

# Algunas reflexiones sobre los protocolos propuestos en el decreto 131 de la Emergencia Social

*Este artículo se dedica a estudiar un punto polémico propuesto en los decretos de Emergencia Social: el uso de protocolos definidos a nivel central.*

Por:

**David Bardey**

Director de Estudios Económicos

FASECOLDA

El decreto 131 – artículo 23 estipula que las decisiones médicas y los tratamientos de los prestadores de salud deberán seguir algunos *estándares de atención en salud* (para no decir protocolos o guías) que tienen una connotación menos aceptada. Esta sección se dedica a analizar económicamente las implicaciones de estos

protocolos. En primer lugar, se debe resaltar que los protocolos médicos constituyen de por sí una restricción a la libertad de los prestadores de salud en el ejercicio de su actividad. Si este diagnóstico no se puede discutir, varios argumentos económicos lo pueden justificar o criticar.

El primer argumento es que los médicos, por los diagnósticos y su experticia, se benefician de una ventaja informacional o asimetría de información que les genera un poder de mercado. La literatura internacional habla de demanda inducida (Rice, 1993), es decir que los prestadores de salud pueden escoger una cantidad o calidad de tratamientos que pueden ser diferentes a lo que escogerían los pacientes usando la misma información y experticia. En términos de teoría de contratos, esto significa que los médicos no son agentes perfectos de sus pacientes y que pueden tomar decisiones para maximizar su propio objetivo y no necesariamente el de sus pacientes.<sup>1</sup> Desde el punto de vista de la organización industrial, se menciona que los médicos operan en una estructura de mercado de competencia monopolística (Pauly, 1981). El componente de competencia se explica por la libre elección de los pacientes en el momento de escoger su médico, mientras que el componente de monopolio proviene de los costos de cambios (ver Klemperer, 1988) y de las dificultades por parte de los pacientes de evaluar la calidad de la prestación de los médicos.<sup>2</sup>

Las características mencionadas anteriormente, implican que los médicos tienen un poder discrecional en el momento de la escogencia de tratamientos, lo que puede conducir a una variabilidad importante. El concepto de *“small area variation in health care”* introducido por Phelps y Mooney (1993), se refiere a la variabilidad sistemática en la probabilidad de usar procedimientos. Phelps y Parente (1990) resaltan el conjunto de ineficiencias que pueden surgir por parte de estas variaciones en las prácticas médicas. Más precisamente, estos autores explican que la variabilidad implica una mala asignación de los recursos que puede generar costos directos e indirectos. Recientemente, en Vecino, Bardey y Castaño (2009), a pesar de considerar una base de datos de una sola EPS, se revela que esta variabilidad puede ser importante.

A la luz de estas consideraciones, los protocolos impuestos por los decretos se deben entender como un intento de reducción de la variabilidad en las prácticas médicas y por lo tanto, de las ineficiencias asociadas. La contraparte, es obviamente, que se reduce la libertad de los médicos. Esta reducción de la libertad de los prestadores de salud significa entonces una homogeneización de los tratamientos proveídos. Obviamente para los prestadores que proveen tratamientos de alta calidad a sus pacientes, esta homogeneización genera inconvenientes, restricciones y quizás frustraciones. Sin embargo, se debe tener en cuenta que puede existir una gran heterogeneidad a nivel de los prestadores de salud, no solamente en aspectos de diferenciación horizontal por





» Los protocolos impuestos por los decretos se deben entender como un intento de reducción de la variabilidad en las prácticas médicas y por lo tanto, de las ineficiencias asociadas.

los efectos de escuela (Phelps y Mooney, 1993), pero también en términos de diferenciación vertical i.e. calidad. Esta homogenización de los tratamientos a través de los protocolos, si éstos están establecidos según criterios científicos reconocidos, puede sin ninguna duda afectar la élite de los prestadores de salud, pero puede llevar a un gran número de pacientes a recibir mejores tratamientos.

El segundo aspecto a nivel de los protocolos concierne al nivel de decisión de los mismos. De hecho, no es nada nuevo que las EPS en Colombia o las aseguradoras de salud en otros países sometían a sus prestadores de salud a algunos “*guidelines*” que permiten racionalizar y homogeneizar los procedimientos utilizados. La situación actual se vuelve entonces insólita por la

razón siguiente: ¿Por qué el Estado desea imponer unos mismos protocolos a todos los prestadores de servicios en salud, siendo que debe ser un elemento clave de la competencia entre las EPS? En el espíritu de la Ley 100, las EPS reciben un pago por capitación (UPC) por afiliados y compiten en calidad, buscando atraer un máximo de afiliados. Por lo tanto, la implementación de protocolos a nivel central se puede interpretar como una manera de quitar una variable clave de competencia entre las EPS. En efecto, los protocolos escogidos por las EPS componen la calidad ofrecida por estas instituciones. Si las EPS no pueden diferenciarse a nivel de los protocolos, la competencia entre ellas se reduce drásticamente, de tal forma que se convierten en pequeños FOSYGA sin capacidad de racionalizar la oferta de tratamientos de los prestadores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- La literatura habla igualmente de comportamientos de riesgo moral de los médicos aunque técnicamente, como se resalta en Choné y Ma (2009) y Bardey y Lesur (2006), se deben tratar como problemas de selección adversa.
- 2- Los tratamientos de salud son a veces considerados como bienes de experiencia.