



# Sesion IV

## El Acuerdo social de proteccion social en salud: Garantia Societal de Derechos

Seminario Pontificia Universidad Catolica  
Santiago, Chile  
Enero 8-9, 2003

Cristian Baeza

Lead Health Systems Specialist

Social Protection Sector  
International Labor Organization



# Sesiones

- **Sesion IV: El Acuerdo social de proteccion social en salud: La Garantia Societal de Derechos (GSD)**
  - Objetivos de los sistemas de salud
  - La necesidad de la explicitacion
    - Razones de priorizacion sanitaria (mas salud)
    - Razones de proteccion financiera (menos pobreza)
    - Razones de empoderamiento ciudadano (cambio en la relacion sistema-ciudadano en salud)
  - Los Desafios del Plan Garantizado en Salud
  - La confusion entre plan de beneficios y plan de seguros: el “alineamiento” entre prestaciones y arreglos organizacionales
  - La compleja optimizacion de los tres objetivos esperados
  - El ajuste de riesgo en el sistema de salud

# Razones de la Explicitacion

- Razones de Empoderamiento ciudadano (cambio en la relacion estado-ciudadano en salud)
- Desde beneficios a derechos
  - El derecho a la salud se hace retorica si los ciudadanos no tienen herramientas efectivas para exigir el cumplimiento de sus derechos. El Plan es la herramienta mas efectiva y debe contener todas las dimensiones que efectivamente aseguren que los ciudadanos puedan exigir su cumplimiento en forma efectiva:
    - Utilizacion de Servicios: Definiciones de Calidad (incluyendo acreditacion y acceso) y Oportunidad de un conjunto de servicios que optimicen el impacto en salud, proteccion financiera y dignidad
    - Proteccion financiera: contribuciones maximas totales (“stop loss?”), copagos, deducibles.
    - Dignidad: confidencialidad, derechos del paciente, derechos humanos

# Razones de la Explicitacion

- Razones Sanitarias (Mas Salud)
  - Prioridades Sanitarias (Carga de Enfermedad)
- Razones de Gestion de la Necesidad de subsidio y proteccion financiera (Menos pobreza)
  - La definicion del plan es indispensable en la definicion de subsidios de equidad y en la progresividad de la gestion de dichos subsidios

# Los Desafios de la GSD

- Cual debe ser la composicion de la GSD?
  - Cuales deben ser los pesos relativos de Salud, Proteccion Financiera y Dignidad?
  - Quien y como se definen los pesos relativos?
  - Como se definen los contenidos especificos de prestaciones?: Prestaciones, calidad, oportunidad, prestadores elegibles.
  - Como son los arreglos de “governancia” para la actualizacion del GSD?
- Cual es el costo?
  - Cual es el impacto fiscal
    - Informacion!!!!:  $P_e$  (Incidencia, Prevalencia),  $p$  (Cuales son los precios relevantes),  $q$  (cuales son las cantidades de servicios que se utilizaran)
  - El desafio de costeo para distintos perfiles de riesgo

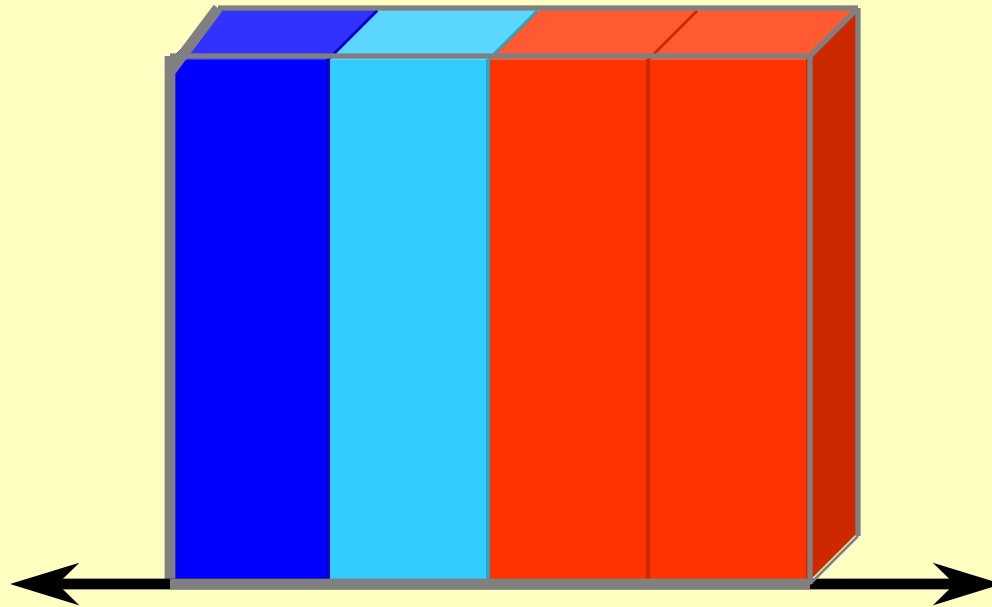
# Diferenciar GSD versus Plan de Seguros

- Servicios Obligatorios implementados por aseguradores con financiamiento privado
- Servicios obligatorios implementados por aseguradores (compradores) con fondos publicos
- Servicios obligatorios provistos por programas verticales con financiamiento publico.

# Bienes Publicos, Individuales con externalidad y con problemas de agencia

- In order to define a health intervention as a **public good**, two criteria must be met. First, non-contributing individuals may not be **excluded** from the intervention (non-exclusive criterion) and second, the consumption of the health service by one individual should not diminish or preclude the availability of that intervention to others (**non-rival criterion**).
- Some cases in which services with characteristics of private goods may cause what economists call “**externalities**,” when the provision of benefits have repercussions for individuals other than the consumer. These services can be privately financed but the use of these health care services might not reach the optimal levels for the public's benefit.
- In some cases, there might be an **agency problem** in the demand of private goods, we treat them if they were private good positive externalities

# Los tipos de intervenciones del GSD



**Intervenciones tipo  
bienes públicos**

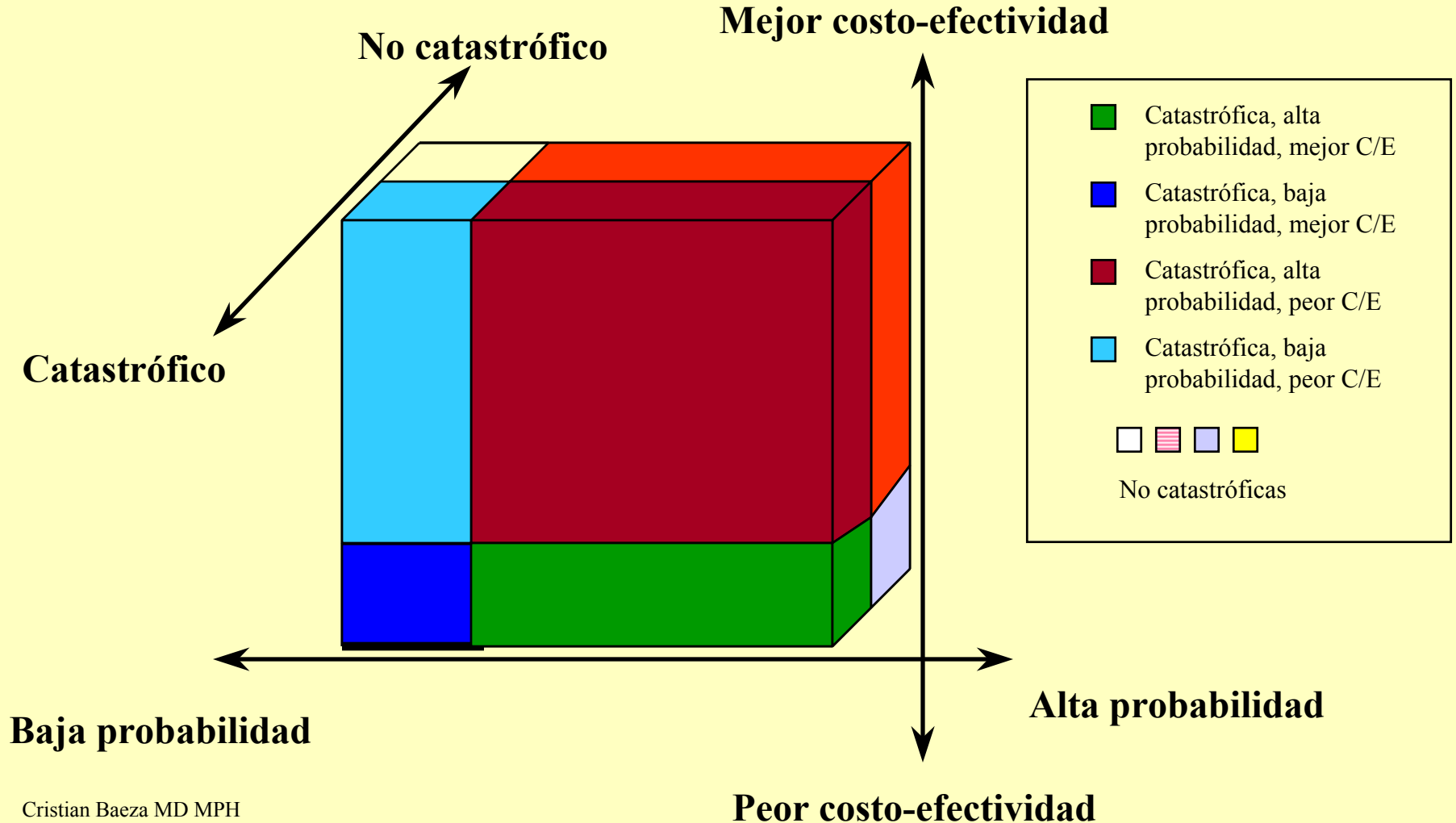
**Intervenciones tipo  
bienes individuales  
con externalidad,  
problemas de  
agencia.**

**Intervenciones  
tipo bienes  
individuales**

Gráfico 2

# Intervenciones tipo bien individual y el GSD

Las características de los distintos tipos de intervención requieren distintos mecanismos de financiamiento, aseguramiento y provisión



# Que arreglos organizacionales y de financiamiento utilizar?

## Financiamiento Publico

(Intervenciones no asegurables)

Las intervenciones tipo bien publico, bien privado de externalidad positiva y aquellas en que existan fallas de agencia deben ser financiadas via financiamiento publico ya que de otro modo su demanda /provision sera suboptima.

## Ahorro o Subsidio Publico Directo

Aquellas intervenciones casi ciertas catastroficas o no de naturaleza de bien privado

## Seguro

(Intervenciones asegurables)

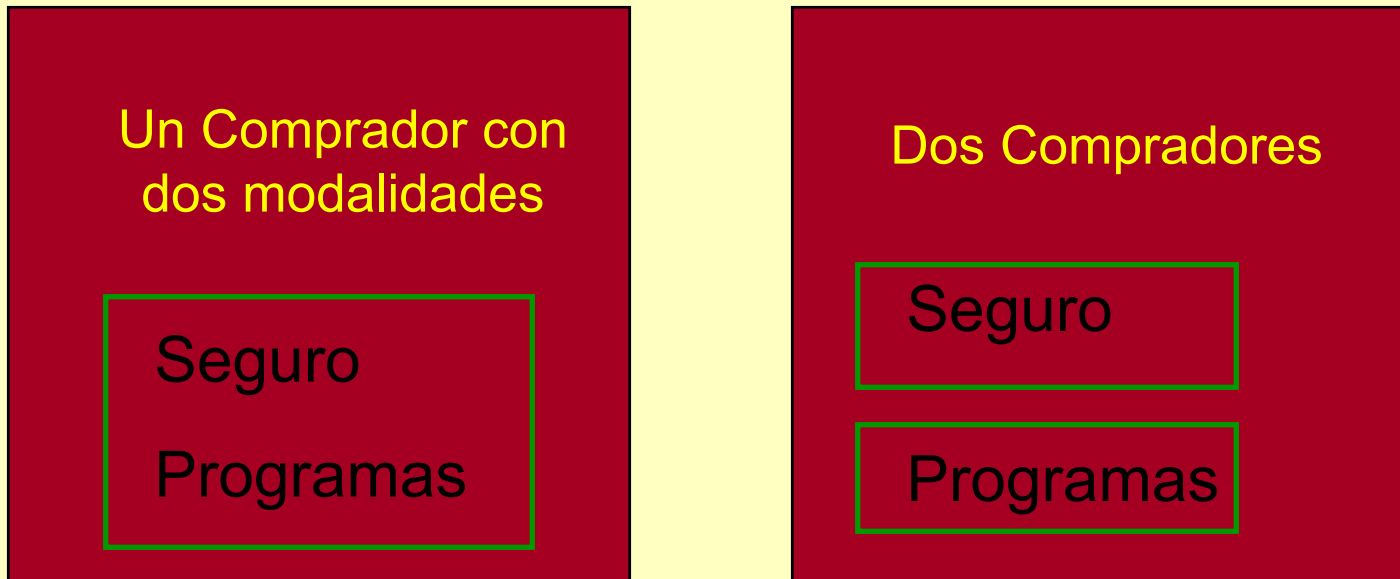
Las intervenciones de tipo bien privado, catastroficas y de baja probabilidad de ocurrencia. Conveniente que se definan aquellas intervenciones de mejor coto/efectividad.

# Algunos Ejemplos

- No asegurables Publica
  - Control de contaminacion ambiental
  - Vacunaciones
  - Tratamiento de tuberculosis
  - Control Ninno Sano
  - PNAC
- No asegurables Individuales
  - Todas aquellas intervenciones de alta probabilidad y bajo costo
- Ahorro o Subsidio Directo
  - Parto ?
- Asegurables Privadas
  - Transplante Cardiaco
  - Transplante Hgado
  - Tto. paliativo SIDA
  - Cirugia de Vesicula biliar
  - Neumonia
  - Transplante renal

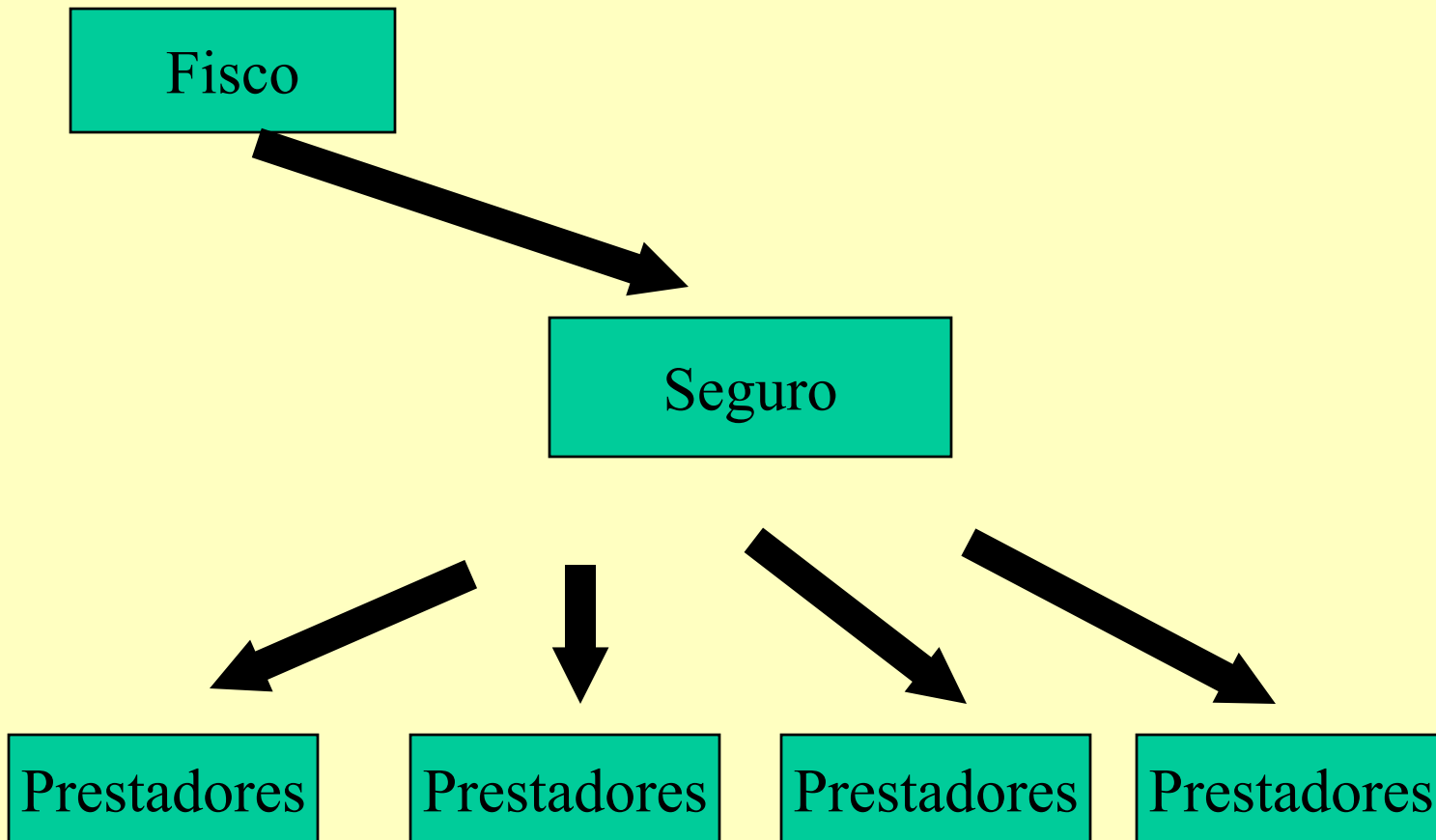
# La Gestion de la Compra Publica

## Uno o Dos Compradores ?

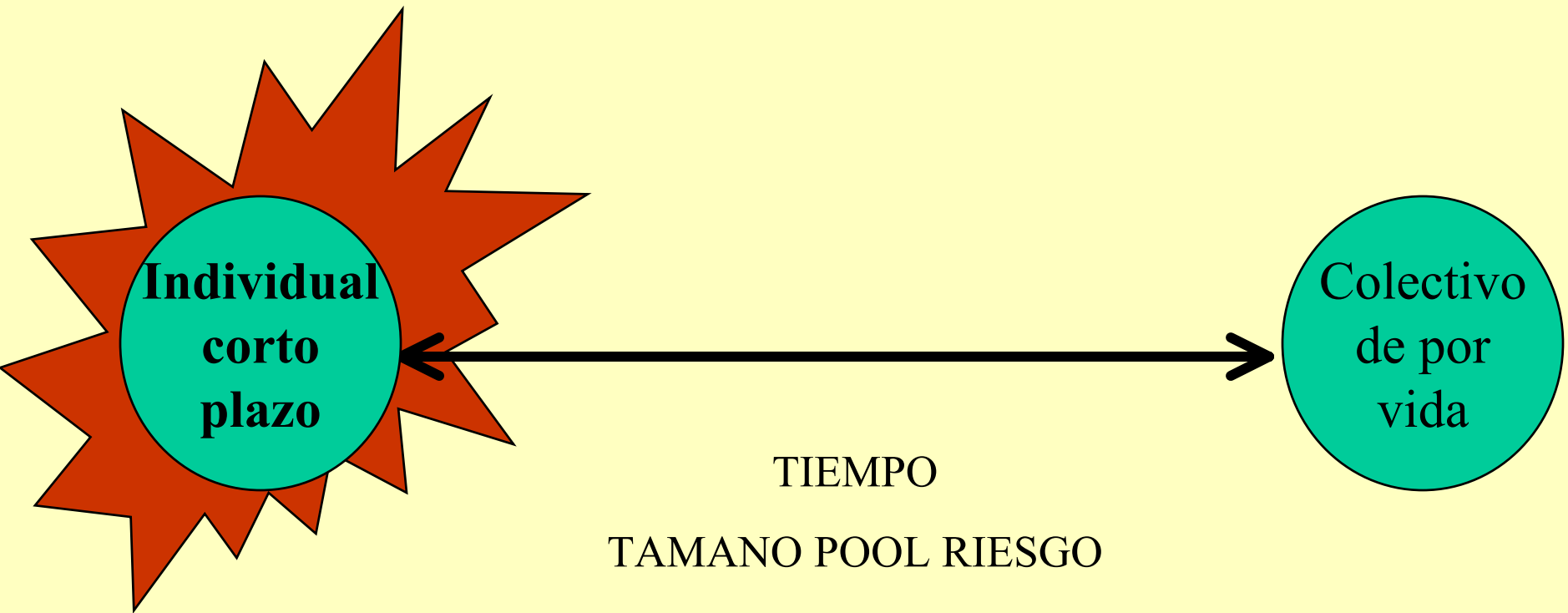


Es aconsejable separar funcional u organizacionalmente las dos formas de compra, aunque si lo es separarlas??

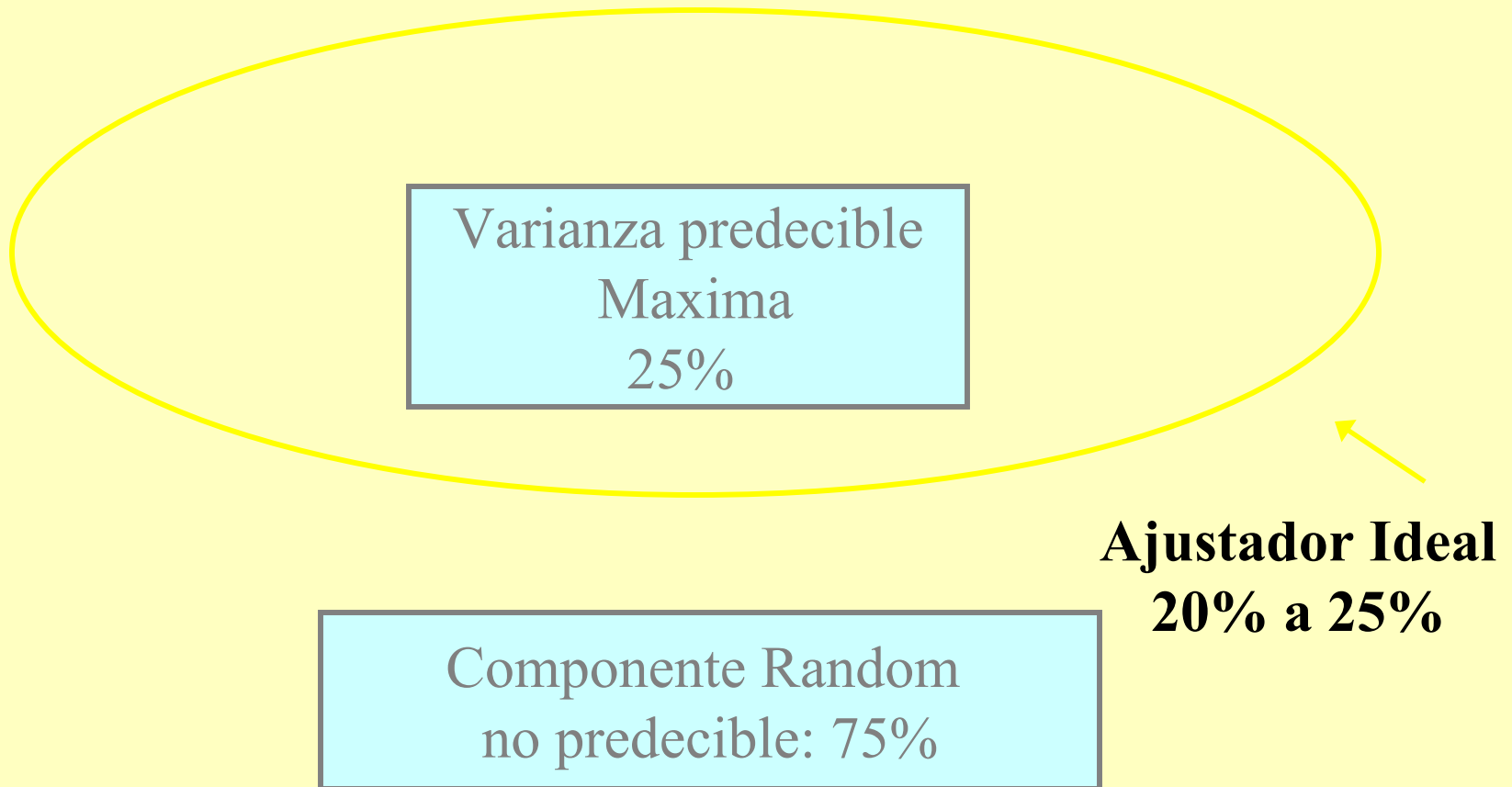
# Importancia del Ajuste de Riesgo



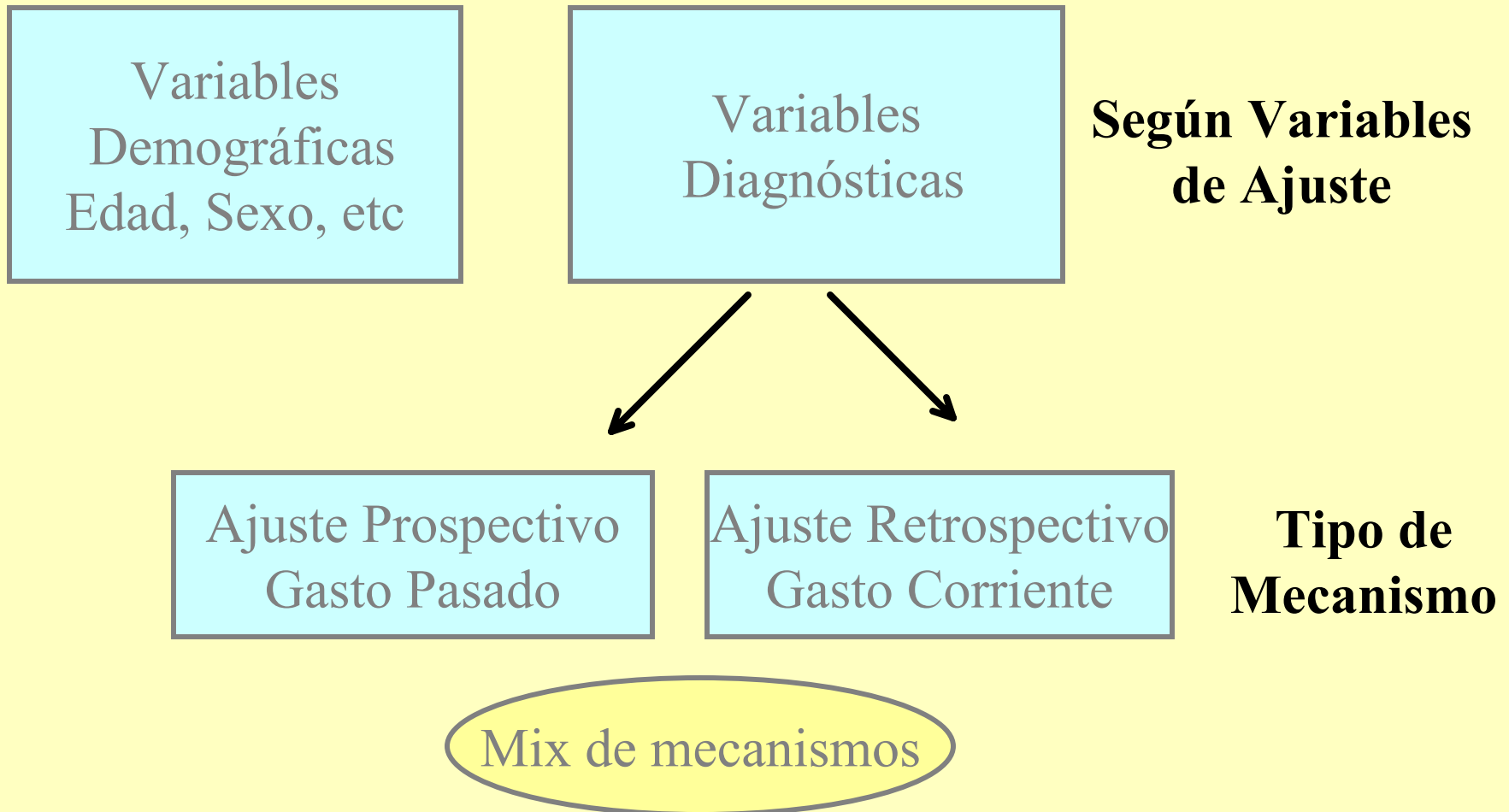
# Contexto de compensacion de riesgo para el cálculo de la transferencia



# Varianza a Explicar



# Clasificación Modelos de Ajuste de Riesgo



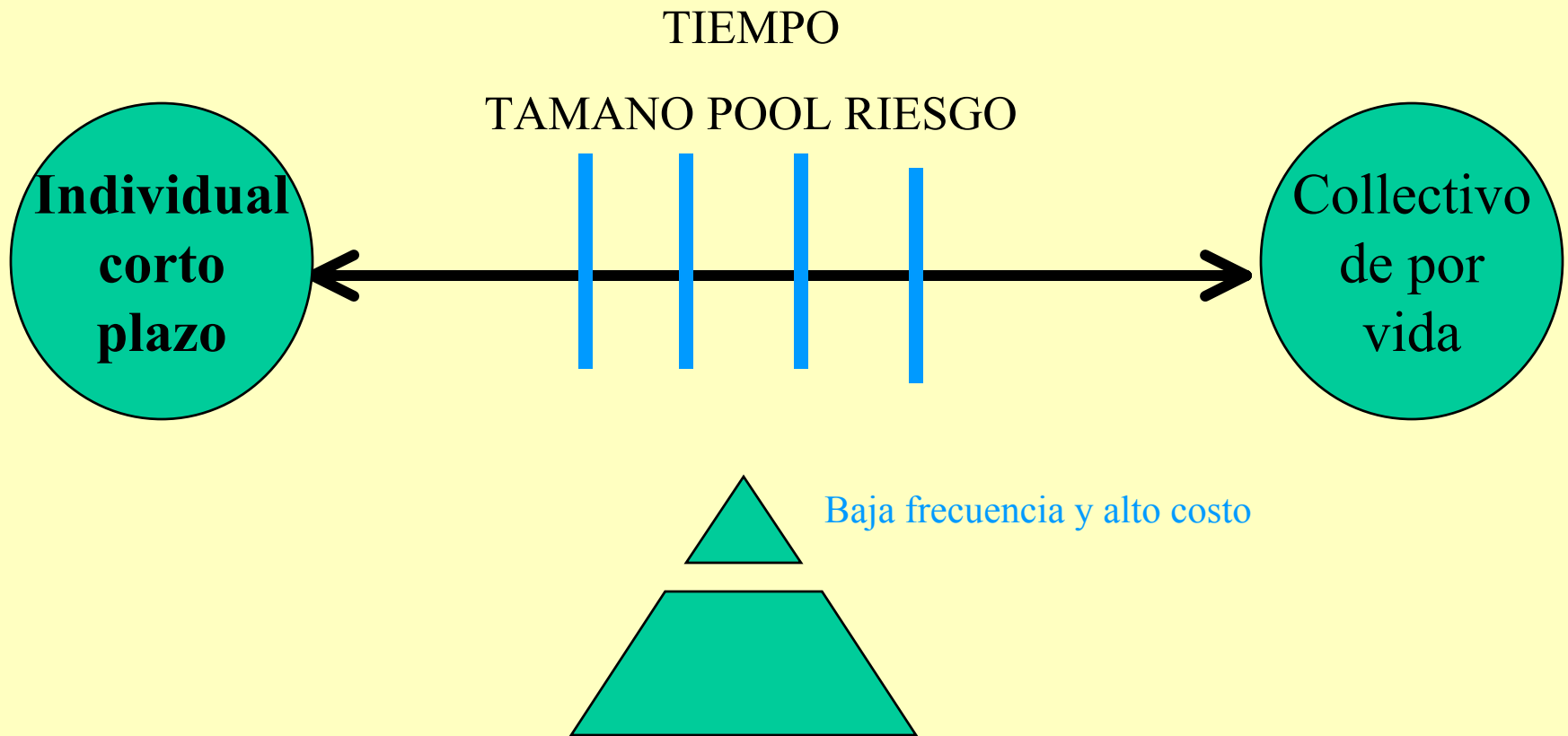
# Modelos Prospectivos, USA

- **Modelos Demograficos:** (AAPCC-- HCFA, Holanda, Colombia): Estimacion basada en sexo, edad y condicion “institucional”. Predice entre el 0,6 y 1,4% de la varianza total (5% de varianza predecible)
- **Modelo tipo HCC:** Utilizan modelos predictivos basados en diagnosticos de desacarga hospitalaria y su gasto asociado. Son capaces de predecir 6-10% de varianza total (40-50% de varianza predecible)
- **Modelo ADGs:** Utilizan modelos predictivos basados en atencion ambulatoria y su gasto asociado, incluyendo modelos de asociacion con descarga hospitalaria. Son capaces de predecir 6-10% de varianza total (40-50% de varianza predecible)

# La Información para los modelos

- Los modelos de variables diagnósticas requieren ser alimentados con información por cada individuo respecto a:
  - Edad y sexo de cada individuo
  - Identificar todos los diagnósticos (con ICD-9) de la persona durante el año asociados a los eventos
  - Gasto total ambulatorio (bonificado y copago)
  - Gasto total hospitalizado (bonificado y copago)

# Contexto de Gestión para el cálculo del Ajuste de Riesgo



# Tipos de “Truncado”

