

Influencia de las aseguradoras de salud en la práctica médica y en la experiencia del paciente

André Pagotto¹, Francisca Rêgo¹, Guilhermina Rego¹, Rui Nunes¹

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Resumen

El estudio analiza la influencia de las aseguradoras de salud en la práctica médica y en la experiencia del paciente en Brasil, Estados Unidos y Europa. Se discuten modelos de remuneración, autonomía clínica, acceso a la atención, satisfacción de los usuarios y costo-efectividad. Los resultados indican que diferentes arreglos contractuales y regulatorios moldean la relación médico-paciente y la equidad en el acceso a los servicios. La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud debe conciliarse con los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El análisis evidencia la necesidad de prácticas médicas y políticas de gestión que aseguren calidad, transparencia y centralidad en el paciente.

Palabras clave: Bioética. Satisfacción del paciente. Sistemas de salud. Judicialización de la salud. Gestión en salud.

Resumo

Influência das operadoras de saúde na prática médica e na experiência do paciente

O estudo analisa a influência das operadoras de planos de saúde na prática médica e na experiência do paciente no Brasil, nos Estados Unidos e na Europa. São discutidos modelos de remuneração, autonomia clínica, acesso a cuidado, satisfação dos usuários e custo-efetividade. Os resultados indicam que diferentes arranjos contratuais e regulatórios moldam a relação médico-paciente e a equidade no acesso a serviços. A sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde deve ser conciliada com os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A análise evidencia a necessidade de práticas médicas e políticas de gestão que assegurem qualidade, transparência e centralidade no paciente.

Palavras-chave: Bioética. Satisfação do paciente. Sistemas de saúde. Judicialização da saúde. Gestão em saúde.

Abstract

Influence of health insurance providers on medical practice and patient experience

This study analyzes the influence of health insurance providers on medical practice and patient experience in Brazil, the United States, and Europe. It discusses reimbursement models, clinical autonomy, access to care, user satisfaction, and cost-effectiveness. The results indicate that different contractual and regulatory arrangements shape the physician-patient relationship and equity in access to services. The financial sustainability of healthcare systems must be reconciled with the bioethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. The analysis highlights the need for medical practices and management policies that ensure quality, transparency, and patient-centered care.

Keywords: Bioethics. Patient satisfaction. Health systems. Health judicialization. Health management.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La expansión de las aseguradoras de salud ha provocado transformaciones significativas en la organización y en la práctica de la medicina contemporánea. Estos agentes intermediarios desempeñan un papel cada vez más importante en la regulación de la relación entre médicos, pacientes y sistemas de financiación, influyendo en las decisiones clínicas y en el propio concepto de cuidado. En Brasil, la coexistencia del Sistema Único de Salud (SUS) y del sector suplementario pone de relieve una tensión entre el derecho universal a la salud y los mecanismos de mercado que condicionan el acceso y la autonomía profesional¹.

En Estados Unidos y en Europa se observa un escenario igualmente complejo, con modelos de financiación que varían entre el predominio de los seguros privados y los sistemas públicos universales. Estudios demuestran que los distintos arreglos de remuneración, como el *fee-for-service* (FFS), el pago capitado y los modelos basados en desempeño, o *pay-for-performance* (P4P), ejercen fuerte influencia en el comportamiento médico y en el uso de los recursos en la salud^{2,3}. Estos mecanismos pueden tanto fomentar prácticas eficientes como generar distorsiones éticas, como el uso excesivo o insuficiente de los procedimientos.

A pesar de la relevancia del tema, todavía existen pocos estudios comparativos que analicen de forma integrada los efectos bioéticos y clínicos del papel de las aseguradoras de salud en diferentes sistemas. La mayoría de las investigaciones se centra en aspectos económicos y administrativos, descuidando dimensiones como la autonomía médica, la equidad y la satisfacción del paciente⁴.

Esta laguna justifica la presente investigación, cuyo objetivo general es analizar la influencia de las aseguradoras de salud en la práctica médica y en la experiencia del paciente, considerando perspectivas comparativas entre Brasil, Estados Unidos y Europa. En concreto, se pretende analizar cómo los diferentes modelos de remuneración, gobernanza y regulación afectan a la autonomía clínica, el acceso, la calidad del cuidado y los principios bioéticos que guían la medicina contemporánea.

Método

Este estudio se caracteriza por ser una revisión sistemática de la literatura, realizada de acuerdo

con las recomendaciones de la lista de verificación Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). La elaboración de esta revisión comenzó con la definición del problema de investigación y los objetivos analíticos, guiados por la necesidad de comprender cómo los diferentes modelos de financiación, regulación y organización de los sistemas de salud afectan las decisiones clínicas, la autonomía profesional, el acceso a los cuidados, la calidad asistencial y la percepción del usuario.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos científicas reconocidas internacionalmente, como PubMed, Scopus y Web of Science, complementada con literatura gris y documentos institucionales de organismos reguladores y entidades internacionales, como la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), el National Health Service (NHS) y el Centers for Medicare & Medicaid Services. Se utilizaron descriptores controlados y palabras clave combinadas por operadores booleanos, que incluyeron términos como “*health insurance*”, “*managed care*”, “*physician behavior*”, “*medical autonomy*”, “*patient experience*”, “*health systems*”, “*payment models*”, “*fee-for-service*”, “*capitation*”, “*pay-for-performance*” y “*health economics*”, y las estrategias de búsqueda se adaptaron a las particularidades de cada base de datos⁵.

Se incluyeron estudios publicados entre el 2005 y el 2025, en portugués, inglés y español, que abordaban la influencia de las aseguradoras de salud en la práctica médica, la conducta profesional, el acceso a los servicios, la experiencia del paciente o la evaluación económica en la salud. Entre los estudios elegibles se incluyeron los empíricos, las revisiones sistemáticas y los análisis comparativos que aportaran una contribución relevante a los objetivos propuestos. Se excluyeron los estudios sin revisión por pares, los estudios con un enfoque exclusivamente clínico sin interfaz con la organización de los sistemas de salud, las publicaciones sin datos o análisis relevantes y los registros duplicados identificados entre las bases de datos⁶.

El proceso de selección de los estudios siguió los pasos recomendados por PRISMA, comenzando con la identificación de registros en las bases de datos, seguida de la eliminación de duplicados, la selección mediante la lectura de títulos y

resúmenes, y la evaluación de los textos completos según los criterios de elegibilidad previamente definidos. Al finalizar este proceso, los estudios considerados relevantes se incluyeron en el análisis cualitativo. El proceso de selección de artículos se sistematizó en un diagrama específico según las directrices PRISMA, con el fin de lograr transparencia y reproducibilidad metodológica.

El estudio utilizó como marco teórico conceptos de gobernanza en salud⁷, economía de la salud⁸, atención centrada en el paciente⁹ y evaluación de tecnologías en salud⁸, lo que permitió un enfoque multidimensional e integrador de los fenómenos investigados. Esta metodología permitió comprender sistemáticamente cómo los factores estructurales, financieros y organizativos influyen en la práctica médica, en la experiencia del paciente y en los resultados de los sistemas de salud.

Resultados y discusión

La literatura científica sobre los sistemas de salud y el papel de las aseguradoras de salud aún presenta importantes lagunas a la hora de comprender las diferencias contextuales entre países. En Brasil, los estudios se centran principalmente en la tensión entre la salud suplementaria y el SUS, destacando problemas de regulación y desigualdades de acceso, pero carecen de análisis comparativos internacionales que nos permitan comprender los límites y las potencialidades de este modelo¹.

En Estados Unidos, existe una amplia bibliografía sobre el papel de las aseguradoras privadas y el impacto del sistema fragmentado en el acceso equitativo. Sin embargo, muchos de estos estudios no entablan un diálogo profundo con las experiencias de países en desarrollo, como Brasil, lo que limita la transferencia de conocimientos y la construcción de parámetros de evaluación más completos¹⁰.

En Europa existe una arraigada tradición de estudios comparativos sobre sistemas sanitarios universales y mixtos, especialmente en lo que respecta al equilibrio entre la financiación pública y la privada. Sin embargo, pocos estudios ofrecen una perspectiva comparativa que incluya a América Latina, lo que dificulta comprender cómo

los diferentes arreglos regulatorios pueden afectar a los pacientes y profesionales en diversos contextos socioeconómicos¹¹.

Por lo tanto, esta revisión comparativa entre Brasil, Estados Unidos y los países europeos contribuye a identificar convergencias y divergencias en los modelos regulatorios, en el papel de las aseguradoras de salud y en los efectos en la práctica médica y en la experiencia del paciente, fortaleciendo el debate académico y apoyando políticas públicas más informadas⁴.

Los modelos contractuales y las formas de remuneración de los servicios de salud varían según el contexto histórico, económico y normativo de cada región. El modelo *fee-for-service*, basado en el pago por procedimiento realizado, es tradicional en Estados Unidos y se asocia con la expansión de la oferta de servicios, pero también es criticado por fomentar el consumo excesivo y el aumento de los costes sanitarios¹².

El modelo *capitated payment*, en el que los prestadores reciben una cantidad fija por paciente durante un período determinado, está más extendido en países con sistemas regulados y centrados en la atención primaria, como el Reino Unido y algunas naciones europeas. Esta forma de remuneración fomenta la racionalización de los recursos y el seguimiento continuo del paciente, pero puede generar riesgos de suministro insuficiente de servicios cuando no existen mecanismos de supervisión adecuados³.

A su vez, los *bundled payments*, caracterizados por un único pago por episodio de cuidado que cubre todos los servicios relacionados, se han implementado a modo de prueba piloto en sistemas como el estadounidense y el europeo. Este modelo busca alinear la eficiencia y la calidad promoviendo una mayor coordinación entre los equipos y evitando la fragmentación asistencial¹³.

Finalmente, el *pay-for-performance* ha adquirido relevancia internacional, con incentivos financieros basados en indicadores de calidad y desenlace clínico. En Europa, países como Alemania y el Reino Unido utilizan el P4P en programas centrados en la atención primaria; mientras que en Estados Unidos, el modelo está presente en hospitales y clínicas, asociado a iniciativas gubernamentales como el Medicare Value-Based Purchasing Program².

En Brasil, se observa el predominio del modelo *fee-for-service* en el sector suplementario, aunque algunas aseguradoras de salud están probando modelos de *capitation* y P4P. La heterogeneidad de estos modelos refleja la influencia de factores culturales, regulatorios y financieros, lo que hace que el análisis comparativo entre regiones sea esencial para comprender sus efectos en los costes, la calidad y el acceso a la salud¹⁴.

Los incentivos económicos y organizativos influyen significativamente en el comportamiento médico, afectando las decisiones relacionadas con la prescripción de medicamentos, la derivación de pacientes a especialistas y el uso de pruebas complementarias. En los sistemas de pago por servicio (FFS), la lógica de remuneración tiende a fomentar un mayor volumen de procedimientos, lo que puede resultar en un exceso de pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios, aumentando los costes y exponiendo a los pacientes a riesgos adicionales¹⁵.

Por otra parte, en los modelos de pago capitado, en los que los médicos o las instituciones reciben una cantidad fija por paciente, existe un incentivo para contener los costes y racionalizar el cuidado. Esta configuración puede conducir a una reducción de las derivaciones y pruebas consideradas de bajo valor, pero también plantea preocupaciones sobre el riesgo de subutilización de los recursos y deterioro de la calidad de la atención³.

Los programas de P4P buscan alinear los incentivos financieros con la calidad del cuidado, recompensando las prácticas basadas en evidencias, como la prescripción racional de medicamentos y el seguimiento adecuado de las enfermedades crónicas. Sin embargo, la literatura señala que tales iniciativas pueden inducir a un comportamiento estratégico, centrándose únicamente en los indicadores monitoreados, dejando a un lado dimensiones relevantes pero no evaluadas de la práctica clínica².

Además, factores que no son solo económicos, sino también culturales e institucionales, influyen en la conducta médica. En Brasil, por ejemplo, los estudios muestran que tanto la presión de los pacientes por pruebas como la influencia de las aseguradoras en la autorización de procedimientos interfieren directamente en las decisiones médicas, lo que crea tensiones entre la autonomía

profesional, la sostenibilidad financiera y la calidad del cuidado¹.

Comprender los efectos de los diferentes incentivos en la prescripción, derivación y uso de pruebas es esencial para construir modelos contractuales que concilien la eficiencia económica con la calidad y la seguridad en la atención sanitaria. Un análisis crítico de estos mecanismos contribuye a identificar estrategias que eviten tanto el uso excesivo como el uso insuficiente de los servicios médicos, asegurando un mejor equilibrio entre los intereses de los prestadores, financiadores y pacientes⁴.

La autonomía clínica de los profesionales sanitarios es un tema central en los debates sobre la calidad y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. El avance de los protocolos clínicos, las directrices terapéuticas y los mecanismos de supervisión tienen como objetivo asegurar la estandarización de conductas y una mayor seguridad para el paciente. Sin embargo, este proceso también genera tensiones, ya que puede percibirse como una limitación a la libertad profesional y al juicio individual en cada caso¹⁶.

Los protocolos y las directrices clínicas son herramientas importantes para racionalizar el cuidado, lo que ayuda a reducir las variaciones injustificadas en las prácticas médicas. Estudios muestran que el cumplimiento de las directrices mejora la eficacia de los tratamientos y reduce los riesgos asociados al uso excesivo o inadecuado de los recursos. Sin embargo, existen críticas respecto al riesgo de convertir las recomendaciones en reglas rígidas que ignoren las particularidades del paciente y la experiencia del médico¹⁷.

La supervisión de las prácticas médicas mediante auditorías y sistemas de seguimiento informatizados se ha vuelto cada vez más común tanto en los sistemas de salud suplementaria privados como públicos. Esta supervisión puede fomentar la transparencia y la *accountability*, además de reducir el desperdicio. Sin embargo, puede generar tensión en las relaciones profesionales, haciendo que los médicos se sientan presionados por las métricas administrativas, en detrimento de su autonomía clínica¹⁸.

En Brasil, la relación entre las aseguradoras de salud y los médicos ejemplifica estas tensiones. Si bien los protocolos y las auditorías tienen como

objetivo alinear las conductas con los estándares de calidad y la contención de costes, muchos profesionales perciben estos instrumentos como mecanismos de control corporativo que debilitan la autonomía de la práctica médica. Este escenario influye no solo en la satisfacción profesional, sino también en la calidad de la relación médico-paciente, ya que las decisiones clínicas pueden estar condicionadas por factores externos¹⁹.

El desafío reside en encontrar el equilibrio entre el uso de protocolos, directrices y supervisión como herramientas para mejorar la calidad, sin comprometer la autonomía profesional ni la singularidad de la práctica clínica. La construcción de modelos participativos, que involucren a los médicos en el desarrollo y la revisión de las directrices, resulta fundamental para conciliar la eficiencia, la seguridad y la autonomía en el cuidado de salud⁴.

El acceso al cuidado y su continuidad son elementos fundamentales para asegurar una atención sanitaria integral, especialmente en sistemas que combinan la cobertura pública con la suplementaria. La red de aseguradoras de salud, por ejemplo, actúa como un filtro de acceso, definiendo qué servicios y qué profesionales están disponibles para los beneficiarios. Este modelo puede facilitar la coordinación de la asistencia, pero también genera desigualdades cuando la oferta es restringida o cuando hay una concentración de prestadores en ciertas regiones¹.

Las listas de espera suponen otro desafío para la continuidad del cuidado, especialmente en países con sistemas universales, como los de Europa. Los retrasos en el acceso a consultas con especialistas y procedimientos electivos pueden comprometer la eficacia terapéutica y la satisfacción del paciente. Estudios muestran que los tiempos de espera están directamente relacionados con la escasez de recursos y la organización de la red asistencial, lo que exige políticas que concilien eficiencia y equidad²⁰.

El mecanismo de *gatekeeping*, en el que los médicos generalistas actúan como punto de entrada obligatorio al sistema, está ampliamente adoptado en Europa y en algunas partes de Estados Unidos. Este modelo tiene como objetivo organizar los flujos de atención, reducir las derivaciones innecesarias y fortalecer la atención primaria. Sin embargo, los críticos señalan que, en algunos contextos, el *gatekeeping* puede convertirse en

una barrera, limitando la autonomía del paciente y retrasando el acceso a servicios especializados.

En Brasil, la lógica del *gatekeeping* aún no está bien establecida en la salud suplementaria, donde predomina el acceso directo a especialistas. Esta característica puede dar lugar a una atención fragmentada y al uso excesivo de pruebas, mientras que en el SUS, los intentos de fortalecer la atención primaria como punto de entrada se enfrentan a obstáculos estructurales y de financiación. Por lo tanto, el equilibrio entre el acceso oportuno y la continuidad de la atención sigue siendo un desafío central para los diferentes modelos de salud¹⁴.

La satisfacción y la experiencia del paciente se han convertido en dimensiones centrales para evaluar la calidad de los servicios de salud, complementando los indicadores tradicionales como la eficacia clínica y la eficiencia económica. Estos aspectos reflejan la percepción del usuario sobre la atención recibida, incluyendo factores como la comunicación médico-paciente, el tiempo de espera, la accesibilidad y la participación en las decisiones de cuidado²².

En Estados Unidos, se utilizan ampliamente instrumentos estandarizados como el Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) para medir la experiencia del paciente. Los resultados de estas encuestas se aplican a las políticas de transparencia, a las comparaciones entre prestadores e incluso a los programas de pago basados en el desempeño, lo que refuerza la *accountability* de las instituciones de salud²³.

El Reino Unido y los Países Bajos tienen una larga tradición de supervisar la experiencia del paciente mediante encuestas nacionales, como el NHS Patient Survey Programme. Los datos obtenidos permiten realizar comparaciones regionales e internacionales, así como respaldar políticas destinadas a la mejora continua del cuidado, especialmente en el fortalecimiento de la atención primaria⁹.

En Brasil, si bien los estudios sobre la satisfacción del usuario son cada vez más frecuentes, la evaluación sistemática aún es incipiente, especialmente en el ámbito de la salud suplementaria. Estudios indican que los principales factores de insatisfacción están relacionados con los retrasos en el acceso, la burocracia de las aseguradoras y la comunicación insuficiente con los profesionales de la salud, lo que resalta la necesidad de

instrumentos estandarizados para medir y comparar experiencias de manera consistente²⁴.

Los conflictos de intereses en el sector sanitario surgen principalmente de la intermediación financiera entre aseguradoras, prestadores y pacientes. La influencia de los incentivos económicos, los contratos comerciales y las relaciones corporativas puede comprometer la autonomía profesional y la equidad en el acceso a los servicios, lo que convierte a la gobernanza en un aspecto central para asegurar la integridad del sistema²⁵.

La transparencia es uno de los pilares de la buena gobernanza, ya que permite a los pacientes, los gestores y los organismos reguladores comprender los flujos financieros y las relaciones institucionales que impregnan la práctica médica. Experiencias internacionales demuestran que revelar los pagos de la industria farmacéutica a los médicos, como ocurre en el programa Open Payments de Estados Unidos, refuerza la *accountability* y ayuda a prevenir conductas antiéticas²⁶.

En el contexto europeo, los mecanismos de supervisión buscan equilibrar los intereses de los diferentes actores del sistema sanitario mediante organismos reguladores independientes y auditorías sistemáticas. Además, las iniciativas de gobernanza corporativa se han establecido como una forma de reducir las asimetrías de información y prevenir prácticas que podrían socavar la confianza pública en los sistemas de salud⁷. En Brasil, la ANS desempeña un papel estratégico en la regulación del sector, estableciendo normas de transparencia, supervisando a las aseguradoras y protegiendo a los consumidores. A pesar del progreso, persisten desafíos relacionados con la supervisión efectiva, la asimetría de información entre usuarios y aseguradoras, y la necesidad de una mayor participación social en la gobernanza del sistema¹.

Fortalecer la gobernanza en la salud requiere la implementación de mecanismos sólidos de transparencia, auditoría y supervisión, así como la construcción de una cultura institucional que priorice la ética y la *accountability*. Estas medidas son esenciales para minimizar los conflictos de intereses y promover sistemas de salud más justos y sostenibles⁴.

Evaluar los resultados en materia de salud y la relación coste-beneficio es fundamental para orientar las decisiones clínicas, administrativas y de políticas públicas. Medir los resultados clínicos,

la calidad de vida y el impacto económico permite comparar las intervenciones, priorizar los recursos y mejorar su asignación en los sistemas de salud con recursos limitados⁸.

En Estados Unidos y en países europeos, el análisis de coste-efectividad está bien establecido en los organismos de evaluación de tecnologías sanitarias, como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en el Reino Unido, que utiliza criterios rigurosos para recomendar tratamientos basados en evidencias clínicas y económicas. Estos estudios incluyen análisis de coste por año de vida ajustado por calidad (Qaly) y permiten la comparación entre diferentes estrategias terapéuticas²⁷.

En Brasil, la incorporación de tecnologías y medicamentos al SUS también requiere una evaluación de coste-efectividad, realizada por el Departamento de Economía de la Salud y Evaluación de Tecnologías en Salud (Deats/Conitec). Aunque los datos aún son limitados en algunos contextos, los estudios brasileños muestran que los análisis económicos pueden optimizar la asignación de recursos y respaldar las decisiones de financiación en salud suplementaria y pública²⁸.

Además de los aspectos económicos, los resultados en salud abarcan indicadores de calidad, seguridad y experiencia del paciente. La integración de estos parámetros con análisis de coste-efectividad permite tomar decisiones más equilibradas que consideren tanto la eficiencia como la equidad en el cuidado⁴.

Por lo tanto, la medición sistemática de resultados en salud y la evaluación de coste-efectividad son herramientas estratégicas para la planificación y la gestión del cuidado, lo que contribuye a sistemas de salud más sostenibles y basados en evidencias.

Una comparación entre los sistemas de salud de Brasil, Estados Unidos y de países europeos revela diferencias estructurales, regulatorias y de financiación que impactan directamente en la práctica médica y en la experiencia del paciente. En Brasil, el sistema público universal, el SUS, coexiste con el sector suplementario, compuesto por aseguradoras de salud privadas, que busca asegurar una amplia cobertura, pero enfrenta desafíos como la desigualdad regional, las restricciones financieras y las limitaciones en la gestión del acceso y en la continuidad del cuidado¹⁴.

En Estados Unidos, predomina un sistema privado fragmentado, basado en seguros de salud y en pago por servicios (FFS). Este modelo ofrece acceso rápido y tecnología avanzada, pero presenta altos costes, una cobertura desigual y una complejidad regulatoria. Los incentivos financieros ejercen gran influencia en la práctica médica, afectando la prescripción, las derivaciones y el uso de pruebas, con menor coordinación entre los niveles de atención¹⁰.

En Europa predominan los sistemas universales y regulados, con financiación pública o mixta, que varían de un país a otro. Modelos como el británico (NHS) o el holandés hacen hincapié en la atención primaria estructurada, el *gatekeeping* y las políticas de control de costes. Estos sistemas combinan mecanismos de pago capitado y programas de calidad basados en el desempeño, buscando un equilibrio entre eficiencia, calidad y equidad¹¹.

En cuanto a los indicadores de satisfacción y experiencia del paciente, estudios comparativos muestran que los países europeos y el Reino Unido presentan resultados consistentes debido a la estandarización de las métricas y el monitoreo sistemático, mientras que en Brasil existen desafíos relacionados con la heterogeneidad de los instrumentos de evaluación y el acceso desigual a los servicios de salud suplementaria y pública. En los EE. UU., medidas como el CAHPS ayudan con el monitoreo, pero la fragmentación del sistema limita la integración de la información²².

Por último, en lo que respecta a los resultados en salud y a la relación coste-efectividad, los sistemas europeos y estadounidenses cuentan con una larga tradición en la evaluación económica de tecnologías y tratamientos. En Brasil, este proceso está creciendo, con requisitos regulatorios para la incorporación de tecnologías y medicamentos, pero aún existen brechas en la disponibilidad de datos comparativos y en la aplicación de análisis de coste-efectividad a gran escala^{4,28}.

El análisis de diferentes aspectos de la salud suplementaria y sistemas de salud reveló estándares importantes con respecto a la influencia de las aseguradoras, los modelos de remuneración y las políticas de gobernanza en la práctica médica y en la experiencia del paciente. Se observó que el papel de las aseguradoras impacta directamente en las decisiones clínicas, incluyendo la prescripción,

las derivaciones y el uso de pruebas, y ejercen una especial influencia en contextos de pago por servicio (FFS), predominante en los Estados Unidos, y, en menor medida, en modelos capitados y basados en el desempeño, más comunes en Europa^{3,15}.

Con respecto a la autonomía clínica, los protocolos, las directrices y la supervisión tienen un doble efecto: por una parte, contribuyen a la estandarización de conductas y seguridad del paciente; por otra, pueden restringir el juicio clínico y generar tensiones en las relaciones profesionales, especialmente en sistemas en los que el control administrativo de las aseguradoras es intenso, como se observa en la salud suplementaria brasileña^{4,16}.

El acceso a la atención médica y su continuidad revelaron diferencias significativas entre las regiones. La lógica de *gatekeeping* y la atención primaria estructurada en Europa favorece la coordinación y la continuidad, mientras que la fragmentación del sistema estadounidense y el acceso directo a especialistas en Brasil ponen de manifiesto los desafíos de la integración, tiempo de espera y equidad en la atención^{14,21}.

Las evaluaciones de la satisfacción y experiencia del paciente han demostrado que los instrumentos estandarizados, como el CAHPS en los EE. UU. y las encuestas nacionales en Europa, proporcionan datos sólidos para la mejora de la calidad, mientras que en Brasil la heterogeneidad de las métricas limita las comparaciones y la supervisión sistemática^{1,22}.

El análisis de los resultados en salud y coste-efectividad, cuando está disponible, ha demostrado que los sistemas europeos y estadounidenses han consolidado la aplicación de métodos de evaluación económica, mientras que en Brasil hay un crecimiento en este tipo de análisis, principalmente para la incorporación de tecnologías en el SUS y en los planes privados, aunque todavía hay lagunas en los datos comparativos^{8,28}.

Los resultados indican que los modelos de remuneración, los mecanismos de gobernanza, las políticas de transparencia, la gestión del acceso y el enfoque en la experiencia del paciente son interdependientes. La combinación de estos factores influye directamente en la eficiencia, calidad y equidad de los sistemas de salud, lo que subraya la importancia de los análisis comparativos internacionales para respaldar las mejoras en las prácticas médicas y en las políticas públicas.

Cuadro 1. Comparación entre los sistemas de salud y sus impactos en la práctica médica y en la experiencia del paciente

Dimensión analizada	Brasil	Estados Unidos	Europa
Modelo de sistema de salud	Sistema público universal (SUS) que coexiste con un sector suplementario privado	Sistema predominantemente privado y fragmentado	Sistemas universales o mixtos con una fuerte regulación estatal
Modelo de remuneración predominante	Predominio de FFS en la salud suplementaria, con experiencias emergentes de <i>capitation</i> y P4P	Predominio de FFS, con expansión de modelos basados en valor	Combinación de <i>capitation</i> , presupuesto global y P4P
La influencia de las aseguradoras en la práctica médica	Influencia significativa en la autorización de procedimientos y en el control de costes	Fuerte influencia de las aseguradoras en la decisión clínica y en la organización del cuidado	Influencia regulada, con mayor mediación estatal e institucional
Autonomía médica	Parcialmente limitada por protocolos y auditorías de las aseguradoras	Condicionada por incentivos financieros y contratos con aseguradoras	Más equilibrada, con directrices clínicas institucionalizadas y participación profesional
Acceso al cuidado de salud	Desigual, con diferencias regionales y segmentación entre el SUS y el sector privado	Acceso rápido para los asegurados, pero desigual según la cobertura	Más equitativo, con organización a través de la atención primaria y del <i>gatekeeping</i>
Continuidad del cuidado de salud	Fragmentada, especialmente en la salud suplementaria	Baja coordinación entre los distintos niveles asistenciales	Alta coordinación, con una sólida integración de la atención primaria
Experiencia del paciente	La evaluación aún es incipiente y heterogénea	Uso de instrumentos estandarizados (CAHPS), pero el sistema es fragmentado	Seguimiento sistemático y estandarizado de la experiencia del paciente
Coste-efectividad y evaluación económica	En expansión, especialmente en el SUS	Ampliamente utilizada y con una fuerte influencia en las políticas de salud	Consolidada, con instituciones como Nice guiando las decisiones
Principales desafíos	Desigualdad en el acceso, fragmentación y regulación insuficiente	Alto coste, desigualdad y fragmentación	Sostenibilidad financiera y gestión de listas de espera

Consideraciones finales

El análisis desarrollado revela que las acciones de las aseguradoras de salud van más allá de las dimensiones organizativas y económicas, constituyendo un fenómeno ético que impacta directamente en la práctica médica y en la experiencia del paciente. Los modelos de remuneración, los mecanismos regulatorios y los dispositivos de control asistencial influyen en las decisiones clínicas, condicionando la autonomía profesional y redefiniendo la relación médico-paciente.

A la luz de la bioética principialista, se observan tensiones entre autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, especialmente cuando los incentivos financieros favorecen el uso

excesivo o insuficiente de los procedimientos. En el ámbito de la justicia, persisten las desigualdades en el acceso, asociadas a la segmentación entre sistemas y a las barreras impuestas por las aseguradoras, lo que compromete la equidad en la atención sanitaria.

Desde una perspectiva ética más amplia, la práctica médica debe entenderse como una actividad moral orientada al bienestar del paciente, lo que genera tensión con los criterios de gestión centrados en la eficiencia y en el control de costes. En ese sentido, la sostenibilidad de los sistemas de salud requiere un equilibrio entre la viabilidad económica y la responsabilidad ética, con el fin de preservar la calidad del cuidado y la dignidad de las personas involucradas.

Se concluye que los acuerdos institucionales y financieros en el ámbito de la salud no son éticamente neutrales, y que es fundamental incorporar marcos bioéticos en la formulación de políticas y en la organización de la práctica médica. Dicha integración es esencial para promover sistemas de salud más equitativos, sostenibles y centrados en el paciente.

Referencias

1. Bahia L, Scheffer M, Tavares LR, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 28 jun 2026];32(Suppl 2):e00154015. DOI: 10.1590/0102-311X00154015
2. Eijkenaar F. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2013 [acesso 18 mar 2026];70(5):594-604. DOI: 10.1177/1077558711432891
3. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q* [Internet]. 2001 [acesso 18 mar 2026];79(2):149-77. DOI: 10.1111/1468-0009.00202
4. Rechel B, Maresso A, van Ginneken A. Health systems in transition: template for authors [Internet]. 2ª ed. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 [acesso 18 mar 2026]. Disponível: <https://tinyurl.com/2rcjm5k5>
5. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acesso 18 mar 2026];52(5):546-53. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 [acesso 18 mar 2026];8(1):102-6. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134
7. Saltman RB, Duran A, Dubois HFW. Governing public hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011 [acesso 18 mar 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4v3zsQq>
8. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, editores. *Methods for the economic evaluation of health care programmes* [Internet]. 4ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2015 [acesso 18 mar 2026]. DOI: 10.1093/oso/9780198529446.001.0001
9. Coulter A, Locock L, Ziebland S. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ* [Internet]. 2014 [acesso 18 mar 2026];348:2225. DOI: 10.1136/bmj.g2225
10. Oberlander J. *The political life of Medicare*. 2ª ed. Chicago: University of Chicago Press; 2017.
11. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Soc Policy Adm* [Internet]. 2009 [acesso 18 mar 2026];43(1):70-90. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x
12. Cutler DM, Ghosh K. The potential for cost savings through bundled episode payments. *N Engl J Med* [Internet]. 2012 [acesso 18 mar 2026];366(12):1075-7. DOI: 10.1056/NEJMp1113361
13. Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB. The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2012 [acesso 18 mar 2026];30(11):2116-24. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0784
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* [Internet]. 2011 [acesso 18 mar 2026];377(9779):1778-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
15. Gruber J, Owings M. Physician financial incentives and cesarean section delivery. *RAND J Econ* [Internet]. 1996 [acesso 18 mar 2026];27(1):99-123. Disponível: <https://bit.ly/4uAjt9>
16. Freidson E. *Professionalism: the third logic*. Chicago: University of Chicago Press; 2001.
17. Woolf SH, Grol R, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* [Internet]. 1999 [acesso 18 mar 2026];318(7182):527-30. DOI: 10.1136/bmj.318.7182.527
18. Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA* [Internet]. 2003 [acesso 18 mar 2026];290(7):941-6. DOI: 10.1001/jama.290.7.941

19. Scheffer M. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.
20. Siciliani L, Borowitz M, Moran V. Waiting time policies in the health sector: what works? Paris: OECD Publishing; 2013.
21. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
22. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [acceso 18 mar 2026];3(1). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570
23. Goldstein E, Farquhar M, Crofton C, Darby C, Garfinkel S. Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS Hospital Survey development process. *Health Serv Res* [Internet]. 2005 [acceso 18 mar 2026];40:1977-95. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x
24. Cantalino JLR, Scherer MDA, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSO. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acceso 28 jun 2026];55:22. DOI: 10.11606/S1518-8787.2021055002533
25. Rodwin MA. Conflicts of interest and the future of medicine: the United States, France, and Japan. New York: Oxford University Press; 2011.
26. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. Code on interactions with healthcare professionals [Internet]. Washington: PhRMA; 2019 [acceso 18 mar 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4fazLEj>
27. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D *et al.* Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. *Cost Eff Resour Alloc* [Internet]. 2013 [acceso 18 mar 2026];11(1):6. DOI: 10.1186/1478-7547-11-6
28. Lisbôa R, Caetano R. Avaliação de tecnologias em saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. *Saúde Debate* [Internet]. 2020 [acceso 28 jun 2026];44(127):1255-76. DOI: 10.1590/0103-1104202012723

Andre Pagotto – Estudante de doctorado – andre.vieira@uemasul.edu.br

 0000-0002-2947-9102

Francisca Rêgo – Doctora – mfrego@med.up.pt

 0000-0001-8083-7895

Guilhermina Rego – Doctora – guilherminarego@med.up.pt

 0000-0002-8590-9832

Rui Nunes – Doctor – ruinunes@med.up.pt

 0000-0002-1377-9899

Correspondencia

André Pagotto. Rua Bahia, 971, ap. 102, Três Poderes. CEP 65901-330. Imperatriz/MA, Brasil.

Contribución de los autores

André Pagotto: conceptualización; metodología; análisis formal; redacción - borrador original; redacción - revisión y edición.

Francisca Rêgo: análisis formal; redacción - revisión y edición.

Guilhermina Rego: análisis formal; redacción - revisión y edición.

Rui Nunes: conceptualización; supervisión; redacción - revisión y edición.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 29.10.2025

Revisado: 27.2.2026

Aceptado: 25.3.2026