

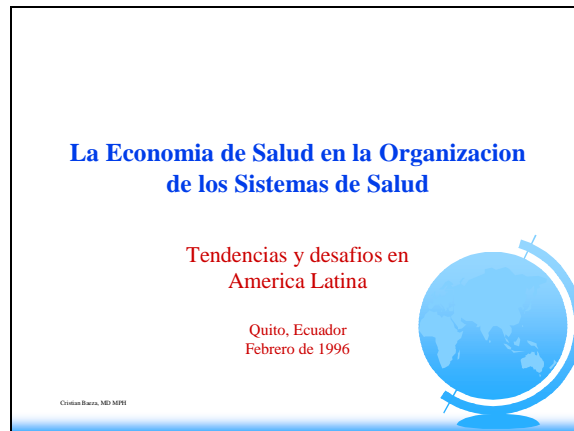
# Economía de la Salud en la Organización de los Sistemas de Salud en LAC

Cristian Baeza MD MPH<sup>1</sup>

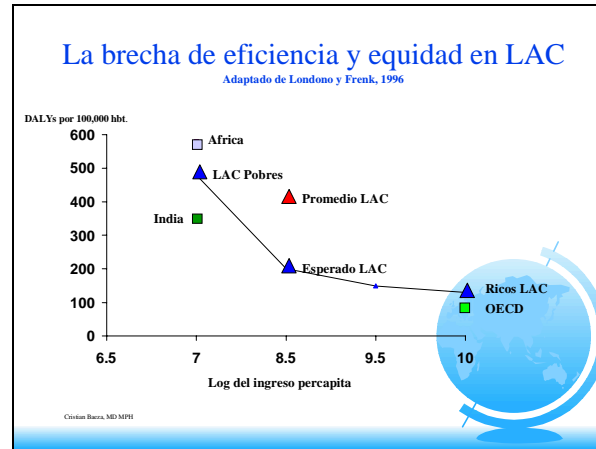
Presentación al Congreso de Economistas en Salud  
Quito, Ecuador  
Febrero de 1996



A nombre del Banco Mundial y en mío propio agradezco a los organizadores por la invitación a participar en este evento y, al mismo tiempo los felicito por la iniciativa de iniciar un proceso de análisis sistemático y profundo de los aspectos mas relevantes de la economía en salud en los procesos de reforma en América Latina.



El objetivo general de la presentación será el de revisar algunos aspectos de la economía en salud, fundamentalmente referidos al financiamiento, y sus implicancias para la organización de los sistemas de salud en LAC.




Dentro de los objetivos definidos para este seminario en la invitación, destaca el llamado a hacer de esta instancia un lugar que contribuya a mejorar la eficiencia y la equidad en los sistemas de salud de LAC. En efecto, cuando uno examina la siguiente transparencia queda en especial evidencia por qué es tan importante el llamado a mejorar eficiencia y equidad. El gráfico muestra la carga de enfermedad para LAC. Podemos observar que LAC, al contrario de lo que ha sido nuestro mito, presenta un promedio de carga de enfermedad muy superior al esperado para su ingreso per-capita. El fenómeno se explica tanto por las importantes inequidades encontradas a este respecto en LAC, como queda en evidencia por el enorme diferencial de carga de enfermedad entre pobres (superior al promedio de India) y Ricos (similar al promedio de los países de OECD), como por las ineficiencias a las que me referiré mas adelante. Así, concordando con la convocatoria, el gran desafío de los procesos de reforma en LAC exige de quienes estamos relacionados a la Economía en Salud el que seamos capaces de colaborar en la definición un marco de incentivos y organizacional que efectivamente reduzca las inequidades y mejore la eficiencia del sector salud en el continente en pro de quienes mas lo necesitan.

En esta presentación quisiera examinar, aunque someramente por las restricciones de tiempo, las implicancias que tiene el objetivo de aumentar la eficiencia y la equidad en los sistemas de salud de América Latina, en lo que a la economía de la salud se refiere. Como Uds. Verán, intentare hacerlo tanto desde el punto de vista conceptual y de modelos (como esta siendo discutidos hoy en LAC) como desde el punto de vista de los desafíos prácticos que se esta enfrentando para la aplicación de estos conceptos en los procesos de reforma de LAC.

Así, me referiré fundamentalmente a las implicancias que tienen el objetivo de incremento de eficiencia en el financiamiento y organización de los sistemas, relacionando frecuentemente el tema de equidad y pobreza a lo largo de la presentación. Como siempre, es muy difícil examinar un tema tan extenso en tan corto tiempo. Sugiero que las preguntas se hagan al final de la presentación y que, aquellos temas que les parezca necesario profundizar, si soy capaz de hacerlo, los dejemos para la discusión.

## Incrementar eficiencia

<p>❑ Eficiencia de Asignacion</p> <ul style="list-style-type: none"><li>★ Que servicios financiar para maximizar el impacto del financiamiento publico en el nivel de salud de la poblacion?</li><li>★ Se alcanza la eficiencia de asignacion cuando una unidad adicional de recursos produce el mismo nivel de beneficios cualesquiera sea el programa en que se gaste</li></ul>	<p>❑ Eficiencia tecnica</p> <ul style="list-style-type: none"><li>★ Como brindar los servicios al menor costo posible para una determinada calidad del servicio.</li></ul>
---	--



Cristian Baeza, MD MPH

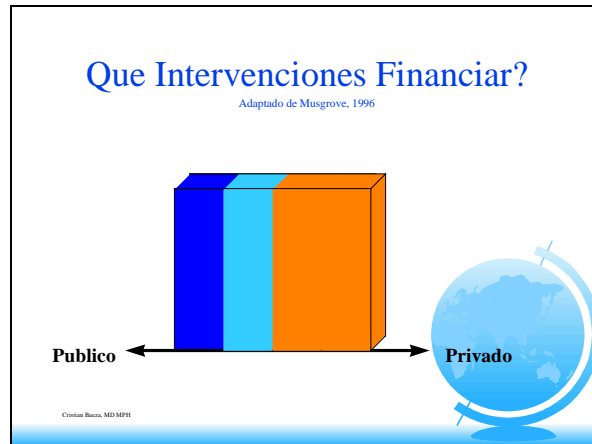
En lo que se refiere a eficiencia, es menester recordar que el desafío que enfrentamos en nuestros sistemas de salud esta determinado por problemas tanto en lo relacionado con por problemas relacionados con la eficiencia de asignación de los recursos disponibles ( que servicios financiar para maximizar el status de salud de la población en un marco de disponibilidad de recursos dada) como por la eficiencia técnica del sistema (como producir los servicios al menor costo para una calidad determinada). La discusión se plantea fundamentalmente para el financiamiento publico, incluyendo en este el gasto privado obligatorio definido por cotizaciones o primas. En la medida de que no afecte al financiamiento público, el financiamiento privado propiamente tal, no debería estar sujeto a esta discusión pues es decisión de cada hogar o individuo, según sus preferencias de consumo, salvo en lo relacionado con el costo de oportunidad que tiene para ese hogar en otras variables del desarrollo del grupo familiar, tema que si puede requerir formas de intervención de política publica.

Para utilizar un ejemplo extremo pero útil para la discusión. Es posible imaginarse un escenario en que haya una alta eficiencia técnica y una baja eficiencia de asignación para una calidad dada de servicios. Así, si el financiamiento público se concentrara fundamentalmente en cirugía plástica cosmética, es posible que los proveedores de servicios de salud lleguen a hacerlo al menor costo para la máxima calidad. Esto es, lo harían a la máxima eficiencia técnica. Sin embargo el impacto en el status de salud de la población seria probablemente muy bajo en comparación a

resultados alternativos si el financiamiento publico se concentrara en intervenciones como inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo del niño.

Me gustaría examinar las implicancias que estos dos áreas del incremento de la eficiencia tienen en los sistemas de salud hoy en LAC, comenzando con eficiencia de asignación para luego analizar el problema de la eficiencia técnica.

Primero, ¿Qué intervenciones de salud financiar públicamente?



Una primera etapa para responder a esta pregunta tiene que ver con identificación de las características de las intervenciones posibles de ser financiadas desde el punto de vista económico, esto es, es la intervención básicamente un bien publico o un bien privado. Mi colega Philippe Musgrove, del Banco Mundial, ha realizado extenso trabajo sobre este tema en salud y una parte significativa de mi discusión en esta sección de mi presentación se basa en dicho trabajo. No siempre es fácil distinguir. Incluso una misma intervención, dependiendo de factores ajenos a ella misma, en ocasiones puede ser considerada mas de naturaleza privada y en otras mas bien de naturaleza publica. Un buen ejemplo de esto es la inmunización. A niveles de baja cobertura, la inmunización de una persona tiene básicamente características de bien privado. La persona quedará inmune pero dado el bajo nivel de cobertura del programa, su inmunidad no influirá significativamente en prevenir contagio de muchas otras personas. Una vez que el nivel de cobertura de esa inmunización alcanza a 80% o mas, la inmunización de una persona puede hacer la diferencia entre evitar un brote o no. La naturaleza de la misma intervención ha cambiado.

Aun siendo a veces difícil, como sabemos los bienes públicos son bienes cuya utilización no puede ser impedida a cualquier consumidor. Si se hacen disponibles a un individuo, se hacen disponibles simultáneamente a muchos individuos. Así, la gente puede gozar de ellos sin tener que pagar por ellos. Difícilmente alguien los producirá sin poder asegurar financiamiento. Así, es claro

que la característica de bien público de una intervención indica que solo será producida si es financiada públicamente.

Sin embargo, la pura constatación de que una intervención es un bien público no justifica su financiamiento público. Un caso extremo es, por ejemplo, la instalación de un gigantesco ventilador en la ciudad de Santiago de Chile para crear viento suficiente que saque el smog de la ciudad. Esta intervención es claramente un bien público pero su costo y efectividad no hacen aconsejable esta intervención, espero. Así, parece aconsejable que el financiamiento público se concentre en aquellos bienes de naturaleza pública de baja costo-efectividad.

El control de vectores para zonas endémicas y la protección del agua y la comida de contaminantes son ejemplos de este tipo de bienes.

Un caso especial son las intervenciones que siendo de características privadas, determinan importantes externalidades. El financiamiento privado existirá para esta intervención pero probablemente se producirá mucho menos que lo óptimo para la sociedad. Un ejemplo de ellas es el tratamiento de la Tuberculosis. El tratamiento del paciente tratado beneficiará a otros que no se contagiarán al haber sido tratado el paciente en cuestión. Es más, dada la importancia de la externalidad (contagio a otros con cepas resistentes), podría ser el caso de que la intervención se financie públicamente en su totalidad determinando un incentivo para el paciente.

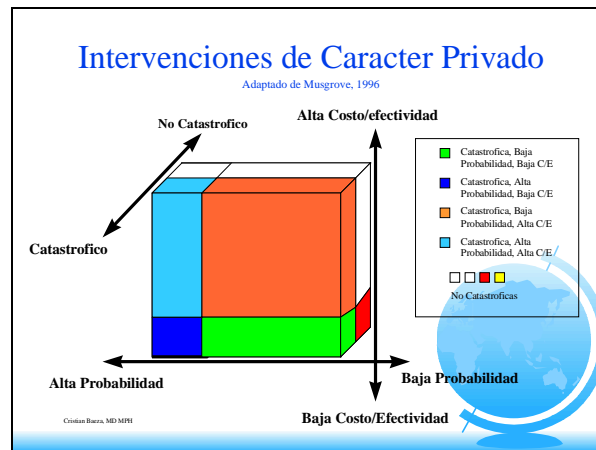
En resumen, se requiere el financiamiento público de las intervenciones de característica de bien público de baja costo-efectividad y en las intervenciones de alta externalidad positiva. De otro modo, el riesgo de que no sean producidas sobrepasa con creces el costo de financiarlas.

Sin embargo, la distinción entre bien público y bien privado, aunque útil conceptualmente, no soluciona el problema en los sistemas de salud en la actualidad por al menos dos razones:

En primer lugar, la mayoría de las intervenciones en salud son de naturaleza privada.

En segundo lugar, la mayoría de las sociedades (sino todas) han decidido hacer disponible financiamiento mucho más allá del puro financiamiento de bienes públicos y de alta externalidad positiva. Sin embargo, aún con esta decisión, como me enseñaron los economistas muy temprano en mis tiempos de práctica clínica, el financiamiento disponible no es suficiente para financiar todas y cada una de las intervenciones y aun es necesario priorizar cuáles intervenciones financiar públicamente.

La siguiente transparencia, muestra una categorización de las intervenciones de tipo bien privado que nos puede ayudar a ordenar la discusión.



El cubo multicolor esquematiza el universo de intervenciones de carácter de bien privado factibles de financiar en un sistema de salud. Los diferentes colores representan sub-poblaciones de dicha intervenciones categorizadas de acuerdo a tres variables que paso a explicar a continuación.

En primer lugar en esta categorización parecen importantes dos variables al momento de definir que financiar, regular u otra acción, si alguna, de las intervenciones con características de bien privado:

La probabilidad de ocurrencia de la intervención; y  
Su costo efectividad;

Existe una tercera variable, que nos permite incorporar parcialmente el problema de la equidad y pobreza: el costo relativo de la intervención en relación a los ingresos del paciente o grupo familiar, definiendo su característica de catastrófica si el gasto requerido obliga a un desahorro substancial del paciente o su familia. Catastrófico entendido como que el individuo y/o grupo familiar deben vender una proporción importante de sus haberes (a determinar por la sociedad, en algunos países de LAC se ha usado como referencia 30% para hacer la evaluación de catastrófico) para estar en condiciones de financiar la intervención. Se podría argumentar también por definiciones aun mas diferenciadas según nivel de ingreso.

En el caso de intervenciones de carácter privado y de baja costo-efectividad no catastróficas (representadas por el subgrupo de color rojo y amarillo en el esquema), no parece haber argumento para que estas sean financiadas públicamente. Sin embargo, si puede ser necesaria una intervención publica de tipo regulatoria o mandatoria en casos de falla de mercado tales como ostensible falla de información o en casos de agencia imperfecta. Un caso típico de falla de información es por ejemplo la ingestión adecuada de vitaminas y oligoelementos en la dieta. La falla de información es una importante causa de la falta de ingestión de estos nutrientes. Un

caso típico de agencia imperfecta es la negativa a inmunización de niños por negligencia o falta de información. La regulación o mandato (por ejemplo de agregar vitaminas y oligoelementos a algunos alimentos de alto consumo o el mandato de inmunización de todo niño al entrar al colegio) es una intervención que no requiere necesariamente ser financiada públicamente. En las intervenciones de carácter privado, de alta costo efectividad, y no catastróficas (representadas por los colores blanco y rojo achurado en la figura), no parece haber argumento para ninguna intervención pública mas allá de la información.

En el caso de las intervenciones de carácter privado, de baja probabilidad de ocurrencia y que constituyen un evento catastrófico (representadas por los colores verde y anaranjado en la figura)(accidentes de trafico, infarto al miocardio) constituyen un caso típico donde la redistribución de riesgos juega un rol central. En este caso, el estado puede jugar un papel importante en estimular y financiar ( a través de impuestos generales o específicos) un sistema de seguros para dichas intervenciones. Sin embargo, así como fue evidente para las intervenciones de características de bien público, parece sensato pensar que el financiamiento publico se concentre en estos casos solo en aquellas intervenciones de baja costo-efectividad (representadas por el color verde en la figura) (apendicetomía), dejando al financiamiento privado el resto del espectro. En este caso, el financiamiento publico no se da necesariamente a través de subsidios sino a través de hacer mandatoria la afiliación al seguro de toda la población, subsidiando a través de impuestos generales a los indigentes para la compra de la prima. Aunque la condición de catastrófica muy probablemente captura a los muy pobres y uno esperaría subsidios cruzados al interior del seguro, es posible que el subsidio financiado por impuestos generales para los indigentes sea muy importante ya que una muy marcada redistribución de recursos al interior del pool de asegurados puede determinar incentivos muy significativos a la evasión y al “opt out. Mas adelante examinare algunas de las consideraciones operacionales a tener en cuenta en el establecimiento del seguro.

En lo que respecta a intervenciones de carácter privado, de tipo catastróficas, de alta probabilidad de ocurrir y de baja costo efectividad (parto institucional complicado en parejas de bajos ingresos con otros factores de riesgo) (representada en color azul en la figura), la teoría de seguros nos aconsejaría excluirlo del esquema de seguros y financiarlo públicamente en forma directa. Por ultimo en las mismas intervenciones pero de alta costo-efectividad (representado por el color celeste) no seria sujeto de priorización mas allá de la regulación y la información.

En definitiva podríamos concluir que la prioridad para financiar públicamente intervenciones estaría dada básicamente por:

## Intervenciones prioritarias a Financiar

- 1. Bien Publico de baja C/E
- 2. Alta externalidad positiva
- 3. Bien Privado, catastrofica, baja probabilidad, baja C/E (**Seguro**)
- 4. Bien Privado, catastrofica, alta probabilidad, baja C/E (**Directo**)
- 5. Bien Privado, catastrofica, baja probabilidad, alta C/E (**Seguro**) ?
- 6. Bien Privado, catastrofica, alta probabilidad, alta C/E (**Directo**) ??



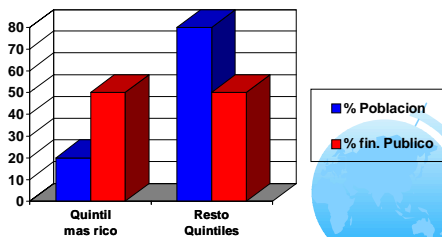
Cristian Baeza, MD MPH

1. Característica de bien publico de baja costo-efectividad;
2. Alta externalidad positiva;
3. Carácter privado, baja probabilidad, catastrófico, baja C/E (**Seguro**);
4. Carácter privado, alta probabilidad, catastróficas, baja C/E (**Directo**);
5. Carácter privado, baja probabilidad, catastróficas, alta C/E (**Seguro**); ?
6. Carácter privado, alta probabilidad, catastróficas, alta C/E (**Directo**); ??

Las ultimas tres prioridades están consumiendo en LAC en promedio entre un 70 y un 85% del financiamiento. Aun si las prioridades coincidieran con la realidad estas tres prioridades consumirían una proporción muy significativa de los recursos (algunas estimaciones hablan de alrededor de un 65%) pero la cobertura de las primeras tres prioridades debería ser casi total antes de estar de acuerdo con financiar las ultimas tres.

## Distribucion Financiamiento Publico

Incluye gasto en seguros privados cuando es obligatorio



Cristian Baeza, MD MPH

Si uno le suma a esto, la abrumadora evidencia que existe hoy de que, todas las intervenciones y especialmente la ultima prioridad, esta siendo recibida fundamentalmente por los quintiles mas altos la Población (que explica el las diferencias que observáramos en nuestro primer grafico respecto a la falla de los

sistemas en LAC, es evidente, como la convocatoria señala, que hay urgencia de aumentar la eficiencia y equidad de

Que implicancias tiene esto para la organización de los sistemas de salud?

Si concordamos con las prioridades derivadas de la anterior exposición, la implicancia parece inevitable, es necesario reorientar el financiamiento publico en salud. Sin embargo, esto que concluimos aquí no es nuevo. Mis maestros de salud publica me lo enseñaron, tal vez intuitivamente y sin jerga económica desde que yo tengo uso de razón en salud publica. Por que no ha ocurrido entonces.

Al examinar nuestros sistemas de salud en LAC encontramos que frecuentemente la organización del sistema y sus mecanismos de funcionamiento no definen el marco de incentivos para que la administración del financiamiento se de hacia el cumplimiento de estas prioridades.

Piedra angular de estos incentivos es que la institución que administre el financiamiento tenga como misión la maximización del estado de salud de la población y no la financiación de la red de servicios de salud públicos o privados. En la actualidad, la mayoría de nuestros Ministerios de Salud en LAC cumplen las funciones administrar el financiamiento, al mismo tiempo, son responsables de la provisión de los servicios. En este contexto, es extremadamente difícil el compatibilizar ambas misiones. Alguna vez me toco la suerte de administrar el financiamiento publico en un Ministerio de Salud en LAC, así que lo digo por experiencia propia. Parece entonces necesario la separación de ambas funciones en el ámbito publico.

Desafortunadamente el tema especifico del diseño de los sistemas tanto en lo referido a separación de financiamiento y provisión (seguro y mercados internos), para definir incentivos tendientes al aumento de la eficiencia de asignación, como a los modelos de gestión y de compra-venta (para asegurar la eficiencia micro), dan para una reunión por si solos y creo que serna objeto de las siguientes presentaciones.

Brevemente. La forma concreta que tome esta separación dependerá del nivel de financiamiento y por consiguiente de la disponibilidad para alcanzar la cobertura adecuada para maximizar el nivel de salud antes de tener que pasar a financiar en la siguiente grupo de intervenciones. Así, si el financiamiento disponible permite concentrarse mas allá de intervenciones con carácter de bien publico, intervenciones de alta externalidad positiva y en algunos bienes privados de muy baja costo-efectividad y si hay una baja ruralidad y alta formalidad en el mercado del trabajo, esta separación podría darse mejor a través de la creación de un sistema de un seguro de salud de afiliación obligatoria (constituyéndose en financiamiento publico en cuanto y tanto es en realidad un impuesto) y subsidiando a los indigentes con aportes provenientes de impuestos generales. Los detalles referidos a determinación del

mecanismo de financiamiento del seguro, de determinación de la prima (si se decidiera ir en ese camino), de seguro único o múltiple y de seguro estatal o privado deben estar decididamente asociados al análisis de los esquemas regulatorios correspondientes y de la capacidad institucional del país para generarlos, de lo contrario la experiencia ha enseñado que el resultado en términos de equidad y eficiencia puede ser igual o peor que el esquema que se desea mejorar. Por ejemplo, un esquema de seguros múltiples, es indispensable desarrollar los mecanismos regulatorios que minimicen la selección de riesgo y la selección adversa por parte del asegurador y asegurado respectivamente, consustanciales a un esquema competitivo de múltiples seguros. En conjunto con la creación del o los seguros o como transición a este, es probablemente deseable hacer la separación al interior del sistema público a través de lo que se ha llamado el modelo de mercados internos.


En el caso contrario, en que no se dan las características de país antes mencionadas, es posible que una separación inicial al interior del sistema público sea el mejor camino inicial, al estilo de lo iniciado en algunas reformas tendientes a crear mercados internos. Cualesquiera sean las formas que tome este esquema de seguro o mercado interno es imprescindible el asegurar la coherencia entre sí de la organización e incentivos de modo que aseguren la focalización del gasto en las intervenciones antes analizadas. Los mecanismos específicos son también claves para el diseño del modelo de gestión (o marco normativo y regulatorio) y los mecanismos de compra-venta de servicios entre el nuevo ente administrador del financiamiento y los proveedores de modo que estos creen el adecuado marco de incentivos para maximizar la eficiencia técnica en la provisión de servicios.

En lo que se refiere a Eficiencia técnica, como se dijera en algún momento durante la presentación, esta referida a como producir las intervenciones de modo que se asegure el más bajo costo para una calidad definida. Me referiré con menos extensión a este tópico pues en general esta implícita o explícitamente en el centro de muchas de las reformas del sector salud en LAC, mucho más que el problema central de la eficiencia de asignación.

Probablemente sobre simplificando el problema, se puede decir que el aumento de la eficiencia técnica en nuestros sistemas está ligado a:

## Incremento de Eficiencia Tecnica

- ❑ Adecuado modelo de Compra.
  - ★ La entidad administradora del financiamiento debe asegurar la existencia de un marco de incentivos, fundamentalmente financieros, pero tambien regulatorios y contractuales, que estimulen la mantencion de un alto grado de eficiencia tecnica en los proveedores
- ❑ Adecuado modelo de Gestion
  - ★ Un marco normativo que asegure a los proveedores la flexibilidad suficiente para manejar todos sus recursos a fin de innovar y adaptar las funciones de produccion que determinan cada intervencion a los incentivos definidos por el comprador.



Cristian Baeza, MD MPH

1. El desarrollo de un adecuado modelo de compra-venta entre el administrador de financiamiento y el proveedor. Esto es, la existencia de un marco de incentivos, fundamentalmente financieros, pero también regulatorios y contractuales, eficientes en estimular dinámicamente la mantención de un alto grado de eficiencia técnica en los proveedores.
2. La existencia de un adecuado modelo de gestión para los proveedores. Esto es, uno que haga factible que los proveedores estén en condiciones de entender y responder continuamente al mencionado marco de incentivos.

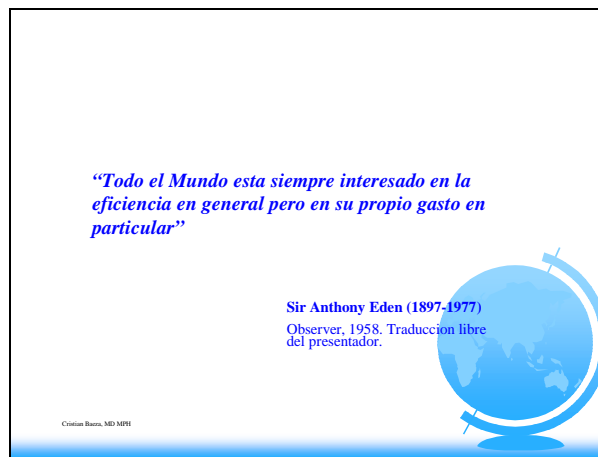
La primera condición es probablemente bien entendida y la exploración de alternativas esta ya en marcha. Como dije antes, si uno examina los procesos de reforma en LAC, existe ya un gran esfuerzo, aunque preliminar en desarrollar este marco de incentivos a través de nuevos sistemas de pago a proveedores con el consiguiente desarrollo de los necesarios sistemas de costeo, de definición de precios y desarrollo de contratos.

La segunda condición esta referida por un lado a la capacidad de gestión del personal de cargo directivos (gerentes) de los proveedores y, por otro lado a los márgenes que estos gestores tienen para gestionar sus recursos (o “factores de producción”). Por muy exhaustivos y sabios que seamos en desarrollar sistemas de pago que contengan las señales de precio adecuadas para incentivar comportamiento de gestión, requerimos al otro lado gerentes que las sepan interpretar y que conozcan las acciones a tomar para responder adecuadamente. Así mismo, esos gerentes requieren tener la mayor flexibilidad posible en el manejo de todos sus recursos de modo de responder continuamente a los incentivos a través de ajustes e innovaciones en su modelo de provisión de las intervenciones, incluyendo ajustes a la función de producción que determina cada intervención.

Sin embargo, en lo que se refiere a la segunda condición es donde hoy existe más falencia. Por un lado por que las reformas han tomado un carácter marcadamente económico y se nos ha olvidado el aspecto de management y por otro,

por las complejidades políticas y técnicas relacionadas con la flexibilización del manejo de todos los recursos al interior del sector público. En algún momento sobreestimamos la capacidad de los nuevos sistemas de pago de para generar los cambios en la gestión de proveedores. Me incluyo en esa sobreestimación. Por otro lado, cuando una analiza las propuestas de reforma, es muy interesante como las propuestas referidas al mercado laboral esta aun en un grado muy limitado de desarrollo comparadas con las financieras.

Algunas iniciativas de reforma en LAC están orientadas a dar esta flexibilidad al mismo tiempo que se crea el marco de sistemas de pagos y contrato. Sin embargo, la evidencia de que efectivamente esa alternativa mejorara la eficiencia técnica esta aun por verse.



Agradezco nuevamente a los organizadores y espero que aun quede algún tiempo para preguntas o comentarios,

Muchas gracias