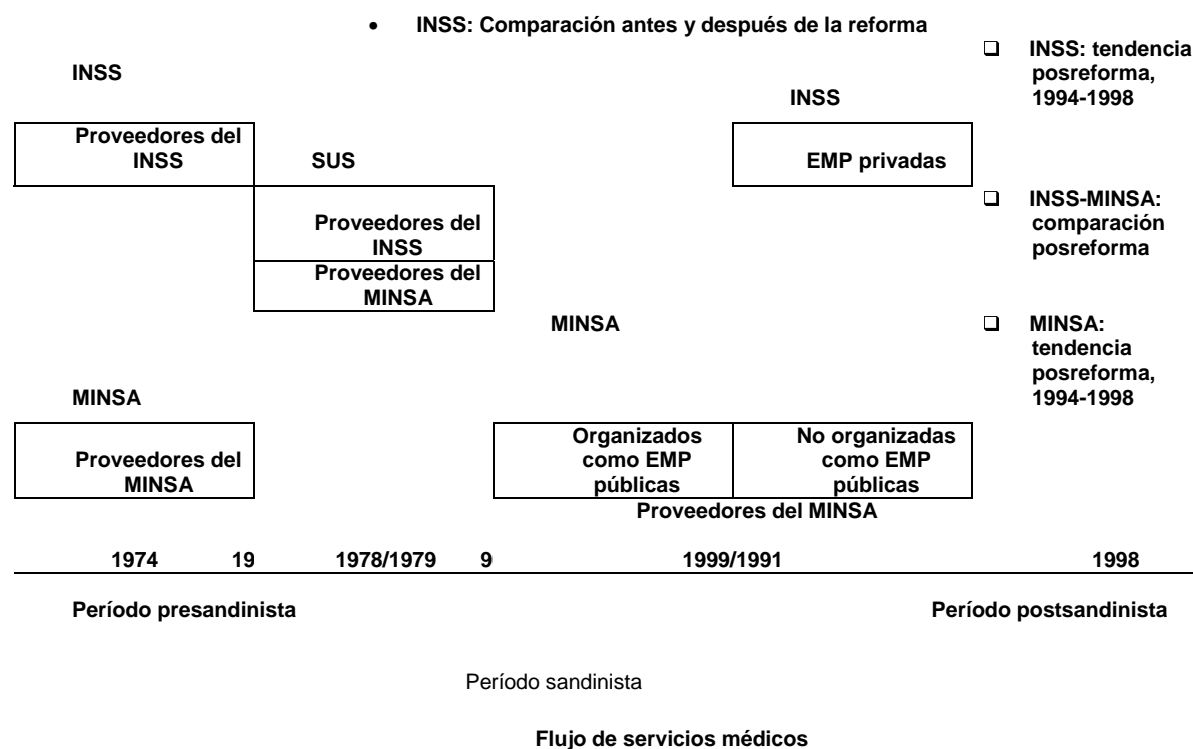
De esta manera, como se muestra en la Figura 2, el análisis incluyó cuatro comparaciones:

1. Desempeño del INSS antes y después de la reforma;
2. Tendencias en el desempeño del INSS después de la reforma;
3. Desempeño del INSS y del MINSA después de la reforma y
4. Tendencias en el desempeño del MINSA después de la reforma.

Además, el grupo de estudio evaluó si existía alguna diferencia sistemática en las tasas de utilización y otras variables según el tamaño, los años de funcionamiento, la ubicación y el régimen de propiedad de las EMP. El criterio para clasificar las EMP según tamaño y años de funcionamiento fue la media de cada variable (número de asegurados y tiempo de funcionamiento medido en meses). El límite de inclusión fue 1998, aunque se presentan datos de los años precedentes para los mismos grupos.

El grupo realizó dos encuestas para este estudio: una de una muestra de médicos de las EMP (con el objeto de examinar las condiciones de trabajo) y la otra de una muestra de usuarios de las EMP (para evaluar la satisfacción de los usuarios).

FIGURA 2. COMPARACIONES DEL DESEMPEÑO



Ambas encuestas se aplicaron a una muestra de 12 EMP seleccionadas según los siguientes criterios:

1. El grupo de estudio preparó una lista de las 49 EMP existentes y reunió información sobre cada una de ellas según las siguientes características: (1) población inscrita; (2) tipo de régimen de propiedad: público o privado; (3) si la empresa existía antes de convertirse en una EMP; (4) años de funcionamiento y (5) distrito al que pertenece.
2. Enseguida, el grupo formó un subconjunto de EMP constituido por aquellas que estaban en funcionamiento al 31 de diciembre de 1998 (un total de 38).
3. El grupo seleccionó el último subconjunto de acuerdo con dos principios. Primero, forzó la inclusión de las cuatro EMP más grandes y de las dos EMP públicas que estaban en funcionamiento en diciembre de 1998 (un total de seis). Segundo, estratificó las EMP restantes en seis grupos de cinco, según su tamaño (grandes o pequeñas) y ubicación (Managua u otra). Luego seleccionó al azar una EMP por grupo. Finalmente se seleccionó un total de 12 EMP o 31% de las EMP que existían al 31 de diciembre de 1998. Sin embargo, debido a restricciones de tiempo, sólo fue posible realizar encuestas en 11 de ellas.

Entre las EMP seleccionadas, se encuestó a un 20% de los médicos o un mínimo de cinco médicos por EMP. Por ejemplo, si el personal contaba con 40 médicos, se encuestó a ocho. Se seleccionó igual número de especialistas y médicos de atención primaria. Si la EMP tenía menos de 25 médicos entre su personal, se encuestó a cinco. Finalmente, se encuestó a un total de 46 médicos.

Para cada una de las EMP mencionadas, el grupo también encuestó a 30 pacientes ambulatorios con un total de 320 observaciones. Esta muestra no es representativa de toda la población afiliada a las EMP,

dado que dicha población también incluye a personas que no requirieron atención médica o que fueron admitidas a hospitales. La muestra se seleccionó de la siguiente manera:

1. Todas las personas que ingresaron al centro recibieron una tarjeta que consignaba la hora de su llegada.
2. A medida que estas personas salían de la EMP, se les pidió devolver su tarjeta y también se anotó la hora en que salían. Se les formuló tres preguntas y llenaron un formulario a fin de seleccionar la muestra rápidamente. Las preguntas fueron: ¿Está inscrito en la EMP como beneficiario del INSS? ¿Recibió atención médica o hizo algún trámite en la EMP? ¿Acudió hoy al centro para consultar a alguien? Si la respuesta a las primeras dos preguntas era "sí" y la respuesta a la tercera era "no", se aplicaba la encuesta.
3. La encuesta se aplicó a una muestra de 30 personas por cada EMP. Se encuestó a todos los que cumplían con el requisito del punto 2, hasta completar las 30 encuestas.

Para el período 1974-78, el grupo de estudio obtuvo información sobre las tasas de utilización y los costos de la INSS de los registros internos de la institución. Para 1994-98, el grupo analizó datos magnéticos suministrados mensualmente por las EMP al INSS acerca del uso y de los costos, así como información contenida en los Anuarios Estadísticos del INSS. El MINSA proporcionó datos estadísticos sobre utilización tomados de su Directorio General de Servicios Informativos, pero carecía de datos sobre los costos o el gasto.

6. RESULTADOS

6.1 EFECTO DE LA REFORMA EN EL RESULTADO DE LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE SALUD

6.1.1 Tasas de utilización

Según el análisis precedente, la instauración de los pagos per cápita en el sistema de atención de salud de Nicaragua debería inducir mayores tasas de utilización en la atención primaria y menores tasas de utilización en la atención secundaria y terciaria. Además, la atención ambulatoria debería tener prioridad sobre la atención de pacientes hospitalizados y el número de exámenes, procedimientos y medicamentos por consulta debería disminuir. Las tasas de hospitalización y las estancias promedio también deberían disminuir.

Atención ambulatoria. El número total de consultas ambulatorias en las EMP parece haber disminuido en el año siguiente a la reforma, pero luego subió repentinamente y se estabilizó en alrededor de 4.5 consultas al año, tasa que es muy similar a la observada para el INSS en los años setenta (Cuadro 4). Después de la reforma, en las EMP se registró un creciente número de consultas de medicina general por beneficiario, en tanto que el número de consultas de especialistas per cápita permaneció prácticamente invariable. Las tasas de consultas de especialistas fueron considerablemente menores entre las EMP en comparación a la situación en el INSS antes de la reforma. Además, la relación primera consulta / total consultas fue mucho mayor (aunque decreciente) en el caso de las EMP después de la reforma que en el INSS en los años setenta, lo que apunta a una mayor eficiencia en la atención dado que, presumiblemente, se resolvieron más problemas de salud con sólo una consulta. El número de exámenes de laboratorio por consulta entre las EMP permaneció relativamente estable entre 1994 y 1998 y fue ligeramente mayor que en los años setenta. En cuanto a los exámenes radiológicos, las EMP registraron una tendencia decreciente con la reforma. El número de recetas por consulta fue inferior en los años noventa que en los setenta, aunque aumentó ligeramente después de la reforma.

En la mayoría de los años que siguieron a la reforma, las EMP atendieron casi el doble de consultas per cápita que el MINSA. Esta tendencia de un creciente número de consultas por beneficiario que se registró en las EMP también se dio en el MINSA, aunque fue más marcada en el primer caso. En comparación con el MINSA, la relación primera consulta / nuevas consultas fue mucho mayor en el caso de las EMP, lo que implica que posiblemente estas entidades han sido más capaces de resolver los problemas médicos de los pacientes durante la primera consulta. A pesar de esto, sin embargo, el MINSA al parecer ha incrementado su eficiencia en los últimos años, como lo muestra su coeficiente de primeras consultas / nuevas consultas en aumento. Sólo se registraron pequeñas diferencias entre las EMP y el MINSA en relación con los exámenes de laboratorio, mientras que las tasas de recetas en las EMP superaron las del MINSA.

Consultas de urgencia. La tasa de consultas de urgencia entre las EMP fue ligeramente superior en 1998 que en el INSS 10 años antes, aunque se cuadruplicó entre 1995 y 1998. La tendencia ha sido todo lo contrario en el MINSA, donde la tasa de consultas de urgencia incluso disminuyó en los últimos años. En 1998, la tasa de consultas de urgencia en los centros del MINSA fue casi el 50% de dichas consultas en las EMP. De acuerdo con las normas establecidas por la Organización Panamericana de la

Salud, en un sistema de salud productivo, las consultas de urgencia no deben superar el 10% del total de consultas. Entre las EMP, las consultas de urgencia aumentaron como porcentaje del total, de aproximadamente el 3% al 8% en 1998. En cambio, disminuyó del 12% a un poco más del 8% en el MINSA.

CUADRO 4. ÍNDICES DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE URGENCIA. NICARAGUA 1974-1978; 1994-1998

	ÍNDICE	ANTES DE LA REFORMA					DESPUÉS DE LA REFORMA				
		1974	1975	1976	1977	1978	1994	1995	1996	1997	1998
INSS-EMP	Total consultas / beneficiario / año	4.6	5.2	5.3	5.0	4.4	1.3	3.2	3.4	5.2	4.7
	Consultas MG / beneficiario / año	3.9	4.4	4.5	4.1	3.6	1.1	2.8	2.8	4.5	4.1
	Consultas espec / beneficiario / año	0.7	0.8	0.9	0.9	0.8	0.2	0.4	0.5	0.7	0.5
	% 1ª consulta / todas las consultas	25.4	18.9	19.0	21.1	21.8	77.3	81.4	51.4	53.5	50.7
	Exámenes laboratorio / consulta	0.2	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5
	Exámenes radiológicos / consulta	0,06	0,07	0,07	0,08	0,05	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03
	Recetas / consulta	2.8	3.0	3.2	3.3	3.4	1.1	1.4	1.9	1.9	2.3
	Consultas urgencia/beneficiario/año	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4
	% consultas urgencia/ todas las consultas	3.6	2.4	3.9	4.4	6.6	2.7	3.3	4.2	6.1	8.0
MINSA	Total consultas / beneficiario / año	ND	ND	ND	ND	ND	1.7	2.0	2.0	2.0	1.9
	Consultas MG / beneficiario / año	ND	ND	ND	ND	ND	-	-	-	-	-
	Consultas espec / beneficiario / año	ND	ND	ND	ND	ND	-	-	-	-	-
	% 1ª consulta / todas las consultas	ND	ND	ND	ND	ND	14.1	11.5	21.3	-	-
	Exámenes laboratorio / consulta	ND	ND	ND	ND	ND	1.1	0.6	0.6	0.6	0.6
	Exámenes radiológicos / consulta										
	Recetas / consulta	ND	ND	ND	ND	ND	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9
	Consultas urgencia/beneficiario/año	ND	ND	ND	ND	ND	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
	% consultas urgencia/ todas las consultas	ND	ND	ND	ND	ND	11.8	10.0	9.2	9.2	8.3

Fuente: Estimaciones de los autores utilizando datos del INSS para 1974-1978 y 1994-1997, base de datos de 1998

Hospitalizaciones y partos. Las tasas de hospitalización por asegurado del INSS fueron similares en 1997 y 1998 a las observadas 10 años antes: aproximadamente el 10%, incluidos los partos, y 6% sin incluirlos (Cuadro 5). Este indicador es relativamente alto en comparación con países de un desarrollo económico parecido. La tasa de operaciones cesáreas en las EMP fue más del 40%, en tanto en el MINSA fue menos del 20%. El número de estas operaciones aumentó sostenidamente entre las EMP. Éste es un resultado inesperado, en vista que los incentivos económicos del pago per cápita deberían

generar una disminución en la proporción de las operaciones cesáreas. En vista que estas últimas que son más caras que los partos normales, sería dable esperar que los agentes racionales realizarían sólo las cesáreas que sean estrictamente recomendables por razones clínicas. Sin embargo, una posible explicación del patrón observado es que las operaciones cesáreas ofrecen la posibilidad de programar los partos con anticipación y por lo tanto disminuyen la necesidad de médicos de turno. La estancia promedio en el INSS en los años noventa fue significativamente menor que en los años setenta, efecto que es más marcado si se excluyen las hospitalizaciones por parto. Antes de la reforma, un paciente se hospitalizaba durante aproximadamente 10 días, en tanto que después de la reforma, la estancia promedio fue menos de tres días. Un contraste parecido existe entre el MINSA y las EMP: la estancia promedio para pacientes del MINSA es más del doble que para los pacientes de las EMP.

CUADRO 5. ÍNDICES DE ATENCIÓN AMBULATORIA, NICARAGUA, 1974-1978 Y 1994-1998

	ÍNDICE	ANTES DE LA REFORMA					DESPUÉS DE LA REFORMA				
		1974	1975	1976	1977	1978	1994	1995	1996	1997	1998
INSS-EMP	Admisiones/ 1000 beneficiarios/año	80	100	120	110	100	16	42	59	99	99
	Admisiones (sin incluir partos) /1000 beneficiarios	50	60	70	70	60	8	22	32	59	63
	% cesáreas / total partos	11.2	11.2	13.7	14.6	16.7	-	-	42.4	45.6	44.2
	Estancia promedio (días)	8.1	7.8	7.1	7.2	6.6	1.4	1.6	2.4	2.5	2.4
	Estancia promedio excluida OB-GIN	11.5	10.5	9.6	10.0	9.4	1.6	2.1	2.8	2.8	2.6
	Estancia promedio para operaciones cesáreas	6.4	13.1	9.7	10.8	9.7	-	-	2.2	-	2.6
	Estancia promedio todos los partos	2.5	3.7	3.4	3.7	3.5	-	-	1.7	2.6	1.8
MINSA	Admisiones/ 1000 beneficiarios/año	ND	ND	ND	ND	ND	60	70	60	-	-
	Admisiones (sin incluir partos) /1000 beneficiarios	ND	ND	ND	ND	ND	40	40	40	-	-
	% cesáreas / total partos	ND	ND	ND	ND	ND	17.5	17.9	19.4	-	-
	Estancia promedio (días)	ND	ND	ND	ND	ND	4.5	4.5	4.6	-	-
	Estancia promedio excluida OB-GIN	ND	ND	ND	ND	ND	4.9	5.7	5.2	-	-
	Estancia promedio para operaciones cesáreas	ND	ND	ND	ND	ND	-	-	-	-	-
	Estancia promedio todos los partos	ND	ND	ND	ND	ND	2.3	2.4	2.3	-	-

Fuente: Estimaciones de los autores utilizando datos del INSS para 1974-1978 y 1994-1997, base de datos de 1998

6.1.2 Tasas de utilización por grupo de EMP

En los Cuadros 6 al 9 se proporciona información sobre las tasas de utilización por tipo de EMP. En prácticamente todos los años estudiados, las EMP públicas registran una mayor tasa de consultas de especialistas y una menor tasa de consultas de medicina general (MG) que las EMP privadas. Esto implicaría que las EMP públicas responden de manera menos marcada que las empresas privadas a los incentivos del pago per cápita, lo que posiblemente sea una señal de menor eficiencia.

La mayor diferencia en las tasas de utilización entre todas las categorías de servicios está en el número de recetas por consulta. Las grandes EMP recetan 15 veces más medicamentos que sus contrapartes más pequeñas; las EMP antiguas lo hacen casi seis veces más que sus contrapartes nuevas; las EMP de Managua y las EMP públicas lo hacen cerca de cinco veces más que sus contrapartes rurales y privadas, respectivamente. Esta conducta se repite en cuanto al número de exámenes de laboratorio por consulta. En términos absolutos, las EMP públicas son aquellas con el mayor número de recetas y exámenes por consulta. Además, registran la peor capacidad resolutive, medida en términos del porcentaje de primeras consultas sobre el total. Esto refuerza la idea de que las EMP públicas funcionan menos eficientemente que las empresas privadas.

Las EMP públicas registran una tasa de hospitalización sistemáticamente mayor que sus contrapartes privadas, tanto respecto del total de las admisiones como de las admisiones no obstétricas. Es probable que las EMP públicas enfrenten mayores rigideces para responder a los incentivos del pago per cápita. Además, las EMP públicas muestran un mayor porcentaje de operaciones cesáreas que sus contrapartes privadas. Asimismo, la estancia promedio es más prolongada en el caso de las EMP estatales que en el de las empresas privadas.

No hay diferencias significativas en la estancia promedio por parto entre las diferentes categorías de EMP: la estancia promedio para un parto normal es de aproximadamente un día y medio para todas las categorías de EMP y una operación cesárea requiere cerca de tres días.

CUADRO 6. DESEMPEÑO COMPARATIVO ENTRE EMP PÚBLICAS Y PRIVADAS. NICARAGUA, 1994-1998.

	ÍNDICE	PÚBLICAS					PRIVADAS				
		1994	1995	1996	1997	1998	1994	1995	1996	1997	1998
AMBULATORIO	Consultas MG/ beneficiario /año	0.6	1.7	2.3	3.9	4.4	1.8	3.4	3.0	4.7	4.0
	Consultas especialistas/ beneficiario/ año	0.1	0.4	0.7	0.9	0.6	0.2	0.4	0.5	0.6	0.5
	Consultas urgencia/ beneficiario/año	0.03	0.04	0.04	0.05	0.30	0.05	0.15	0.18	0.43	0.43
	Total consultas ambulatorias/ beneficiario/ año	0.7	2.1	3.1	4.8	5.4	2.0	3.9	3.7	5.7	5.0
	% Primeras consultas/ todas las consultas					33					49
	Recetas / consulta					13.7					2.7
	Exámenes laboratorio/ consulta					3.2					0.7
	N° días licencia médica/ consulta					7.8					10.4
HOSPITALIZADO	Admisiones/ 1000 beneficiarios/ año	26	50	61	99	102	1	6	44	85	87
	Admisiones (sin incluir partos) /1000 beneficiarios	10	21	32	57	65	0	1	22	51	54
	% cesáreas / total partos					47					42
	Estancia promedio OB-GIN (días)					2.1					2.0
	Estancia promedio otras admisiones					2.9					2.6
	Estancia promedio para operaciones cesáreas					2.6					2.7
	Estancia promedio todos los partos					1.8					1.9
	N° días licencia médica / hospitalización					17.0					16.8

Fuentes: INSS: 1974-1978 y 1994-1997, base de datos de 1998

CUADRO 7. DESEMPEÑO COMPARATIVO ENTRE EMP GRANDES Y PEQUEÑAS. NICARAGUA, 1994-1998.

	ÍNDICE	GRANDES					PEQUEÑAS				
		1994	1995	1996	1997	1998	1994	1995	1996	1997	1998
AMBULATORIO	Consultas MG /beneficiario/ año	1.1	2.7	2.8	4.5	4.1	1.4	3.8	3.0	5.4	4.0
	Consultas especialistas/ beneficiario/ año	0.1	0.4	0.5	0.7	0.5	0.1	0.5	1.4	0.6	0.4
	Consultas urgencia/ beneficiario/año	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.0	0.1	0.1	0.2	0.1
	Total consultas ambulatorias/ beneficiario/ año	1.3	3.2	3.5	5.5	5.1	1.5	4.4	4.4	6.2	4.5
	% Primeras consultas/ todas las consultas					46					42
	Recetas / consulta					5.9					0.4
	Exámenes laboratorio/ consulta					1.5					0.1
	N° días licencia médica/ consulta					10.1					10.5
HOSPITALIZADO	Admisiones/ 1000 beneficiarios/ año	12	34	56	96	99	34	37	70	92	87
	Admisiones (sin incluir partos) /1000 beneficiarios	4	14	29	56	63	16	15	41	57	59
	% cesáreas / total partos					41					44
	Estancia promedio OB-GIN (días)					2.0					1.9
	Estancia promedio otras admisiones					2.7					2.2
	Estancia promedio para operaciones cesáreas					2.7					2.8
	Estancia promedio todos los partos					1.8					2.0
	N° días licencia médica/ hospitalizaciones					16.2					17.9

Fuente: INSS: 1974-1978 y 1994-1997, base de datos 1998

CUADRO 8. DESEMPEÑO COMPARATIVO ENTRE EMP ANTIGUAS Y NUEVAS. NICARAGUA, 1994-1998.

	ÍNDICE	ANTIGUAS					NUEVAS				
		1994	1995	1996	1997	1998	1994	1995	1996	1997	1998
AMBULATORIO	Consultas MG/ beneficiario/ año	1.1	2.8	2.9	4.4	4.1		2.7	1.7	5.1	4.2
	Consultas especialistas/ beneficiario/ año	0.1	0.4	0.5	0.7	0.5		0.1	0.3	0.8	0.5
	Consultas urgencia/ beneficiario/año	0.0	0.1	0.1	0.3	0.4		0.0	0.4	0.4	0.4
	Total consultas ambulatorias/ beneficiario/ año	1.3	3.3	3.6	5.5	5.1		2.8	2.3	6.3	5.0
	% Primeras consultas/ todas las consultas					48					34
	Recetas / consulta					4.8					0.9
	Exámenes laboratorio/ consulta					1.2					0.1
	N° días licencia médica/ consulta					10.4					9.8
HOSPITALIZADO	Admisiones/ 1000 beneficiarios/ año	12	34	57	94	100	0	0	43	112	89
	Admisiones (sin incluir partos) /1000 beneficiarios	5	14	30	55	64	0	0	25	62	56
	% cesáreas / total partos					41					45
	Estancia promedio OB-GIN (días)					2.0					1.9
	Estancia promedio otras admisiones					2.7					2.3
	Estancia promedio para operaciones cesáreas					2.6					2.9
	Estancia promedio todos los partos					1.8					2.1
	N° días licencia médica/ hospitalizaciones					17.3					15.4

Fuentes: INSS: 1974-1978 y 1994-1997, base de datos 1998

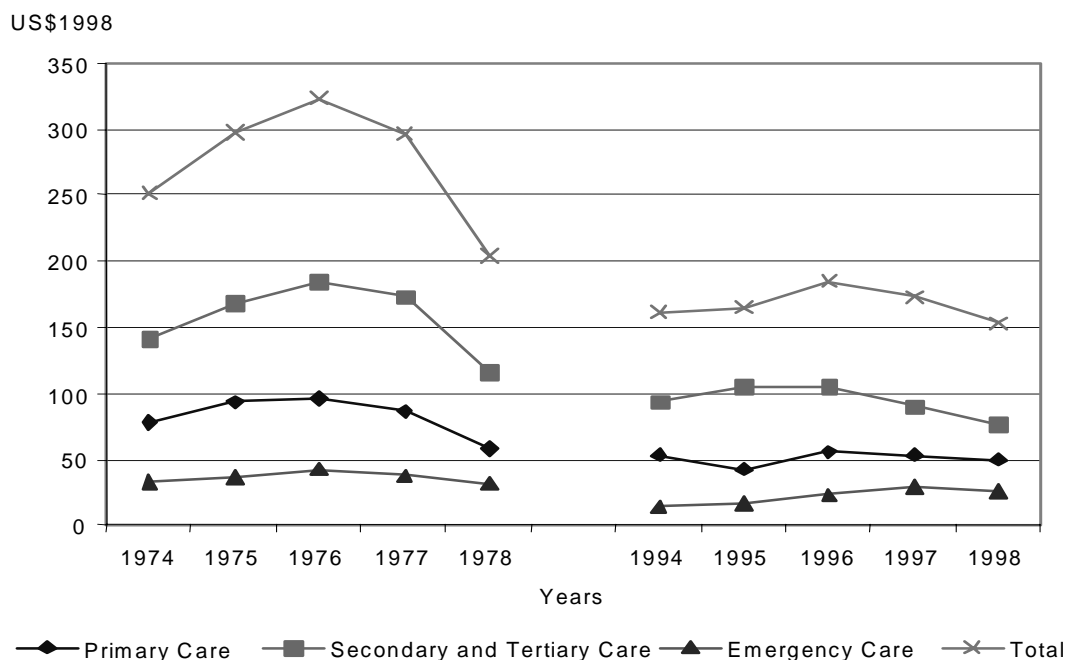
CUADRO 9. DESEMPEÑO COMPARATIVO ENTRE EMP DE MANAGUA Y OTRAS. NICARAGUA, 1994-1998.

	ÍNDICE	MANAGUA					OTRAS				
		1994	1995	1996	1997	1998	1994	1995	1996	1997	1998
AMBULATORIO	Consultas MG/ beneficiario/ año	1.0	2.4	2.7	4.1	3.8	2.0	4.5	3.5	5.8	5.0
	Consultas especialistas/ beneficiario/ año	0.1	0.3	0.4	0.6	0.5	0.2	0.6	0.9	0.9	0.6
	Consultas urgencia/ beneficiario/año	0.03	0.11	0.17	0.37	0.47	0.05	0.11	0.06	0.22	0.22
	Total consultas ambulatorias/ beneficiario/ año	1.2	2.8	3.3	5.1	4.8	2.3	5.2	4.5	6.9	5.9
	% Primeras consultas/ todas las consultas					44					50
	Recetas / consulta					6.7					1.5
	Exámenes laboratorio/ consulta					1.9					0.2
	N° días licencia médica/ consulta					8.9					11.1
HOSPITALIZADO	Admisiones/ 1000 beneficiarios/ año	9	30	53	93	95	38	50	73	104	108
	Admisiones (sin incluir partos)/1000 beneficiarios	3	13	26	53	59	15	17	42	63	74
	% cesáreas / total partos					42					43
	Estancia promedio OB-GIN (días)					2.0					2.0
	Estancia promedio otras admisiones					2.8					2.3
	Estancia promedio para operaciones cesáreas					2.6					2.8
	Estancia promedio todos los partos					1.8					2.0
	N° días licencia médica/ hospitalizaciones					16.8					16.7

Fuentes: INSS: 1974-1978 y 1994-1997, base de datos 1998

6.1.3 Monto y estructura del gasto en salud

Entre 1994 y 1998, el gasto del INSS por asegurado disminuyó levemente en todos los niveles de atención (Figura 3), con la excepción de la atención de urgencia, la que registró un crecimiento explosivo a partir de 1994. El gasto en atención primaria bajó un 7% durante el mismo período, mientras que el gasto en atención secundaria y terciaria disminuyó un 18%. El gasto per cápita en salud realizado por el INSS fue menor en los años noventa que en los años setenta para todas las categorías de atención, incluida la atención de urgencia. La diferencia entre los períodos fue especialmente drástica para la atención secundaria y terciaria. Las pequeñas EMP, las nuevas EMP y las EMP fuera de Managua gastan una mayor parte de sus recursos en atención primaria que sus contrapartes (Cuadro 10). Entre las EMP públicas y privadas, sin embargo, no hay diferencias significativas.

FIGURA 3. GASTOS PER CÁPITA DEL INSS Y DE LAS EMP. NICARAGUA 1974-78 Y 1994-98

Fuente: Numerador: cuenta de gastos por enfermedades y maternidad para 1974-1978, del INSS 1974-78; estimación del gasto en enfermedades y maternidad 1994-1998 sobre la base del pago per cápita menos los subsidios. Denominador: todos los asegurados por maternidad y enfermedades en 1974-1978, sólo los asegurados inscritos en las EMP en 1994-1998.

CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE LOS GASTOS POR TIPOS DE EMP. NICARAGUA, 1998

TIPO DE EMP	TOTAL GASTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	TOTAL GASTOS EN ATENCIÓN SECUNDARIA Y Terciaria	TOTAL GASTOS EN ATENCIÓN DE URGENCIA	PROMEDIO GASTOS POR EMP(US\$ MILL.)*
Grande	34.3	48.5	17.2	1,369,836
Pequeña	37.5	50.6	11.9	126,558
Antigua	34.9	49.8	15.3	1,157,783
Nueva	37.3	48.9	13.9	208,515
Managua	32.0	49.6	18.4	1,623,039
Otras	37.8	49.4	12.8	352,029
Pública	35.4	48.6	16.0	2,970,555
Privada	35.8	49.5	14.7	674,489
Total	32.5	50.4	17.2	23,655,132

Fuentes: Estimaciones propias sobre la base del INSS: 1974-1978 y 194-1997, base de datos de 1998

*Promedio gastos por cada EMP en esa categoría

El gasto en salud del INSS puede variar en el tiempo debido a los cambios en los tipos de servicios entregados a los beneficiarios, a los precios unitarios de dichos servicios o bien a ambos. Sería ideal poder determinar los efectos independientes que estos dos factores puedan tener sobre el gasto total. Eso

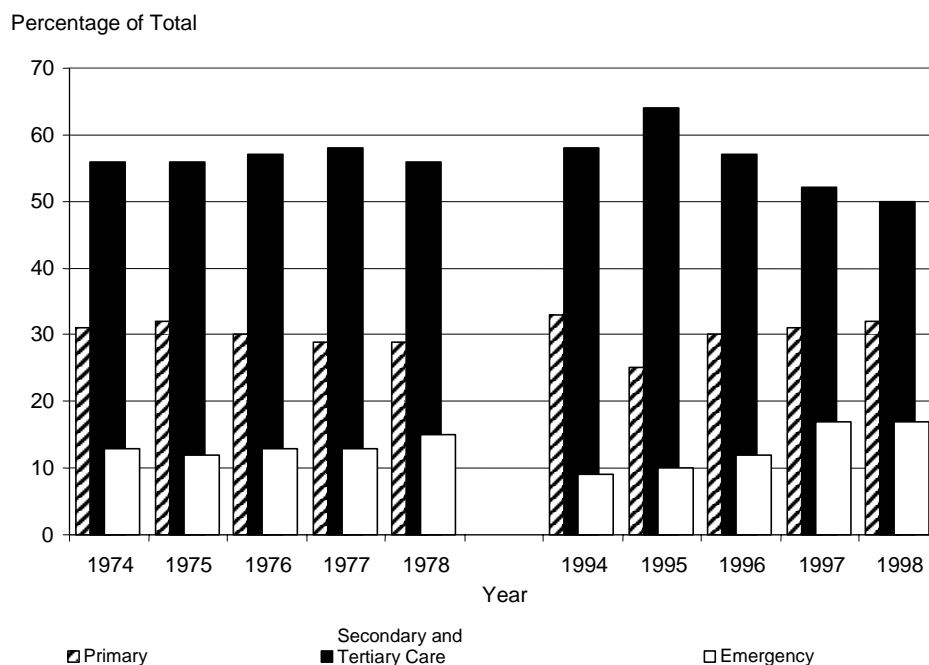
lamentablemente no es posible en este caso, dado que el INSS no guardó información acerca de los costos unitarios de la atención en los años setenta. Con el objeto de superar en parte las dificultades derivadas de esta falta de información, el estudio utilizó datos sobre costos unitarios de 1998 para calcular el gasto anual en salud del INSS antes y después de la reforma. Este ejercicio equivale a determinar cómo los cambios en la utilización en el tiempo afectarían el total de gastos en salud del INSS si dicha institución se enfrentara con un vector estable de costos unitarios en el tiempo. En particular, dado que el costo unitario del producto de la atención secundaria y terciaria es mayor que el costo unitario de la atención ambulatoria, los cambios relativos en la actividad de pacientes ambulatorios y hospitalizados se traducirían en cambios en el gasto total. De esa manera, con costos unitarios constantes para los servicios, un mayor énfasis en la atención primaria y secundaria podría generar una disminución en el gasto total.

El resultado de este ejercicio se presenta en el Cuadro 11. El "quantum" de costos (producto anual valorizado al costo unitario de 1998) tuvo un comportamiento volátil después de la reforma, aunque en promedio fue menor que el registrado en los años setenta. Entre 1994 y 1998 hubo una leve tendencia de aumento en el gasto en atención primaria y en atención de urgencia. El cambio más notable ocurrió en el gasto en atención secundaria y terciaria, el que disminuyó drásticamente entre 1995 y 1996, recuperándose sólo hasta la mitad de su nivel anterior en los años siguientes. Las tres categorías registraron un nivel menor de gasto en los años noventa que en los años setenta. El gasto total en atención primaria permaneció relativamente constante en ambos períodos, con aproximadamente un 30% (Figura 4). El gasto en atención secundaria y terciaria disminuyó, en tanto que el gasto en atención de urgencia aumentó.++

**CUADRO 11. QUANTUM POR MIEMBRO POR NIVEL DE ATENCIÓN EN EL INSS-EMP.
NICARAGUA, 1974-1978; 1994-1998 (US\$1998)**

ÍNDICE	ANTES DE LA REFORMA					DESPUÉS DE LA REFORMA				
	1974	1975	1976	1977	1978	1994	1995	1996	1997	1998
Quantum total por miembro	117	142	159	156	142	26	139	61	101	90
Quantum por miembro en atención primaria	36	45	47	45	41	9	35	26	31	29
Quantum por miembro en atención secundaria y terciaria	66	80	91	91	80	15	89	26	53	45
Quantum por miembro en atención de urgencia	16	17	21	20	21	2	14	10	17	15

Fuente: Estimaciones de los autores utilizando datos del INSS para 1974-1978 y 1994-1997, base de datos de 1998

FIGURA 4. PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN EL INSS Y EN LAS EMP. NICARAGUA 1974-78; 1994-98

Fuente: Estimaciones de los autores utilizando datos del INSS para 1974-1978 y 1994-1997, base de datos de 1998.

6.1.4 Satisfacción de los médicos con el sistema reformado

Casi un 60% de los médicos encuestados opinó que con las EMP, los beneficiarios del INSS recibían más atención preventiva y menos cirugía electiva (Cuadro 12). La satisfacción global de los médicos con el sistema reformado fue bastante alta (Cuadro 13). Casi dos tercios de los encuestados estaban ya sea satisfechos o muy satisfechos con el sistema en su conjunto. Las EMP públicas recibieron la calificación más baja: sólo el 50% de los médicos se mostró satisfecho. Por otra parte, las EMP nuevas recibieron la mejor calificación: todos los médicos declararon estar satisfechas con ellas. En todas las EMP, el factor peor evaluado por los médicos fue su remuneración. El factor mejor evaluado fue la capacitación: el 80% de los médicos manifestó estar satisfecho o más. En las EMP públicas, la infraestructura de salud y la remuneración recibieron calificaciones bajo el promedio.

CUADRO 12. CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS POR TIPO DE EMP. NICARAGUA, 1999 (% DE MÉDICOS SATISFECHOS O MUY SATISFECHOS)

	TIPO DE EMP								TOTAL
	GRANDE	PEQUEÑA	ANTIGUA	NUEVA	MANAGUA	OTRAS	PÚBLICA	PRIVADA	
Antigüedad en la especialidad (años)	5	6	5	5	5	5	5	5	5
Antigüedad en la profesión (años)	10	9	10	10	10	9	11	9	10
Antigüedad en la EMP (años)	2	2	2	1	2	1	2	2	2
Contratos a tiempo completo (%)	51	14	48	0	50	36	50	44	46
Contratos a tiempo parcial (%)	49	86	52	100	50	64	50	56	54
Más de un empleador (%)	67	86	68	100	72	64	90	64	70
Sienten que ganan más o mucho más que antes (%)	65	43	62	50	57	71	56	63	61

Sienten que han cambiado los mecanismos de remuneración (%)*	32	50	34	50	39	25	44	32	35
Sienten que ha cambiado el tipo de servicios de salud prestados (%)**	65	29	55	69	60	50	62	50	59

Fuente: Encuesta de médicos que trabajan en las EMP, 1999.

*Respecto a la actual modalidad de pago, de los 46 médicos encuestados, 45 tienen un salario fijo y uno tiene salario más incentivos.

**De los 26 médicos que sintieron que hubo un cambio, 11 respondieron que hay más atención preventiva, 20 que hay más exámenes de

CUADRO 13. SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS POR TIPO DE EMP. NICARAGUA, 1999
(% DE LOS MÉDICOS SATISFECHOS O MUY SATISFECHOS)

	TIPO DE EMP								TOTAL
	GRANDE	PEQUEÑA	ANTIGUA	NUEVA	MANAGUA	OTRAS	PÚBLICA	PRIVADA	
Satisfecho en general	64	57	61	100	56	79	50	67	63
Satisfecho con la remuneración	36	0	33	0	28	36	20	33	30
Satisfecho con la infraestructura	59	57	59	50	56	64	40	64	59
Satisfecho con la capacitación	79	86	80	100	84	71	80	81	80
Satisfecho con los recursos	54	29	50	50	53	43	50	50	50

Fuente: Encuesta de médicos que trabajan en las EMP. En escala de 1 a 5, se marcó 4 ó 5.

6.1.5 Satisfacción de los usuarios

En promedio, los pacientes esperaron cerca de media hora para ser atendidos. El tiempo de espera fue mayor para los pacientes de las EMP públicas que para los de las privadas y menor en el caso de las EMP pequeñas y las nuevas. La duración de la consulta en sí fue similar en todas las categorías de EMP. Con excepción de las EMP pequeñas, un médico atendió a casi todos los encuestados. La duración de la consulta médica fue similar en todas las categorías de EMP: 13 minutos en promedio.

Más del 70% de los usuarios encuestados en todas las categorías de EMP sintieron que la atención de salud proporcionada era buena en términos generales (Cuadro 14). No hubo diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes entre EMP públicas y privadas y entre las EMP de Managua y de otros lugares.

CUADRO 14. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES POR TIPO DE EMP. NICARAGUA, 1999 (%)

	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES			
	TOTAL	CON EL CENTRO	CON EL SERVICIO	CON LOS MEDICAMENTOS
TAMAÑO				
Grande				
Regular o mala	27.6	21.4	16.1	28.4
Buena o excelente	72.4	72.4	72.4	72.4
Pequeño				
Regular o mala	23.7	18	20.5	33.3
Buena o excelente	76.3	82	79.5	66.7
PROPIEDAD				
Privada	26.9	20.8	18.4	27.4
Regular o mala	73.1	79.2	81.6	72.6

Buena o excelente				
Pública				
Regular o mala	28.2	21.4	10.5	34.8
Buena o excelente	71.8	78.6	89.5	65.2
AÑOS DE FUNCIONAMIENTO				
Antigua				
Regular o mala	27.3	21.2	16.5	28.6
Buena o excelente	72.7	78.8	83.5	71.4
Nueva				
Regular o mala	22.2	11.1	22.2	44.4
Buena o excelente	77.8	88.9	77.8	55.6
UBICACIÓN				
Managua				
Regular o mala	27.4	20.9	17.1	30.1
Buena o excelente	72.6	79.1	82.9	69.9
Otras				
Regular o mala	26.6	21.1	15.8	26.6
Buena o excelente	73.4	78.9	84.2	73.4
TOTAL				
Regular o mala	27.2	21.1	10.4	44.4
Buena o excelente	72.8	78.9	89.6	55.6

Fuente: Encuesta de los pacientes de las EMP, 1999

Con respecto a los factores de satisfacción específicos, las nuevas EMP recibieron las más altas calificaciones en relación con la instalación (comodidad, higiene y calidad de los equipos médicos). De igual manera, las pequeñas EMP, las privadas y aquellas en Managua fueron mejor calificadas en lo que respecta a sus instalaciones que sus contrapartes. Los pacientes manifestaron que las EMP públicas prestaban la mejor atención (admisión, atención de parte de los médicos, atención de las enfermeras, servicios de otros profesionales), aunque esas instalaciones tuvieron una baja calificación en cuanto a la disponibilidad y calidad de los medicamentos. Además, las grandes EMP, las antiguas y aquellas fuera de Managua fueron mejor calificadas que sus contrapartes en este factor.

En resumen, el tiempo de espera de los pacientes, la duración de la atención y las calificaciones del personal médico sugieren que la atención fue de calidad bastante buena, una opinión que es compartida por los usuarios encuestados.

6.2 CONDICIONES DE TRABAJO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉDICOS DE LAS EMP

En esta sección se analizan las tendencias en el ingreso de los médicos de las EMP en el período después de la reforma y se investiga si hay diferencias sistemáticas en las condiciones de trabajo de los médicos según el tamaño, años en funcionamiento, ubicación y régimen de propiedad de las EMP. Tal como se explicó en la sección 4, se podría esperar que la instauración del pago per cápita indujera términos y condiciones de trabajo más flexibles y basadas en incentivos, aumentado en particular la parte del ingreso de los médicos basada en el desempeño. Asimismo, es posible que el pago per cápita induzca a las EMP a negociar tratos exclusivos con los médicos, de manera que sus fuentes de ingreso y el número de empleadores debería disminuir. Por lo tanto, el horario laboral predominante debería ser a tiempo completo. Es más probable que los médicos con mayor experiencia no participen en el sistema, dado que

ya tienen más pacientes privados. Las percepciones de los médicos dependerían de cómo la reforma ha modificado sus ingresos y alternativas de ejercer la medicina. En EE.UU., la experiencia ha sido una disminución de las remuneraciones promedio reales de los médicos después de la instauración del pago per cápita y la atención controlada (Martin, 1998).

Ingresos. El ingreso real de los médicos aumentó significativamente después de la puesta en práctica de la reforma, aunque se registraron grandes diferencias en el ingreso promedio entre las diversas categorías de EMP (Cuadro 15). En las grandes EMP, el pago anual promedio a los médicos aumentó en casi cinco veces en términos reales entre 1994 y 1999. En contraste, las pequeñas EMP disminuyeron el pago a los médicos entre 1995 y 1997, de manera que estos últimos recién en 1999 pudieron recuperar los niveles de ingreso que tenían en 1994. En 1999, el ingreso de los médicos de las pequeñas EMP era tan sólo el 50% de aquellos empleados en las grandes EMP, mientras que los médicos empleados en las EMP antiguas percibían el doble del ingreso que aquellos empleados en las nuevas. El ingreso de los médicos que trabajaban en las EMP ubicadas en Managua fue en promedio dos tercios más alto que el de los médicos empleados fuera de la capital. Las EMP públicas pagaban algo más que las privadas. El pago a los médicos en las EMP públicas aumentó en casi seis veces entre 1994 y 1999 y en 1999 sobrepasaba las EMP privadas en un 16%. Este aumento observado en la remuneración promedio de los médicos en Nicaragua se puede explicar por el crecimiento general de los recursos administrados por el INSS después de la reforma.

CUADRO 15. REMUNERACIÓN ANUAL PROMEDIO DE LOS MÉDICOS POR TIPO DE EMP. NICARAGUA, 1994-1998 (US\$ 1999)

	INGRESO ANUAL DE LOS MÉDICOS (US\$ 1999)					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Grande	825	1,276	1,687	1,890	2,539	3,792
Pequeña	1,031	923	913	893	1,498	1,982
Antigua	896	1,277	1,640	1,818	2,461	3,615
Nueva	0	0	0	0	605	1,350
Managua	974	1,410	1,844	1,976	2,719	3,997
Otras	596	790	938	1,196	1,609	2,418
Pública	688	1,616	1,971	1,845	2,933	3,940
Privada	905	1,112	1,457	1,710	2,227	3,399

Fuente: Encuesta de los médicos que trabajan en las EMP, 1999

Fuentes de ingreso. Entre 1994 y 1996, casi el 30% del ingreso total de un médico empleado por una EMP provenía de fuentes externas a la EMP (Cuadro 16). En 1998, este porcentaje aumentó a casi el 40%.

CUADRO 16. FUENTES DEL INGRESO TOTAL DE LOS MÉDICOS. NICARAGUA, 1994-1998 (US\$ 1999)

Año	EMP		OTROS		TOTAL	
	US\$	%	US\$	%	US\$	%
1994	856	66	451	34	1,307	100

1995	1,222	71	489	29	1,711	100
1996	1,569	71	632	29	2,201	100
1997	1,738	67	862	33	2,600	100
1998	2,381	63	1,374	37	3,755	100
1999	3,517	69	1,596	31	5,113	100

Fuente: Encuesta de los médicos que trabajan en las EMP, 1999

Experiencia. Los médicos de las EMP tenían en promedio 10 años de experiencia en la profesión y cinco años en su especialidad. Las EMP públicas se destacaron por tener médicos ligeramente más experimentados que el promedio.

Horario laboral. La mayoría de los médicos de las EMP tiene un contrato de tiempo parcial con la EMP. En las EMP más nuevas, los médicos tienen un contrato por un horario laboral más reducido que en las EMP de mayor antigüedad, diferencia que también se produce entre las EMP pequeñas y las grandes. Finalmente, cabe señalar que en las EMP públicas, el 90% de los médicos tiene más de un empleador, aunque la mitad de ellos tiene un contrato a tiempo completo con el MINSA.

Percepciones de los médicos acerca del sistema. Más del 60% de los encuestados sintió que su ingreso total había aumentado con la creación de las EMP. Es interesante señalar que el porcentaje de médicos que reconoció este aumento fue mucho mayor fuera de Managua que en Managua, si bien el porcentaje de aumento en el ingreso había sido igual en la capital. A pesar de que todos, excepto uno, recibían un salario fijo, aproximadamente uno de cada tres médicos estimó que los mecanismos de remuneración habían cambiado. La persistencia de los salarios fijos en lugar de gratificaciones u otros pagos que corren cierto riesgo implica que los incentivos del pago per cápita no se transfieren directamente a las personas que tienen la mayor influencia en el gasto y las decisiones clínicas.

6.3 EFECTO DE LA REFORMA EN LA ESTRUCTURA DEL MERCADO

¿Cómo ha repercutido la instauración del pago per cápita sobre la estructura del mercado de atención de salud⁴? En esta sección se analiza la revolución del mercado de las EMP en términos de crecimiento del total de los inscritos, el número de las EMP en funcionamiento, el tamaño promedio de las EMP y la concentración del mercado. Cabe recordar, sin embargo, que posiblemente los cambios en la estructura del mercado observados en Nicaragua se deban más a la apertura del sistema de atención de salud al sector privado y a la competencia que a la puesta en práctica de los contratos per cápita. Es posible que estos contratos tengan una repercusión más directa en la distribución del riesgo entre las EMP. Dado que el pago per cápita ofrece incentivos para que el proveedor seleccione asegurados de bajo riesgo, en este estudio se pretende determinar si existen o no diferencias en la mancomunación de riesgos entre las diferentes categorías de EMP. De esta manera, se analiza el perfil del asegurado en términos de tamaño del grupo familiar, edad y género de los beneficiarios y tiempo de afiliación. Cualquier diferencia en estos factores entre los grupos de EMP demostraría cierto tipo de segmentación del mercado sobre la base del

⁴ En economía, los mercados se clasifican de acuerdo con variables estructurales que, según se piensa, determinan el grado y las características de la competencia. Las variables que más se han investigado son el número de compradores y vendedores, el grado de sustituibilidad del producto, los costos, facilidad de entrada y salida, así como el grado de interdependencia mutua [Baumol, 1982; Colton, 1993]. En el marco tradicional, estas variables estructurales determinan la siguiente taxonomía de estructuras de mercado (Fischer, 1997):

- (1) Competencia perfecta - muchos vendedores de un producto estandarizado,
- (2) Competencia monopolística - muchos vendedores de un producto diferenciado,
- (3) Oligopolio - pocos vendedores de un producto estandarizado o diferenciado o
- (4) Monopolio - un solo vendedor de un producto para el que no existe un sustituto exacto.

riesgo. Esta hipótesis supone que ciertos tipos de EMP practican una selección selectiva de manera más "eficaz" que otras, y que esta "eficacia" puede estar relacionada con la ubicación, régimen de propiedad y años de funcionamiento.

6.3.1 Caracterización del mercado

Al igual que en otros mercados (Bitrán y Almarza, 1997; Espinosa, 1998), es dable esperar que durante la fase inicial de la reforma en Nicaragua se produjera una gran proliferación de EMP, de las cuales sólo las más eficientes serían capaces de seguir operando en el largo plazo

En la actualidad hay 37 EMP en el mercado, de las cuales sólo dos son públicas. El número de EMP privadas ha aumentado a más del doble desde 1994, mientras que las dos EMP públicas han existido desde el comienzo de la reforma. De las 37 EMP que funcionaban en el mercado en 1999, sólo 13 están ubicadas en Managua, aunque el número total de EMP ha aumentado más lentamente en Managua que en otros lugares del país.

Entre 1994 y 1998, el crecimiento anual promedio de afiliación en las EMP, incluidos los afiliados y sus cargas, fue del 36%. En 1998, el total de beneficiarios de las EMP representaba el 6% de la población total del país. Ese mismo año, el tamaño de las EMP fluctuaba entre 30 afiliados en el caso de la más pequeña hasta 19,000 en el caso de la más grande, con un número promedio de asegurados de 4,100 y una mediana de 1,500 (ver el Cuadro 17).

CUADRO 17. PROMEDIO DE ASEGURADOS POR TIPO DE EMP. NICARAGUA, 1998.

	PROMEDIO	MÍNIMO	MÁXIMO	N° DE OBSERVACIONES
Pequeña	924	30	2,626	20
Grande	7,210	1,843	19,019	21
Privada	3,835	30	19,019	39
Pública	10,168	9,351	10,984	2
Managua	7,188	79	18,474	15
Otros	2,388	30	19,019	26
Antigua	6,330	354	19,019	23
Nueva	1,351	30	6,890	18
Total	4,144	30	19,019	41

Fuentes: INSS: Anuarios Estadísticos 1974 -1978 y 1994-1997. Base de datos de 1998

Nota: Se excluyeron dos EMP de la muestra, dado que no seguían en el mercado en 1998.

Uno de los métodos utilizados para evaluar la concentración del mercado es el índice de Herfindhal⁵, el que suma el cuadrado de la participación de mercado de cada empresa del mercado relevante. Mientras más se acerca el valor del índice a 100, mayor es el grado de concentración del mercado. La Comisión Federal de Comercio de EE.UU. considera que un índice mayor de 0.20 merece una investigación

⁵ Para un análisis de este índice, ver Tirole, J., 1988:221-223.

antimonopolio. En el caso del mercado de las EMP, el índice Herfindhal mide el grado de concentración del mercado en función de la participación de cada EMP en el número total de contribuyentes. Como se puede observar en el Cuadro 18, la concentración del mercado ha disminuido rápidamente en los últimos años en Managua, alcanzando un valor de apenas 0.07. En este estudio no fue posible calcular el índice para otras ciudades, debido a que no se contaban con datos desagregados ni con una definición clara del mercado.

CUADRO 18. NÚMERO DE EMP E ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN DEL MERCADO. NICARAGUA 1994-1998

AÑO	NÚMERO DE EMP POR RÉGIMEN DE PROPIEDAD		NÚMERO DE EMP POR UBICACIÓN		ÍNDICE DE HERFINDHAL*
	PRIVADA	PÚBLICA	MANAGUA	OTROS	MANAGUA
1994	11	2	6	7	0.236
1995	21	2	10	13	0.138
1996	26	2	12	16	0.093
1997	29	2	13	18	0.077
1998	35	2	13	24	0.067

Fuentes: INSS 1974 -1978 y 1994-1997, base de datos de 1998

* Sólo se considera la población asegurada; no se calculó un índice para todos los afiliados por falta de información disponible.

6.3.2 Segmentación del mercado

Al parecer, no existen diferencias considerables en las características de los miembros entre los diferentes tipos de EMP (Cuadro 19). Las únicas diferencias notables están en el porcentaje de pacientes mujeres. Cabe mencionar que las pequeñas EMP tienen proporcionalmente menos pacientes mujeres que las EMP más grandes, lo que sugiere que dichos aseguradores tal vez discriminen en contra de las mujeres. Esto también sucede en otros países. En Chile, por ejemplo, el asegurador público concentra una mayor proporción de afiliadas mujeres que los planes de salud privados.

En todo caso, aparentemente hay pocos incentivos para que las EMP hagan una selección de riesgos en contra de las mujeres, la que puede estar limitada en gran medida por la escasa cobertura de salud que la ley otorga a las cargas de sexo femenino.

CUADRO 19. PERFIL DE LOS MIEMBROS POR TIPO DE EMP. NICARAGUA, 1999

TIPO DE EMP	EDAD PROMEDIO DE LOS PACIENTES	EDAD PROMEDIO DE LOS PACIENTES ASEGURADOS	EDAD PROMEDIO DE LAS CARGAS (CÓNYUGES E HIJOS)	TIEMPO DE PERMANENCIA EN EMPLEO ACTUAL (MESES)	% PACIENTES MUJERES
Grande	28.9	33.3	16.6	26.4	57.3
Pequeña	27.2	30.3	14.7	16.2	42.5
Antigua	28.6	32.8	16.3	25.3	55.5
Nueva	31.2	34.6	19.5	21.3	55.6
Managua	29.1	32.6	18.2	26.6	56.3
Otros	27.8	33.6	12.7	21.7	53.7
Pública	27.9	32.1	12.5	27.4	55.1
Privada	28.9	33.1	17.3	24.5	56.9
Total	28.7	32.9	16.4	25.1	55.5

Fuente: Encuesta de pacientes de las EMP, 1999

Nota: Los datos de este cuadro no son representativos del universo de asegurados y afiliados

7. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio ha sido determinar si los efectos del pago per cápita que eran dables esperar se observaron o no en el contexto nicaragüense. Según las teorías económicas y los estudios empíricos realizados en Estados Unidos, el pago per cápita fomenta una mayor eficiencia técnica y de asignación en la prestación de servicios. Esto se debería traducir, entre otros efectos, en el crecimiento y una mayor utilización relativa de la atención ambulatoria, una disminución de las tasas de hospitalización y de las estancias promedio, así como, en general, en menores costos unitarios y gastos. Por otra parte, es posible que el pago per cápita también afecte adversamente la calidad de la atención de salud y el acceso a ella, además de fomentar la selección de riesgos.

Las conclusiones que se desprenden del análisis precedente son limitadas, dado que el estudio no pudo aislar los efectos y realizar pruebas para mostrar relaciones estadísticamente significativas. Sin embargo, algunas variables tuvieron el comportamiento esperado, en especial las siguientes:

- ▼ La tasa de utilización de consultas de medicina general aumentó, en tanto que la tasa de utilización de consultas de especialidad permaneció casi invariable;
- ▼ Según las opiniones de los médicos encuestados, las EMP adoptaron una mezcla de servicios que priorizan la prevención y la atención primaria con respecto a los niveles de atención superiores;
- ▼ Las EMP en general muestran una mayor capacidad resolutive que el MINSA;
- ▼ Las EMP tienen estancias promedio menores que el MINSA;
- ▼ Las EMP se caracterizan por una mayor tasa de utilización de la atención ambulatoria que el MINSA.

Al comparar los resultados después de la reforma con los resultados del INSS antes del régimen sandinista, se evidencia una mayor eficiencia y control de los costos. Sin embargo, dado que estos resultados están influidos por cambios en la cobertura del seguro, tecnológicos y en la situación epidemiológica del país, no es posible atribuirlos sólo al cambio en el mecanismo de pago a los proveedores.

En conclusión, la mayoría de las variables estudiadas muestra que se han producido cambios en la cantidad, el costo y los tipos de servicios de salud entregados como resultado de la puesta en práctica de un sistema de pago per cápita. Sin embargo, es posible que las tendencias observadas en parte también sean una consecuencia de otros fenómenos que son imposibles de aislar con los datos disponibles.

Por otra parte, el estudio no encontró evidencias de cambios en las condiciones de trabajo de los médicos ni en la base de sus remuneraciones, excepto en sus ingresos. La vasta mayoría de los médicos percibe un salario fijo. Apparently, las EMP usan controles de utilización más que incentivos financieros para fomentar un comportamiento consciente en materia de costos entre sus médicos. Entre 1994 y 1999, el ingreso de los médicos aumentó considerablemente, aunque con grandes diferencias en el ingreso promedio entre las categorías de EMP. Es posible que los aumentos en el pago de los médicos se deban a la mayor cantidad de recursos movilizadas por el INSS después de la reforma.

El mercado de proveedores de salud privados (EMP) se ha ido consolidando cada vez más desde que se implementó la reforma. El número de EMP aumentó considerablemente desde la instauración del sistema y el mercado ha mostrado la tendencia a desconcentrarse. Además, las EMP están distribuidas de manera uniforme entre la capital y otras partes del país y en años recientes el número de EMP creció más rápidamente en las áreas no metropolitanas.

Un segundo objetivo de este estudio era el de evaluar la reforma desde la perspectiva de las políticas públicas. Muchos países latinoamericanos han demostrado interés en adoptar el modelo implementado en Nicaragua, esto es, subcontratar los servicios de atención de salud con terceros en lugar de prestarlos internamente. Por consiguiente, en este estudio se pretende establecer la conveniencia de aplicar este modelo en otros países en la medida en que lo permita la información disponible.

En Nicaragua, la reforma generó un elevado nivel de satisfacción entre los médicos y los pacientes en un entorno de reducción de costos. Sin embargo, es posible que estos resultados sean específicos para el contexto nicaragüense. Cabe recordar que tanto los médicos como los pacientes están comparando su situación actual con la observada durante el régimen sandinista, la se caracterizaba por la ausencia de un sector privado, médicos empobrecidos y la falta de elección para los pacientes. Esto marca una diferencia con los Estados Unidos, donde el pago per cápita se instauró en un entorno de reembolsos por atención prestada y un seguro de indemnización. Al parecer, los tipos de servicios entregados han hecho que el gasto en salud del INSS sea más eficiente, con mayor énfasis en la atención ambulatoria y preventiva. Finalmente, en la medida que las condiciones económicas lo han permitido, el INSS ha aumentado la cobertura en términos de su paquete de prestaciones y del número de sus afiliados. Además, las EMP ofrecen espontáneamente otros beneficios como una forma de atraer un mayor número de afiliados.

A pesar de los resultados positivos, es posible que el modelo también esté generando efectos negativos que se deben tomar en consideración al diseñar el marco regulador.

- ▼ La calidad técnica puede haberse deteriorado. Por ejemplo, la estancia promedio observada parece ser muy corta, mientras que la tasa de atención de urgencia experimentó un crecimiento explosivo. Es posible que el incentivo que ofrece el pago per cápita induzca a los proveedores a ahorrar prestando una atención de menor calidad, de modo que en este estudio se recomienda investigar más y supervisar la calidad de manera más estricta;
- ▼ La competencia entre los proveedores tal vez se base en la selección de riesgos en lugar de hacerlo en el costo y la calidad. En Nicaragua, sin embargo, este estudio no encontró evidencia de este fenómeno.

Finalmente, la experiencia de Nicaragua sugiere que el comportamiento de los proveedores públicos es menos eficiente que el de sus contrapartes privadas. Sin embargo, para confirmar esta hipótesis se requiere un estudio más sofisticado que controle por la mezcla de casos y otras variables, como las restricciones administrativas que posiblemente estén influyendo en los resultados.

En definitiva, el modelo parece tener más ventajas que desventajas. Es posible que sus problemas disminuyan en un marco normativo eficaz.

ANEXO: BIBLIOGRAFÍA

- Baumol, William J. 1982. "Contestable Markets: An Uprising in the Theory of Industry Structure". *American Economic Review* (marzo): 1-15.
- Bitrán, Ricardo, y Almarza, Francisco Javier. 1997. "Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile". LC/L.1038. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Serie Financiamiento del Desarrollo.
- Colton, Roger D. 1993. "Consumer Information and Workable Competition in Telecommunications". *Journal of Economic Issues* 27(3) (septiembre): 775-792.
- Comité Técnico de Cuentas Nacionales en Salud. 1997. *Estudio de Fuentes de Financiamiento y Gastos en Salud 1995-1996*: Informe Final, Managua.
- Enthoven, A. 1997. "The market-based reform of America's health care financing and delivery system: managed care and managed competition". Borrador de la presentación ante la conferencia sobre Innovaciones en el Financiamiento de la Atención de Salud auspiciada por el Banco Mundial.
- Espinosa, C. March 1999. "Enhancing the political feasibility of health sector reform: The case of Chile". Informe no publicado para Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
- Espinosa, C. 1999. "Descentralización financiera: marco conceptual e instrumentos". Informe final para proyecto CIEPLAN-BID.
- Fischer, Charles C. 1997. "What Can Economics Learn From Marketing's Market Structure Analysis"? <http://www.westga.edu/~bquest/1997/ecnmkt.html>
- Folland, Sherman, Allen Goodman y Miron Stano. 1997. *The Economics of Health and Health Care*. Nueva York: Macmillan, Segunda Edición.
- Gabel, J. 1997. "Ten ways HMOs have changed during the 1990s". *Health Affairs*, mayo/junio.
- Grimaldi, P. 1998. "Risk adjustment for health status". *Nursing Management* 29(3), pp. 18,20-21.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, Gerencia General de Salud Previsional, Oficina de Investigación y Desarrollo. 1997. "El nuevo modelo de salud previsional: surgimiento, evolución y tendencias". Managua.
- INSS, Oficina de Planificación, Unidad Actuarial y de Estadística. 1994-1997. *Anuario Estadístico 1994-1997*. Managua.
- INSS, Departamento de Estadística. 1974-78. *Anuario Estadístico del INSS, 1974-1978*. Managua.
- Martin, E. 1998. "Physician pay remains stagnant: Despite some gains, inflation and workforce issues are eroding income". American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, ACP Observer, noviembre de 98.

- McGuire, A., Henderson, J., y Mooney, G. 1988. *The Economics of Health Care*. Londres: Routledge.
- Miller, Robert H., y Luft, Harold S. 1994. "Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis". *Journal of the American Medical Association* 271: 1512-9.
- Miller, Robert H., y Luft, Harold S. 1997. "Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?" *Health Affairs*, septiembre/octubre de 1997: 7-25.
- Minyard, K., y Oviat, B. 1996. "A study of physicians, hospitals, and payers in the Atlanta health care market". *The Journal of the Medical Association of Georgia* 85 (abril).
- Newhouse, J. 1996. "Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production vs. selection". *Journal of Economic Literature* XXXIV (septiembre de 1996): 1236-1263.
- Newhouse, Joseph P. 1998. "Risk Adjustment: Where Are We Now"? *Inquiry* 35: 122 131.
- Price Waterhouse Coopers. 1998. *Estimación del Per Cápita Año 1998*. Fondo Monetario Internacional y Banco Central de Nicaragua.
- Phelps, C. 1992. *Health Economics*. Nueva York: HarperCollins Publishers.
- Rice, T 1997. "Physician payment policies: impacts and implications". *Annual Review of Public Health* 18: 549-65.
- Robinson, J. 1993. "Payment mechanisms, non-price incentives, and organizational innovation in health care". *Inquiry* 30 (otoño boreal de 1993): 328-333.
- Robinson, J., y Cassalino, L. 1996. "Vertical integration and organizational networks in health care". *Health Affairs*. 15(1): 7-22
- Smith, P., y otros 1997. "Principal-agent problems in health care systems: an international perspective". *Health Policy* 41: 37-60.
- The Governance Committee 1994. *The Grand Alliance II: Capitation Strategy*. Washington, DC: TheAdvisory Board Company.
- The Governance Committee. 1995. *The Grand Alliance: Physician Compensation Strategy*. Washington DC: The Advisory Board Company.
- Tirole, J. 1988. *The Theory of Industrial Organization*. Cambridge: The MIT Press.
- Williamson, O. 1996. *The Mechanisms of Governance*. Oxford University Press, Nueva York.
- Wouters, Annemarie 2000. Comentarios no publicados al borrador de este informe.