

cinve

Documentos de Trabajo

**Incentivos, Instituciones y el Comportamiento
de los Actores en el Sector Salud**

Carlos Grau Pérez
cinve

Luis Lazarov
cinve

octubre 2004

Trabajo preparado para el Encuentro Regional de Economía de la Salud, organizado por CINVE con el apoyo de la IDRC, Montevideo, 12-13 de octubre de 2004

cinve
Av. Uruguay 1242, C.P. 11.100
Montevideo, Uruguay

Índice

I. Introducción

II. Los procesos de reforma en los países desarrollados

III. Los procesos de reforma en América Latina

IV. Incentivos vinculados a la contención de costos

IV.1. Instrumentos que actúan sobre la demanda

IV.2. Instrumentos que actúan sobre la oferta

V. La visión de los Organismos Internacionales

V.1. Estrategia de salud del BID

V.2. El Banco Mundial

VI. Conclusiones

SIGLAS

ALC	América Latina y el Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DRG	Diagnostic Related Group
HMO	Health Maintenance Organizations
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

“Economists have been very good at showing the world the importance of economic incentives, even in health. But we err if we think that only incentives matter. To be more useful in the arena of health policy and health services research, economists need to pay more attention to institutions, history, and language.”

Fuchs (2000)

I. Introducción

¿Qué tienen en común los llamados servicios públicos de telecomunicaciones, electricidad, transporte, los sistemas financieros y los sistemas de salud? En todos estos casos se trata de sectores de actividad en los que es habitual que se presenten importantes niveles de regulación de su actividad. No obstante, la justificación de esta situación no es necesariamente la misma en los tres casos.

¿Qué justificación existe para la existencia de un denso marco regulatorio en el funcionamiento de los sistemas de salud? Desde el punto de vista teórico las argumentaciones se relacionan fundamentalmente a la equidad y a la eficiencia.

Los servicios de salud tienen la peculiaridad de incidir directamente en el aspecto más importante de la vida de todo ser humano, su calidad de vida, y por lo tanto se entiende que no deberían existir restricciones que priven a los individuos de la posibilidad de resolver sus *necesidades*¹ asistenciales. En virtud de esto, se considera más aceptable la existencia de diferencias en el nivel de ingreso que en el estado de salud de las personas.

El logro de la equidad en el sector salud está asociado a diversos aspectos del funcionamiento del mismo entre los que se destacan: a) los mecanismos de financiamiento, b) la eventual existencia de problemas de acceso a los servicios y, c) la determinación del conjunto de prestaciones que se deben ofrecer teniendo en cuenta simultáneamente, la necesidad de satisfacer las necesidades asistenciales y la sustentabilidad del sector, entendida esta como aquella situación en que los ingresos de los que se dispone son suficientes para sufragar los gastos.

La eficiencia tiene que ver con el buen aprovechamiento de los recursos que la sociedad le asigna al sector. A su vez esta se manifiesta en una serie de facetas diferentes, entre las que se destacan:

¹ Esto puede coincidir o no con la demanda de servicios asistenciales manifestada por el usuario, o por el médico o institución responsable de su atención. La eventual existencia de una brecha entre necesidad y demanda provoca serios problemas en el funcionamiento de los sistemas de salud y ubica a los médicos en el centro de esta problemática en cuanto proveedores de la información acerca de las necesidades-demanda de sus pacientes.

- a) La definición² de la estructura de servicios que se van a prestar, por ejemplo, la definición de cuantos recursos se debe asignar a tareas de prevención y cuanto a tareas curativas³, así mismo, dentro de las curativas cuanto se debe destinar a los diferentes niveles⁴ de atención,
- b) La tecnología a emplearse para la producción de los servicios asistenciales. En el sector salud como en otros sectores de actividad existen formas alternativas para obtener un determinado resultado, sin embargo, hay un aspecto que no se presenta⁵, al menos con la misma intensidad en otros sectores de actividad. Este aspecto se refiere a la inexistencia de una relación determinista entre recursos involucrados y resultados obtenidos, lo que plantea dificultades en la evaluación de la misma, y por ende para poder realizar estudios de evaluación económica. Al hablar de tecnología nos referimos tanto a la forma de hacer las cosas (*procesos*), al equipamiento involucrado en el proceso de atención, como a los fármacos.
- c) Usar en forma eficiente la tecnología disponible. Esto implica que se verifiquen simultáneamente dos condiciones, por un lado que las instituciones combinen adecuadamente los recursos empleados (*eficiencia asignativa*) y por otro lado, que se sitúen sobre la frontera del espacio de posibilidades de producción determinado por la tecnología (*eficiencia técnica*).

La necesidad de emplear eficientemente los recursos no es privativa del sector salud, lo que sí caracteriza a este sector son las dificultades que existen para que se pueda alcanzar en forma espontánea la eficiencia, lo que justifica la necesidad de contar con un adecuado marco regulatorio. Entre estas particularidades se destacan las siguientes:

- a) La existencia de discrepancias para algunas prestaciones entre la valoración privada de su impacto y su valoración social, como sucede por ejemplo con una campaña de vacunación (bienes públicos, externalidades). Es sabido que en la medida que la valoración social de un bien(mal) es superior a la valoración privada, la cantidad del bien tenderá a ser menor(mayor) que la socialmente óptima cuando la misma es determinada a partir de las decisiones de los agentes privados, guiados por su propio interés.
- b) La existencia de dificultades para prever el gasto en salud que una persona puede tener que enfrentar y el elevado costo que esto puede implicar (el mismo puede representar varias veces la totalidad de los ingresos del hogar) genera la necesidad de que la compra

² Plantear que la eficiencia está asociada a la definición de la estructura del gasto sanitario implica asumir que la misma *no debe* ser considerada exógena.

³ La combinación prevención-curación en un momento determinado condiciona el sendero temporal de las necesidades asistenciales.

⁴ En la función de producción de los servicios asistenciales es común considerar una jerarquía según los niveles de complejidad involucrados, típicamente se reconocen tres niveles de atención que van desde la atención ambulatoria (primer nivel de atención) a la internación especializada en un CTI (tercer nivel de atención).

⁵ Por ejemplo, para la producción del *clinker* que da lugar al cemento portland existen dos tecnologías diferentes, la tecnología húmeda y la tecnología seca. Los resultados asociados a cada una de estas tecnologías están perfectamente determinados.

de servicios se haga en forma predominante a través de un seguro (tercer pagador). El funcionamiento de los mercados de seguros ha sido ampliamente analizado por la teoría económica destacándose los problemas de riesgo moral y de selección adversa. El primero de estos problemas tiene que ver con la existencia de una modificación en el comportamiento del asegurado una vez que firmó el contrato. En la medida que la empresa aseguradora no anticipa este comportamiento y no lo traslada por lo tanto al contrato puede enfrentar problemas. Por ejemplo, la variación en el comportamiento *ex ante* y *ex post* de la firma del contrato por parte del asegurado puede hacer que la probabilidad de ocurrencia del hecho que cubre el seguro sea diferente que la que se consideró para determinar la prima del seguro.

Otro problema que surge en los mercados de seguros es el de selección adversa, el que tiene que ver con la existencia de información asimétrica acerca de la probabilidad de ocurrencia del hecho que genera la demanda del seguro entre el asegurado y la empresa aseguradora. Si la empresa aseguradora no cuenta con información acerca del riesgo de cada asegurado, puede fijar una prima única correspondiente al riesgo promedio de la población. En la medida que los individuos conozcan su riesgo, esto es lo que da el carácter de información asimétrica, el seguro solamente será atractivo para los que tengan un riesgo mayor al promedio. Aquellas personas con un riesgo menor al del promedio de la población no contratarán el seguro, y por lo tanto la empresa habrá seleccionado a los más riesgosos.

- c) Problemas de agencia que engloban entre otras: a) la relación entre el paciente y el médico, b) entre el médico y la institución prestadora, c) entre la institución prestadora y la aseguradora y d) entre los dueños de las instituciones y sus gerentes.
- d) A las causas anteriores se le suman los argumentos más generales de concentración de poder ya sea en el mercado de prestaciones (lo que hace que sea habitual que se regulen precios unitarios y el valor de la prima del seguro) y/o en el mercado de insumos (lo que se traduce en la regulación directa o indirecta del precio de los factores, por ejemplo como sucede en el caso de los medicamentos).

Además de la existencia de argumentos teóricos que justifican la existencia de regulaciones en el sector salud, su funcionamiento en países tanto desarrollados como subdesarrollados ha presentado una serie de dificultades que han hecho que el sector forme parte de la agenda de cambios de diferentes gobiernos, organismos multilaterales de crédito y agencias de cooperación. No son pocos los procesos de reforma del sector salud que se han observado en las últimas décadas.

En los países desarrollados, a pesar de destinar una parte significativa de su PBI a la salud existe descontento con el funcionamiento del sector. En Doneland et. al. (1999) se presentan los resultados de una encuesta realizada en cinco países para conocer el grado de descontento existente con el sistema de salud en la que se planteaba a los encuestados la siguiente afirmación:

“On the whole, the health system works pretty well, and only minor changes are necessary to make it work better”

En EEUU, país del mundo que destina la mayor proporción de PBI al sector salud, solamente el 17% de las personas manifestaron estar de acuerdo con la afirmación, y un 83% percibía que eran necesarios cambios fundamentales.

En Canadá, país donde la participación del gasto en salud sobre el PBI es un 70% de la observada en EEUU, solamente 20% de las personas estaban de acuerdo con la afirmación. En el Reino Unido, que tiene un gasto sobre PBI que representa la mitad del de EEUU, solamente un 25% estaban de acuerdo con la afirmación. En Australia y Nueva Zelanda el 19% y el 9% respectivamente estaban de acuerdo.

¿Donde están las causas de este descontento generalizado con el funcionamiento del sector en países donde el gasto que se destina a la salud representa una parte significativa del PBI?

Existen dos tipos de problemas que suelen aparecer en los diagnósticos del sector salud, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Por un lado la existencia de un elevado nivel de gasto y por otro lado, un crecimiento del mismo a tasas superiores a las del crecimiento del PBI.

El elevado nivel de gasto es considerado un problema en la medida que se asume que el mismo es consecuencia de la existencia de ineficiencia técnica y asignativa en el sector.

El crecimiento secular del gasto está asociado a una de las características esenciales en la dinámica del sector salud, la existencia de una brecha cada vez más grande entre lo que la medicina “*puede hacer*” y lo que es “*económicamente posible*” hacer. Esta brecha se ha venido ensanchando a una tasa creciente en el tiempo, particularmente después de la segunda guerra mundial.

Un par de décadas atrás las posibilidades en términos de técnicas diagnósticas e intervencionistas que presentaba la medicina eran sustancialmente menores que las que existen en la actualidad. Para ilustrar acerca de lo reciente de algunos de los avances en esta área se puede mencionar por ejemplo que el desarrollo de los antibióticos data de la segunda guerra mundial, la tomografía axial computada (TAC) data del año 1972, momento en el que la empresa EMI presentó la primer versión comercial de un tomógrafo de rayos X, las primeras imágenes de resonancia magnética se publicaron a principios de 1970 y sus aplicaciones médicas se han acelerado a partir de la década del 80.

En la medida que el progreso técnico es en parte endógeno, dependiendo de las características de las formas de pago a los proveedores de servicios de salud, se puede esperar que este proceso no siga indefinidamente en el tiempo si se modifican los incentivos que estos mecanismos generan a la inversión en I&D. Los problemas de financiamiento del sector pueden generar un aumento en la varianza del retorno de la inversión, haciéndola menos atractiva desde el punto de vista de la rentabilidad privada. A su vez, la implementación de mecanismos de pago de tipo prospectivo que se han venido

instrumentando tienden a disminuir el valor esperado de la rentabilidad en I&D, provocando esto también, *ceteris paribus*, una disminución en este tipo de inversión⁶.

Además, un nuevo escenario en el que predominan los mecanismos de pago de tipo prospectivo genera las condiciones para que se procese una modificación en el tipo de progreso técnico que se busca desarrollar, pasando a tener prioridad aquel ahorrador de costos. No obstante, dado que el proceso de ajuste en el sendero de expansión tecnológico no es instantáneo, se siguen generando presiones de costos que se traducen en problemas de equidad y de gobernabilidad de los sistemas sanitarios.

La preocupación por asegurar el acceso a toda la población a un conjunto determinado de prestaciones dio lugar a diversos procesos de reforma en el sector que se mantienen hasta la actualidad, como ejemplo se puede mencionar el plan AUGE en Chile.

II. Los procesos de reforma en los países desarrollados

1. Primer corriente reformista: cobertura universal y acceso igualitario

Hasta la segunda guerra mundial el progreso en las potencialidades de la medicina era muy limitado en relación a lo que se observa en las últimas dos décadas, y por lo tanto el mayor riesgo de enfrentar un evento de morbilidad se asocia más a la pérdida de ingresos por no trabajar que al gasto para resolver el problema de salud. Como consecuencia de esto los seguros cubrían pérdidas salariales más que gastos en salud.

Con la segunda guerra mundial la situación se modifica en forma importante. Los avances en el uso de la penicilina y otros antibióticos, así como una serie de progresos en las técnicas diagnósticas generan la necesidad de contar con un seguro para cubrir los gastos de salud, se incrementa la demanda por seguros de salud.

Una serie de gobiernos luego de la segunda guerra deciden ampliar su participación en la provisión de bienes de primera necesidad e incorporan a sus prestaciones los servicios de salud. La primera reforma del sector luego de la guerra se observó en Gran Bretaña, el informe Beveridge de 1942 marcaba los problemas existentes en el desempeño del sector y recomendaba implementar un sistema de cobertura a través de un seguro nacional de salud, el que se implementó en el año 1946. Años después la experiencia es seguida por otros países, Japón (1958-1961), Canadá (1966-1971), Francia 1967. En todos estos países se llega a un sistema de cobertura universal, en años posteriores otros países incorporan sistemas de este tipo. El único país de los pertenecientes al G7 que no tiene un sistema nacional de salud con cobertura universal es EEUU.

El común denominador de todos los procesos que culminan en sistemas que aseguran la cobertura universal es la búsqueda de que los pobres tengan el mismo acceso a los servicios de salud que las personas de mayores ingresos. *Los cuidados médicos se consideraban un derecho no un servicio sujeto a las leyes del mercado, y por lo tanto los mercados no se*

⁶ Sin embargo, en el caso particular de los medicamentos, dado el poder con que cuenta la industria farmacéutica, parecería que este incentivo no ha operado en forma importante.

consideraban un buen instrumento para organizar su provisión. En el marco de esta lógica los planes que se brindaban eran sumamente generosos, los que en un contexto de crecientes posibilidades aportadas por el progreso tecnológico, provocaron con el paso del tiempo problemas de financiación que sentaron la necesidad de cambios.

2. La segunda corriente de reformas: Racionamiento y control del gasto

La existencia de cobertura universal y la mayor disponibilidad de tecnología para resolver o anticipar problemas de salud, trajo como consecuencia dos tipos de problemas, un elevado nivel de gasto (problema estático) y tasas de crecimiento del mismo a valores superiores a las de crecimiento del PBI, fundamentalmente en la década del 60, lo que generó problemas de sustentabilidad. Mientras que en 1960 en promedio en los países de la OCDE el gasto en salud representaba un 3,8% del PBI, en 1980 este porcentaje casi se duplica pasando a ser 7,2%.

Como consecuencia de esta situación se empezaron a procesar una serie de cambios tendientes a detener el crecimiento del gasto. Desde el punto de vista teórico existen dos estrategias para limitar el gasto, una es incidir sobre la demanda-necesidad y la otra incidir sobre la oferta, más adelante se describen estas dos estrategias es sus diversas alternativas desde el punto de vista teórico. Actuar sobre la oferta fue la solución elegida en la mayor parte de los países, siendo las herramientas más empleadas la implementación de mecanismos de pago de tipo prospectivos y controles directos sobre el gasto.

Los mecanismos de pago prospectivos en esencia consisten en hacer que el reembolso al proveedor no esté en función de los costos en los que efectivamente se incurrió para resolver una determinada situación mórbida. Esto genera un fuerte incentivo a la eficiencia en la prestación del servicio, no obstante tiene algunas limitaciones.

a) Ser eficiente no es la única manera que tiene una empresa para maximizar la diferencia entre lo que recibe por la prestación y los costos de la misma. Una estrategia alternativa consiste en reducir la calidad, lo que se ve potenciado por las dificultades que existen para su evaluación en los servicios asistenciales.

b) Los mecanismos prospectivos transfieren riesgo a los proveedores, y esto puede traer como consecuencia un impacto negativo, por ejemplo de intentar modificar el case-mix de prestaciones de forma de reducir el riesgo.

c) Las eventuales ganancias en eficiencia, no siempre se traducen en mejoras para la población, a no ser que el marco regulatorio genere un mecanismo con este objetivo.

Como consecuencia de la implementación de mecanismos de pago prospectivo y una mayor regulación en el funcionamiento de los mercados involucrados en la determinación del gasto en salud, mercado de seguros (regulación del valor de la prima), del mercado de medicamentos (regulación de precio, tasa de rentabilidad, tipo de fármacos), el mercado de trabajo (regulando cantidad y composición de la oferta), el mercado de tecnología (regulando capacidad instalada), se ha provocado una reducción en las tasas de crecimiento del gasto en salud en los países desarrollados, (ver cuadro que se presenta a continuación).

Cuadro 1
Tasa de crecimiento del gasto per capita en salud en el G-7
1960 – 1990
En porcentajes

País	1960-1970	1970-1980	1980-1990
Canadá	6,1	3,7	4,3
Francia	7,8	5,3	3,3
Alemania	10,6	4,5	1,5
Italia	8,9	6,2	3,2
Japón	14,0	7,1	3,7
Reino Unido	3,7	4,4	3,1
EEUU	6,0	4,2	4,4

Fuente: Poterba (1994)

III. Los procesos de reforma en América Latina

Dado su ingreso América Latina presenta en promedio un adecuado nivel de salud. Si se considera la relación entre PBI per cápita y esperanza de vida al nacer correspondiente a un conjunto de 157 países en los que se incluyen desarrollados y subdesarrollados, se observa que los países de América Latina presentan en promedio un valor de este indicador superior al que le correspondería en virtud de su nivel de ingreso.

Sin embargo, si se considera como variable la tasa de mortalidad infantil, los resultados para América Latina no son tan positivos. Por otra parte, diversos estudios dan cuenta de la existencia de importantes disparidades en el acceso a los servicios de salud asociados a los niveles de ingresos de la población. La búsqueda de revertir este último aspecto ha estado en la base de muchos de los procesos de reforma de la región, un caso claro lo constituye el caso de Colombia.

En términos generales dos son los objetivos que se han perseguido y se persiguen en la actualidad con los diferentes procesos de reforma de la región, mejorar la cobertura a amplios sectores de la población financiando la misma de forma no regresiva, y mejorar el desempeño de los mercados de seguros y de prestación.

En Colombia se instrumentó un mecanismo que se puede asimilar a un esquema de dos tipos de *voucher*, uno para los trabajadores formales (que financian a través de un impuesto proporcional al salario) y otro para el resto de la población. En Chile se ha implementado un esquema similar pero la distribución de beneficios es menos progresiva, cada persona compra un plan en función de sus posibilidades.

Un elemento que no aparece en los procesos de reforma de la región y que puede tener consecuencias importantes es la necesidad de contar con mecanismos que permitan amortiguar el impacto negativo que las variables de entorno (riesgo sistémico) pueden tener sobre el sector. Por ejemplo, un hecho ampliamente conocido es la existencia de un comportamiento procíclico del Gasto Público Social en los países de la región, en el que

esta incluido el gasto en salud. Es decir, en los momentos que como consecuencia de la disminución del nivel de actividad, del ingreso de los hogares, se puede hacer más necesario el gasto en salud, el mismo se reduce.

Sí a esto se le agrega la existencia en la región de niveles de volatilidad en las variables macroeconómicas relevantes, significativamente superiores a las que se observan en países desarrollados, surge la necesidad de incorporar este aspecto en la discusión de los procesos de reforma. La capacidad de los sistemas de salud para responder rápidamente a eventuales shocks en el estado de salud de la población puede ser un factor importante para reducir los efectos de histéresis de estos shocks sobre la pobreza.

IV. Incentivos vinculados a la contención de costos

Frente al crecimiento del gasto del sector, se han puesto en práctica tanto en países desarrollados como subdesarrollados una serie de mecanismos tendientes a disminuir su nivel o bien su tasa de crecimiento.

Una forma de ordenar los diferentes instrumentos empleados es clasificándolos según estén destinados a actuar sobre la demanda o sobre la oferta. A continuación se analizan en profundidad un listado de estos instrumentos siguiendo esta clasificación.

IV.1. Instrumentos que actúan sobre la demanda

i) Recuperación de costos y aplicación de copagos

La existencia de mecanismos de recuperación de costos busca limitar el problema de riesgo moral que surge con el seguro. Hacer coparticipar a los usuarios de los servicios de salud en su financiamiento, trae como consecuencia una disminución de la demanda.

Esta medida puede ser considerada adecuada solamente en aquellas situaciones en que la demanda observada es superior a las necesidades. No obstante en caso contrario la medida sería contraproducente. Esto último sucede generalmente con los servicios de prevención, donde es habitual que la demanda sea inferior a la necesidad.

Es por tanto importante diferenciar claramente aquellas situaciones en las que puede existir un exceso de demanda producto de un problema de riesgo moral, en el caso de la consulta espontánea, de aquellas en las que los servicios son prescriptos por el médico tratante, por ejemplo, las visitas sucesivas del tratamiento y las referencias y contrarreferencias.

Un riesgo inherente a la implementación de mecanismos de este tipo, en la medida que el valor del copago no dependa de la capacidad contributiva de los usuarios, es que se transforme en un gasto catastrófico para aquellos sectores de menores ingresos.

A su vez, si el valor del copago para evitar el riesgo de que el mismo se transforme en gasto catastrófico para los sectores de menores ingresos se reduce significativamente, se diluye su capacidad de “moderar” la demanda y por lo tanto su razón de ser, se plantea entonces un dilema entre eficiencia, eficacia y equidad.

Por último, es en la consulta espontánea, como ya fue mencionado, que es dable observar problemas de riesgo moral, pero son estas a su vez la puerta de entrada al sistema y en las que se apoya un sistema de prevención que eventualmente podría justificar no solamente no cobrar las visitas, sino por el contrario pagarlas. Por ejemplo, es frecuente que con el objetivo de captar en forma precoz a las embarazadas se les otorgue un beneficio a aquellas que se presenten en un servicio de salud antes de los tres meses de embarazo.

ii) Reducciones en la cobertura de prestaciones

Como forma de bajar el nivel de gasto en salud se puede reducir el conjunto de prestaciones que se deben prestar. Una propuesta en este sentido planteada por organismos internacionales ha sido la de definir una canasta básica con alcance universal. El acceso a los servicios no comprendidos en la canasta queda determinado por la capacidad de pago de cada persona.

La implementación de mecanismos de este tipo para la contención del gasto en salud, genera problemas de equidad, no obstante, puede ser imprescindible frente a la presión que sobre los costos genera la aparición de nuevos procedimientos o fármacos.

Desde el punto de vista de la instrumentación de una medida de este tipo se hace necesario contar con estudios de evaluación económica que permitan racionalizar la determinación de las prestaciones, de modo tal que la reducción del gasto se realice minimizando el impacto negativo en el stock de salud de la población.

iii) Establecimiento de carencias

Este mecanismo consiste en la determinación de “no derecho” a ciertas prestaciones en determinados momentos de tiempo, típicamente al momento de adscripción a un determinado servicio, hasta que no pase determinado período de tiempo.

Esta medida además de reducir el gasto en salud, opera como factor limitante de la existencia de problemas de selección adversa. Valen para este mecanismo las mismas consideraciones acerca de su impacto sobre la equidad que se realizaron para el establecimiento de carencias.

iv) Exenciones de impuestos

Como forma de generar incentivos a que los sectores de niveles de ingresos medios y altos no demanden servicios de salud al sector público, en países en los que existe impuesto a la renta de las personas físicas, se permite deducir de la base imponible los gastos de salud correspondientes al pago de primas y copagos al sector privado. Este tipo de incentivo es más habitual en los países desarrollados que en los subdesarrollados.

En realidad esto no impacta en el gasto total en salud sino en el gasto del sector público. En la medida que se genere un corrimiento de población desde el sector público hacía el sector

privado, y que como sucede habitualmente el gasto por beneficiario sea más elevado en el sector privado, esto puede traer como consecuencia un aumento del gasto sectorial.

v) ***Fomento y prevención de la salud***

Consiste en modificar el modelo asistencial aumentando el énfasis relativo que tienen las actividades de prevención sobre las de curación. Una estrategia de este tipo se enfrenta a una serie de problemas para su implementación. En primer lugar es necesario determinar el conjunto de medidas de prevención con mayor impacto en el gasto en salud. Esto requiere llevar adelante estudios de evaluación económica que aporten esta información.

En segundo lugar, se debe buscar la forma de obtener los fondos para llevar adelante estas actividades, en la medida que si bien las reducciones de costos que se esperan pueden ser superiores al gasto que las provocan, se presenta el problema de cómo financiar esta actividad.

Por último, se presenta un problema de apropiación de los resultados de la inversión en prevención. En sistemas de salud en los que existe movilidad entre diferentes prestadores, cada uno con intereses propios bien definidos, la valoración privada que hace cada prestador del impacto de la inversión es menor que la valoración social, y por lo tanto los niveles de prevención serán menores a los óptimos.

vi) ***Desarrollo de medios de información***

El objetivo de la estrategia de desarrollar medios de información tiene que ver con limitar la asimetría de información habitual en los mercados de salud, lo que puede atenuar los problemas de inducción de demanda.

Una estrategia de este tipo implica montar sistemas capaces de evaluar la calidad de la información que se suministra, inexistente en general previo a su implementación.

La política de dotar de información a los usuarios en principio debería ser beneficiosa y no debería provocar efectos negativos. Sin embargo, la existencia de eventuales problemas en la calidad de la información puede provocar resultados indeseados que incluso podrían cuestionar la conveniencia de diseminarla.

El problema radica en la dificultad que puede existir para corregir la información de los resultados asistenciales de un prestador, por las características definidas por su stock de salud de las personas que hacen uso del servicio.

A efectos de evaluar el impacto de la información varios trabajos, han considerado el impacto que tuvo la divulgación de resultados en Nueva York de la implantación de marcapasos. Nowamgbe et. al. (1996) encuentran que un porcentaje significativo de los pacientes fueron trasladados para ser atendidos fuera de Nueva York, seguramente aquellos de mayor riesgo y que por lo tanto podían afectar la reputación de las instituciones prestadoras. A su vez, Peterson et. al. (1998) muestran que la tasa promedio de mortalidad

en procedimientos de implantación de marcapasos cae significativamente después de la introducción del sistema de información.

En síntesis, el riesgo de implementar sistemas de divulgación de información acerca de la calidad de los servicios asociada a los resultados obtenidos puede generar problemas a los pacientes de alto riesgo. En la medida que la información que se presenta no controle adecuadamente por el riesgo antes de la intervención en cuestión, las entidades prestadoras tendrán un incentivo a no aceptar pacientes de alto riesgo que le puedan afectar sus parámetros de calidad.

IV.2. Instrumentos que actúan sobre la oferta

i) Limitaciones a las dotaciones de personal como forma de forzar aumentos de su productividad

Una de las causas del elevado gasto en salud puede estar asociada a la existencia de personal excesivo para las tareas que se desarrollan. En Jack (2000) se plantea la existencia de este problema en Argentina en las Obras Sociales donde en promedio se tiene una relación beneficiarios/personal de 130, observándose en algunas de estas instituciones la existencia de un empleado cada 10 beneficiarios.

El poder de los sindicatos puede operar en sentido contrario. Por ejemplo en Uruguay esta reglamentado una carga mensual para los médicos en actividad de policlínica de 26 horas, así como un turno de 6 horas para el personal de enfermería, lo que implica la existencia de 4 turnos en lugar de tres como podría ser en caso de que la carga horaria fuera de 8 horas.

La implementación de una medida de este tipo requiere por un lado especificar el modelo asistencial subyacente, y por otro lado contar con una institución con la capacidad de llevar adelante esta regulación.

ii) Creación de alternativas para la atención hospitalaria

Uno de los principales determinantes del gasto en salud es la actividad hospitalaria. En función a esto, así como por razones vinculadas a la calidad de la atención como por ejemplo reducir el impacto en la población de las infecciones intrahospitalarias, o reducir el estrés asociado al proceso de internación, se han desarrollado programas tendientes a emplear en forma menos intensa esta actividad.

En el marco de estos programas se pueden mencionar la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria, el hospital de día.

iii) Cambios en las formas de pago a los proveedores

Como forma de generar un incentivo a la eficiencia algunos esquemas de pago a los proveedores de bienes y servicios se basan en una remuneración que no toma en cuenta los insumos efectivamente empleados, se paga el producto con prescindencia de los costos en los que incurrió el oferente. Este esquema se denomina pago prospectivo, en oposición a lo

que sería un pago retrospectivo consistente en remunerar los insumos efectivamente empleados.

En el ámbito de la regulación de precios de monopolios naturales la aplicación de un mecanismo de *price cap* es un ejemplo de mecanismo de pago prospectivo. Esta forma de remunerar, si bien tiene el atractivo de generar un incentivo a la eficiencia, tiene el inconveniente, de que la ganancia que se logra en términos de eficiencia es apropiada por la empresa regulada, no trasladándose a los consumidores.

Esto muestra claramente el costo a pagar para generar incentivos a la eficiencia. Esta situación es análoga a la que se presenta con la existencia de un sistema de patentes que protegen los resultados obtenidos a partir de inversión en I&D ahorradores de recursos. El sistema de patente genera poder monopólico frenando la velocidad a la que se procesa la difusión de la nueva tecnología, disminuyendo por lo tanto el impacto positivo sobre la sociedad.

Existe otro costo vinculado a un mecanismo de pago de tipo prospectivo, el proveedor debe asumir el riesgo por aquellos desvíos que no estén bajo su control entre el valor de los recursos efectivamente empleados y el que se consideró para la determinación del monto con el que se reembolsa al proveedor.

En función a esto, es habitual que los mecanismos de pago prospectivo incorporen procedimientos por los cuales se le limita el riesgo al proveedor. Por ejemplo, es común que cuando una empresa está sujeta a un esquema de regulación de precio de venta basado en un *price cap*, se admita subir el precio en aquellos casos en que se observa una suba sustantiva del precio de un insumo básico en la producción del bien o servicio en cuestión.

Pasando ahora a la especificidad del sector salud tenemos mecanismos asociados al pago que realizan las entidades aseguradoras a las proveedoras de servicios, y los mecanismos que las instituciones proveedoras emplean para remunerar los recursos que utilizan para su producción.

Ejemplos de pago prospectivos en el sector salud

Hospitales públicos que reciben una partida presupuestaria

Reembolso a los prestadores de servicios por parte de Medicare en EEUU en base a DRG

Pago de capitación

Cuando el esfuerzo no es directamente “contratable” incentivarlo para médicos, personal de enfermería y administradores puede ser difícil de lograr sin exponerlos a riesgo económico.

Dos casos extremos lo constituyen el salario y la capitación. En el caso del salario el médico recibe un pago fijo independientemente de la actividad que desarrolle. Esto puede provocar un incentivo a sustituir esfuerzo por otros insumos.

En el otro extremo un esquema de capitación en el que un médico o equipo de salud recibe un presupuesto para financiar todos los gastos necesarios para resolver los problemas de salud de una determinada población, genera un fuerte incentivo a emplear la combinación de inputs menos costosa.

Un aspecto relevante en la dinámica del sector tiene que ver con la forma en que se articulan la función aseguradora y la prestadora de servicios asistenciales. La relación entre la entidad aseguradora y prestadora puede establecerse a partir de la firma de un contrato en el que se pautan las obligaciones de cada una de las partes, o pueden dar lugar a un proceso de integración vertical. Esta última opción no implica necesariamente la inexistencia de contratos ya sea de tipo explícito o implícito, pero en caso de existir, generan costos de transacción diferentes a los que se presentan en el caso de separación de las dos funciones.

Habitualmente a nivel del sector público se observa significativos niveles de integración vertical. Recientes reformas han tenido como uno de sus objetivos separar las funciones de aseguramiento y prestación. En el sector privado se ha observado una tendencia en sentido contrario, un ejemplo de esto son las HMO en EEUU⁷.

iv) Cambios en las formas de transferencia de los recursos financieros desde el nivel central a las unidades ejecutoras del sector público

Las modificaciones en el reembolso a los prestadores no se limitan al sector privado. Los mecanismos de asignación de recursos en el sector público generalmente no incorporan incentivos a la eficiencia. A la hora de asignar recursos muchas veces no se cuenta con evaluaciones del impacto que tiene el gasto público. Los sistemas presupuestales en general estaban más orientados al control del gasto que a la eficiencia del mismo.

Una forma de revertir esta situación y contener el crecimiento del gasto en salud tiene que ver con modificar los mecanismos de asignación de recursos. En EEUU por ejemplo, los programas de apoyo del sector público a los indigentes (Medicaid) y a los ancianos (Medicare) están basados en el pago asociado a diagnóstico (DRG). En la región, países como Chile por ejemplo han desarrollado esquemas de financiamiento público en el marco de compromisos de gestión. En esencia estos consisten en que los responsables de las unidades ejecutoras reciben un determinado presupuesto y a cambio se comprometen a alcanzar determinados resultados en materia asistencial.

Un problema con que se enfrentan en general este tipo de mecanismos para el caso de la provisión pública, es la imposibilidad relativa de afectar las remuneraciones.

v) Normatización y seguimiento de las prácticas médicas

Uno de los aspectos del funcionamiento del sector salud que ha sido objeto de mucha atención, es la existencia de diferencias en las tasas de utilización que no se corresponden

⁷ Feldstein (1983) señala que el costo de asistencia de las HMO es entre un 10% y un 40% que en los sistemas que se basan en un tipo de pago por acto.

con las necesidades asistenciales. A continuación, a modo de ejemplo se presenta información acerca de las tasas de utilización con las que se compara la situación entre EEUU y Canadá.

Cuadro 2
Tasas EEUU : Canadá

	Diferencia en tratamientos
Problemas cardiovasculares	
Roudeau et. al. (1993)	Cateterismos 1,9 : 1,0
	Revascularización 2,6 : 1,0
Mark et. al. (1994)	Cateterismos 2,9 : 1,0
	Bypass 4,7 : 1,0
	Angioplastia 2,6 : 1,0
Tu et. al. (1997)	Cateterismos 5,2 : 1,0
	Bypass 7,6 : 1,0
	Angioplastia 7,8 : 1,0
Pilote et. al. (1994)	Cateterismos 1,6 : 1,0
	Bypass 2,5 : 1,0
	Angioplastia 2,3 : 1,0
Cáncer	
Katz y Hofer (1994)	Mamografía 2,1 : 1,0
	Breast exam 1,1 : 1,0

Fuente: Cutler (2002)

En función a este hecho una medida tendiente a contener costos consiste en determinar protocolos de atención en los que se incorporen la utilización de recursos que se entiende razonable frente a un determinado problema de salud.

No obstante, la existencia del protocolo no es suficiente, para obtener el resultado buscado es necesario en primer lugar contar con los mecanismos para evaluar la práctica del personal de salud, y además es necesario poder tomar medidas en caso que se observen desvíos no justificados.

vi) Control y límites a la incorporación y disponibilidad de equipamiento médico

En algunos países existen mecanismos que regulan la incorporación de equipamiento médico, determinando de esta forma la disponibilidad del mismo. La regulación en economía es definida como una intervención por parte del Estado para corregir fallas de mercado.

La racionalidad para llevar adelante un mecanismo de regulación de este tipo tiene que ver con la idea de que la oferta en este sector puede generar su propia demanda. En países desarrollados existe legislación vinculada a la incorporación de equipamiento y se crean oficinas para llevar adelante esta política. Estas oficinas a veces son las que crean los llamados certificados de necesidad. Estos certificados son necesarios para poder realizar una inversión en infraestructura o en equipamiento médico.

vii) Regulación del precio de los insumos básicos, salarios, medicamentos

Como forma de reducir el nivel de gasto en salud es común observar la participación del sector público incidiendo en la determinación del precio de insumos y salarios.

El mercado de los medicamentos es un claro ejemplo de intervención estatal. La regulación en este rubro no se acota a incidir en el precio de venta de los fármacos, va más allá determinando en algunos casos la incorporación o no de los fármacos en listados financiados por ejemplo por la seguridad social a partir de criterios no exclusivamente sanitarios, la inclusión se hace luego de la comprobación de que los mismos son costo-efectivos. Este tipo de mecanismo genera incentivos diferentes a los que existían previamente en relación a la inversión en I&D.

En lo que hace al control de precios las medidas van desde la determinación del valor máximo que se puede fijar para un determinado fármaco, a crear condiciones de competencia para evitar que primen en el mercado los precios de monopolio. En esta dirección se encuadra la política de genéricos. En algunos casos se ha optado por regular el precio de venta, y en otros por regular la tasa de rentabilidad de los laboratorios y/o de otros componentes de la cadena de distribución del medicamento.

Un riesgo asociado a este tipo de estrategia tiene que ver con el impacto que puede tener la reducción del precio de los medicamentos en la demanda de los mismos. Bajo el supuesto que el consumo de medicamentos está asociado exclusivamente a la necesidad y que además no existe demanda insatisfecha, la disminución del precio del medicamento no afectará la demanda y por lo tanto el gasto en este rubro será menor.

No obstante, en caso de existir demanda insatisfecha y/o que la elasticidad precio de la demanda de medicamento no sea igual a cero, una medida de este tipo puede traer como consecuencia el resultado contrario al esperado, es decir un aumento en el gasto explicado por un aumento en la cantidad consumida en un porcentaje superior a la reducción del precio. Este fenómeno se ha observado en algunos países desarrollados tras rebajas importantes de los precios.

En lo que hace al control de los salarios cabe realizar una serie de comentarios vinculados a posibles dificultades que se presentan al intentar llevar adelante este tipo de medidas, y acerca de eventuales riesgos en su implementación.

El tipo de actividad que realizan los médicos les da un poder de negociación importante que dificulta los procesos de control de ingresos. Esta situación no es homogénea dentro del cuerpo médico y depende en forma sustantiva de la relación que exista entre el número de

médicos disponibles y las necesidades del país. Cuanto mayor sea esta brecha mayor su poder de negociación. En este sentido, al descomponer la oferta médica por especialidades seguramente se observen situaciones muy asimétricas. Por ejemplo en el caso de Uruguay, país que se encuentra entre los que tienen mayor número de médicos por habitante en América Latina, presenta para algunas especialidades déficit de profesionales. Esto no es más que una manifestación de la existencia de diferentes grados de poder dentro del cuerpo médico.

A su vez debe tenerse presente que la brecha entre necesidad y la cantidad de profesionales existentes, en la medida que se reconozca la existencia de inducción de demanda, no es exógena, quedando en parte condicionada por la propia práctica médica.

Dos tipos de riesgos se deberían tener en cuenta según la situación particular en la que se encuentre cada país, en aquellos casos de exceso de oferta de profesionales regular el salario genera incentivos a que se demande sistemas de pago en los que exista un componente que varíe con el nivel de actividad y concomitantemente se profundice el problema de inducción de demanda.

En el otro extremo en países pobres que enfrentan problemas para retener al personal médico, medidas de este tipo pueden magnificarlos.

viii) Regulación del desarrollo de instalaciones y establecimientos, con el fin de evitar la sobre dotación

La existencia de condiciones para que la oferta genere su propia demanda es una de las características que identifican al sector salud. En virtud de esto es habitual encontrar sugerencias de controlar la capacidad instalada en el sector.

No obstante la falta de “poder” de la entidad reguladora, lo que se da fundamentalmente en aquellos casos en que esta no está asociada al financiamiento, así como el “poder” con que pueden contar los médicos pueden hacer dificultoso este tipo de regulación, (Saltman and de Roo 1989)

ix) Regulación de los sistemas formadores de profesionales de la salud

¿Qué incidencia tiene la oferta de profesionales de salud en el desempeño del sector?

La respuesta a esta pregunta debe considerar dos aspectos cualitativamente diferentes, uno referido al número total de profesionales y otro vinculado a la composición de la oferta.

El número de profesionales incide en el desempeño del sector, pudiéndose establecer la presencia de una asociación positiva entre dicho número y la probabilidad de que se presenten problemas de inducción de demanda. Existen diversos modelos teóricos explicativos del fenómeno, así como trabajos empíricos que intentan contrastar la hipótesis de inducción.

Asumir que puede existir inducción de demanda pone en tela de juicio la conveniencia de dejar sin regular la oferta de profesionales. No obstante, parece obvio que la regulación de la oferta no es la única alternativa de política a ser implementada. El conjunto de alternativas tiene que ver con la implementación de mecanismos que operen como restricción a la inducción de demanda. Por ejemplo, la existencia de exigencias en torno a seguir protocolos, o en términos más generales la gestión clínica.

El otro aspecto a tener en cuenta tiene que ver con la composición de la oferta de profesionales. ¿Qué papel tiene la participación relativa de especialistas en el desempeño del sector?

Katherine y Chandra (2004) analizan el impacto que tiene la especialización en el gasto por beneficiario, en la calidad de la atención y en la satisfacción de los usuarios en EEUU. Para esto parten del *Dortmouth Atlas of Health Care* (Wennberg y Cooper 1996) el que divide EEUU en 306 regiones asociadas cada una a un hospital de referencia. A partir de esta regionalización, estudian el impacto que tiene la densidad existente en cada zona de médicos especialistas. Luego de ajustar por las necesidades de cada región en función de factores de riesgo como sexo y edad estiman una regresión en la que la variable explicada es un índice de cuidados efectivos y entre las variables explicativas se encuentra la cantidad de especialistas por cada 10.000 beneficiarios. También se analiza el impacto sobre el gasto y sobre los niveles de satisfacción.

El estudio concluye que las áreas con mayor densidad de especialistas gastan más por beneficiario y no presentan mejores indicadores de calidad, mortalidad o satisfacción. No obstante los autores advierten acerca de no sacar como conclusión directa del estudio que los mayores niveles de especialización son la consecuencia del mayor nivel de gasto y además aportan una explicación de porque contar con un mayor número de especialistas no es un indicio necesariamente de mayor calidad.

Por lo tanto, no se puede concluir directamente que exista una correlación positiva entre mayor número de especialistas y mayor gasto, esto se debe a que pueden haber otras variables que estén explicando estas diferencias que no forman parte del modelo, por ejemplo variables culturales.

Como explicación de que no exista necesariamente una correlación positiva entre densidad de especialistas y calidad, incorporan como variable que puede jugar en forma negativa los costos de coordinación médica, los que según los autores generarían una externalidad negativa.

V. La visión de los Organismos Internacionales

V.1. Estrategia de salud del BID⁸

El diagnóstico del *Informe de Progreso Económico Social (IPES)* de 1996, basado en datos de inicios de esa década, reveló que los países de América Latina y el Caribe (ALC), aún gastando más en salud que otros países con similares niveles de ingreso, presentaban logros menores a aquellos en términos de indicadores básicos de salud, llegando a la conclusión de que el sector se organizaba en modelos poco eficientes de entrega de servicios. Sobre la base de este diagnóstico, la estrategia de Reforma en la Prestación de Servicios Sociales del Banco (1996) *recomendó incentivos* para lograr una prestación efectiva y eficiente de los servicios.

Los gastos en salud de ALC, entre 1990 y 1998, en los países de ingreso medio superior bajó 8% (del 6,3% al 5,8% del PIB) mientras que los gastos de salud de países de otras regiones con el mismo nivel de ingreso aumentaron 71%, (del 2,7% al 4,6% del PIB).

Así, si bien es verdad que los países de ALC de ingreso medio superior siguen gastando más que los otros en la misma categoría, la diferencia se redujo sustancialmente.

En los países de ingreso medio ocurrió algo distinto. Los gastos de ALC en esta categoría subieron de 5,8 al 7,0% del PIB (21%) mientras que en los demás países aumentaron de 3,0 al 3,7% (23%).

En conclusión, hubo una disminución relativa del gasto y una mejora del estado de salud. Sin embargo, en ausencia de estudios específicos, no se puede afirmar que exista una relación causal entre ambos fenómenos. Pese a todos estos progresos, las condiciones macroeconómicas de los países de la región al inicio del nuevo milenio quedaron muy debilitadas, reduciendo los niveles de ingreso de la población, aumentando el desempleo y la informalidad y dificultando el acceso a los servicios de salud por la vía del seguro social. En este sentido, muchos países sufren presiones para aumentar el gasto público en salud en un momento de fuerte ajuste macroeconómico y escasez de recursos fiscales.

Prioridades de la Acción del BID:

Apoyar la definición y el alcance de objetivos sanitarios nacionales estratégicos, adaptados a la realidad de cada país, que promuevan la atención a las necesidades de los más pobres, la inclusión y la equidad social.

El Banco mantendrá el firme propósito de apoyar las acciones necesarias para alcanzar los ODM y otras prioridades sanitarias nacionales, con énfasis en los objetivos vinculados a las

⁸ Esta parte es sacada de BID (2004)

necesidades de los grupos de menor ingreso y socialmente excluidos (pueblos indígenas y comunidades étnicamente o culturalmente no integradas). Entre los ODM se destaca la reducción de mortalidad materna, que al alcanzar preponderantemente a los grupos de menor ingreso, constituye uno de los mayores retos de salud de la región. Su alcance está supeditado a las estrategias que garanticen la salud integral de la mujer, el acceso pleno a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la planificación familiar.

Fortalecer la capacidad institucional de los sistemas de salud de forma de aumentar su eficiencia y alcanzar los objetivos estratégicos de salud.

El Banco seguirá apoyando los procesos de modernización institucional y de reforma de las políticas públicas para alcanzar los objetivos nacionales de salud, apoyando políticas de descentralización de salud cuando sean necesarias. Apoyará asimismo, los procesos tendientes a proveer mayor eficiencia al uso de los recursos, entre los proveedores públicos y privados, con miras a ampliar la cobertura y la equidad en el alcance de las metas referidas anteriormente.

Mejorar la efectividad del sistema de servicios a través de estrategias de atención primaria de salud, de la capacitación de los recursos humanos, de la provisión de bienes públicos y de la difusión de procesos participativos.

Dadas las evidencias que comprueban su efectividad en la resolución de los problemas de salud, el Banco apoyará prioritariamente los programas de atención primaria de salud, dando énfasis a que el diseño de estos programas incorpore las demandas locales y promueva la equidad a través de mecanismos de participación e inclusión social. Los programas de atención primaria de salud deberán estar asociados a estrategias de capacitación de recursos humanos y a la provisión de bienes públicos que aumenten la efectividad de los esfuerzos de promoción, prevención y atención a la salud.

Promover acciones de salud pública y el enfoque intersectorial de los problemas sanitarios.

El Banco apoyará la intensificación de los esfuerzos para mejorar la cobertura en los programas de salud pública, tales como la vigilancia sanitaria, epidemiológica, ambiental, la promoción de la salud y la prevención de factores de riesgo asociados a enfermedades transmisibles y crónicas no-transmisibles. También promoverá la identificación e implementación de actividades intersectoriales que presenten efectos positivos en la salud, tales como la mejoría de la calidad ambiental, la extensión de cobertura de agua potable, el saneamiento básico, la recolección y disposición adecuada de los residuos sólidos y la promoción de medidas que mitiguen los efectos sobre la salud de los desastres naturales.

Resultados del análisis foda con los Especialistas de Salud de la Sede del Banco (Mayo 2003)

Identificación de las oportunidades y amenazas del sector salud en ALC que facilitan o inhiben que el cumplimiento de los objetivos del Banco en salud, así como de las fortalezas y debilidades de la institución para el cumplimiento de sus objetivos en salud.

Oportunidades (externas):

Existe un consenso formal internacional sobre determinantes de salud y prioridades sanitarias (ODM).

Existen mejores conocimientos y herramientas para diseñar y gestionar políticas y programas de salud.

Hay mayor presión para que se rinda cuentas sobre programas y políticas públicas de salud. Hay mayor presencia de la salud en la agenda pública.

Amenazas (externas):

La debilidad institucional de los sistemas / gobiernos.

La falta de espacio fiscal para mejorar las políticas y programas de salud.

El predominio de una cultura médico-tecnológica-hospitalaria que dificulta cambios.

El cansancio con las reformas sanitarias.

V.2. El Banco Mundial

A efectos de conocer la visión del Banco Mundial en lo que hace a los problemas del sector salud y conocer el perfil de la investigación en esta área se revisó por un lado el siguiente trabajo: *The Millennium Development Goals for Health. Rising to the Challenges* (2004), y por otro lado se clasificaron los trabajos del área de investigaciones del banco realizados en los últimos años, poniéndose particular énfasis en aquellos vinculados a incentivos.

A continuación se presenta una síntesis de los lineamientos que aparecen en el siguiente documento del BM: *The Millennium Development Goals for Health*. Las prioridades que surgen de este documento son:

Asegurar la existencia de recursos humanos adecuados para prestar los servicios de salud

Asegurar la oferta de medicamentos y otros insumos, apropiados para las necesidades de la población y a un valor compatible con las posibilidades de los países.

Desarrollo de políticas vinculadas a controlar el precio de los medicamentos y el nivel de gasto.

Fortalecer las funciones esenciales del sector público.

Desarrollar estrategias nacionales de prevención de enfermedades, tratamiento y control

Fortalecer las actividades del gobierno en lo que hace al seguimiento de la actividad del sector y la evaluación de la misma.

Fortalecer la existencia de mecanismos tendientes a la diversificación del riesgo.

Trabajos de investigación

A efectos de conocer las prioridades en materia de investigación del Banco Mundial se revisaron los 124 documentos publicados en su página web correspondientes al período 1994 – 2004.

Los temas que concentran el mayor interés en virtud de la cantidad de trabajos que aparecen referidos a los mismos son: 1) Equidad en el financiamiento y en el acceso, 2) el gasto asociado al HIV, 3) problemas de salud asociados a la nutrición, 4) salud y medio ambiente, 5) incentivos.

Los trabajos acerca de incentivos encontrados fueron:

Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda

Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs: Lessons from Latin America

Hospital Governance and Incentive Design: The Case of Corporatized Public Hospitals in Lebanon

Are Incentives Everything? Payment Mechanisms for Health Care Providers in Developing Countries

The Design of Incentives for Health Care Providers in Developing Countries: Contracts, Competition, and Cost Control

Decentralizing the Provision of Health Services: An Incomplete Contracts Approach

What Do Doctors Want? Developing Incentives for Doctors to Serve in Indonesia's Rural and Remote Areas

Policies and institutions mediate the impact of government health spending

VI. Conclusiones

Del análisis de la evolución observada en la dinámica del sector en las últimas décadas, así como de la revisión realizada de los trabajos en torno a los principales problemas del mismo se desprenden una serie de “áreas-problema” que pueden ser consideradas estratégicas si se piensa en el diseño de políticas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

A continuación se presentan las principales “áreas-problemas” que se desprenden de nuestro análisis, y se plantean para cada una de estas una serie de preguntas cuyas respuestas se entiende son un insumo necesario para poder avanzar en la resolución de los problemas descritos:

a) La existencia de discrepancias entre la demanda asistencial y las necesidades asistenciales de la población

La existencia de una discrepancia de este tipo implica que pueden existir necesidades no satisfechas, lo que incide negativamente en la calidad de vida de la población, y por otro lado, que puedan existir prestaciones que no responden a necesidades y que por lo tanto pueden ser consideradas innecesarias. Estas prestaciones en algunos casos pueden ser inocuas para el paciente, siendo su único aspecto negativo por tanto, generar un gasto innecesario, pero en otros casos pueden ser consideradas contraproducentes, afectando por este medio también la calidad de vida de los pacientes⁹.

¿Cuál es la brecha existente entre necesidades y demanda? ¿Qué impacto tiene esto en la calidad de vida de la población? ¿Es posible reducir esta brecha manteniendo el mismo nivel de gasto?

¿Quién se beneficia en la actualidad de las prestaciones de salud y cuales son los beneficios recibidos?

¿Se cuenta en los países de la región con información acerca de las necesidades sanitarias?

¿Se pueden definir políticas de salud sin esta información?

¿Es la calidad de vida de los habitantes y sus necesidades en materia asistencial tenida en cuenta como factor clave para el diseño y la ejecución del modelo asistencial?

⁹ Según un estudio realizado en California, el 14% de las operaciones de coronarias realizadas estaban contraindicadas, y el 30% eran dudosas. En el caso de la colocación de estimuladores cardíacos los porcentajes equivalentes eran el 20% y 36%, y los valores de otros procedimientos eran similares, (Enthoven 1990, citado por Albi. et. al. 1994)

b) La magnitud del gasto en salud y su tasa de crecimiento

En la medida que existe consenso en que las prestaciones de servicios de salud son un bien meritorio, y por lo tanto se deben considerar un derecho del que nadie debería ser privado, y dado los importantes avances que se han dado en las últimas décadas en las posibilidades que ofrece la tecnología médica, tanto a nivel de procesos como de productos, las presiones inflacionarias en el gasto en salud han sido muy importantes.

A esto se debe sumar la existencia de reformas que han tendido a incrementar la cobertura de los servicios de salud a mayores sectores de la población. Este proceso en la medida que no se instrumenten mecanismos tendientes a contener costos, puede hacer que el sector salud no sea sustentable.

¿Quiénes financian el gasto en salud y cuánto pagan?

¿Quién recauda los fondos y a donde se destinan los mismos?

¿Cuánto se gasta y en qué?

¿Existe sobre dotación de equipamiento? ¿Cómo afecta el mismo la dinámica del sector?
¿Qué mecanismos de ajuste entre la oferta y la demanda de equipamiento se pueden implementar? ¿Cómo incide la existencia de estacionalidad en la demanda y la imposibilidad de almacenar los servicios de salud?

¿La cantidad y estructura del cuerpo médico y de los trabajadores no médicos es adecuada?

c) La asignación de recursos al interior del sector

El sendero de expansión del gasto en salud, depende entre otros factores de la inversión en prevención que se realiza en cada momento de tiempo. Este también depende de la asignación a los diferentes niveles de prestación, la que como ya fue mencionado no debe ser considerada en forma exógena, determinada por las necesidades, sino que debe ser considerada en forma endógena teniendo en cuenta los factores que se describen a continuación. El poder de los diferentes actores involucrados en el proceso asistencial, factores culturales, la composición del cuerpo médico, la disponibilidad de equipamiento médico, los mecanismos de referencia y contrarreferencia existentes, y los mecanismos de reembolso al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Un aspecto relevante tiene que ver con la existencia de mecanismos que tiendan a equilibrar los egresos con los ingresos tanto a nivel sectorial como a nivel de cada institución. La toma de decisiones acerca del gasto, se realiza en un escenario de restricción presupuestaria fuerte, o débil. La inexistencia de mecanismos que tiendan a hacer que los egresos se ajusten en forma relativamente automática a los ingresos disponibles, asumiendo la existencia de un restricción presupuetal fuerte, en un contexto de importantes presiones al crecimiento del gasto por las razones explicitadas a lo largo de este trabajo, plantea un serio problema a la gobernabilidad del sector.

De lo anterior se derivan los siguientes dos temas: a) la necesidad de contar con criterios para poder determinar el nivel razonable del gasto en salud teniendo en cuenta tanto aspectos de equidad como eficiencia, para que este pueda ser tomado como el ancla del sistema, b) la conveniencia de contar con mecanismos al interior de las instituciones que permitan ajustar los ingresos con los egresos.

¿Qué explica la discrepancia entre la reconocida conveniencia de invertir en prevención y lo poco que efectivamente se invierte?

¿Qué explica que a pesar de reconocerse que el pago por capitación en el primer nivel de atención genera los incentivos correctos, no sea la forma de pago predominante?

¿Que evidencia empírica existe acerca del impacto que tendrían los diferentes mecanismos de reembolso?

¿Se observan diferencias significativas en tasas de utilización una vez controlado por características de las poblaciones analizadas?

d) La organización de las instituciones prestadoras-aseguradoras

Partiendo del paradigma tradicional de la economía industrial existe una vinculación entre la estructura, comportamiento y resultados. La estructura se refiere a la conformación de la oferta. En la conformación de la estructura de la oferta del sector salud se destacan los siguientes aspectos: a) la integración vertical o no de la prestación y del seguro, b) la integración vertical en una misma institución de todos los niveles asistenciales, c) la participación del sector público en tanto prestador directo de servicios de salud o como agente exclusivamente financiador, y por último d) la existencia o no de competencia en el sector y la definición acerca de la variable sobre la que se compite o debería competir, precio, calidad, o ambas.

¿Qué justifica la participación del Estado como prestador directo de servicios de salud? Razones de equidad y de eficiencia justifican la participación del Estado en el financiamiento del sector, sin embargo no son claros los argumentos que justifican su participación como prestador. Un posible argumento es la existencia de elevados costos de transacción vinculados a la contratación a privados de la provisión de servicios de salud, en el entendido que las características específicas del bien o servicio que se pretende tercerizar inciden en forma significativa en los costos de transacción.

¿La relación entre las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud es inexistente, es de complementación, es residual? ¿Existen mecanismos para mejorar el impacto de la combinación público-privado?

¿Como se articulan los distintos niveles de atención? ¿Están integrados en una misma institución? ¿El primer nivel de atención no está integrado con los de mayor complejidad y opera como puerta de entrada al sistema?

e) El desempeño de las instituciones prestadoras de servicios de salud

En la trama institucional del sector salud de cualquier país se reconoce la articulación de tres funciones, *la prestación de servicios asistenciales, la oferta de seguros de salud, y la regulación del funcionamiento del sector*. Lo que diferencia a los países es la forma en que estas funciones se implementan. Las distintas formas de articulación inciden críticamente en el proceso específico de prestación de servicios asistenciales.

Por ejemplo, un aspecto relevante discutido tanto a nivel teórico como empírico es el impacto que tiene la integración vertical del seguro y la prestación, o en caso de que no se de esta integración, el impacto que tienen los distintos tipos de contratos que se celebren entre aseguradora y prestadora de servicios.

El otro aspecto relevante y en torno al cuál se han implementado procesos de reforma tiene que ver con la integración o no de los diferentes niveles de atención y el establecimiento de un mecanismo en el cuál se determina un presupuesto para una determinada población y se le asigna a los responsables del primer nivel de atención y se define que la única puerta de acceso a los servicios de salud sea a través del primer nivel. En este esquema, se crea un “mercado” interno en el que los responsables del primer nivel (agentes más informados que los usuarios) compran servicios a los niveles de atención más complejos, típicamente la internación hospitalaria.

El último aspecto y uno de los más analizados desde el punto de vista teórico, aunque no con igual intensidad desde el punto de vista empírico, es el de la existencia de incentivos (económicos y no económicos) adecuados al interior de las instituciones.

¿Existen procesos de evaluación de estructuras, procesos y resultados asistenciales, con asignación de responsabilidad por la salud integral del individuo?

¿Qué explica la casi inexistencia de estudios de evaluación económica para la toma de decisiones en la región?

¿Existen limitaciones institucionales para la implementación de mecanismos de compensación al interior de las instituciones que generen incentivos a la búsqueda de la eficiencia y la calidad?

¿Quién y como se toman las decisiones de incorporación de tecnología médica?

f) Aspectos institucionales de regulación y la calidad de la misma

Las características del sector salud hacen que este pueda ser considerado uno de los sectores de actividad más complejos desde el punto de vista de la regulación. A su vez, asociado a la importancia que tiene el sector desde el punto de vista del impacto de su actividad en la calidad de vida, y del gasto que su funcionamiento genera, existe en general al interior del mismo importantes grupos de poder.

En la medida que las características inherentes al sector (asimetría de información, existencia de externalidades, producir bienes meritorios, etc.) determinan la necesidad de

regular el mismo, surgen dos temas prioritarios: a) la determinación del “tipo” o universo de regulaciones a ser implementadas, por ejemplo, valor de la prima que pueden cobrar los seguros, la disponibilidad de equipamiento, la cantidad de médicos, el tipo de tecnología a emplear, y b) la institucionalidad del proceso regulatorio.

¿Existe en los países de la región las “capacidades” necesarias para regular adecuadamente el sector? ¿Con que herramientas cuentan las instituciones reguladoras? ¿Con que capacidad técnica cuentan? ¿Con que poder se enfrentan? Todos estos son factores que determinan la calidad de la regulación.

Economists are naïve if they expect that good economic research with strong results will translate immediately into policy. Policy depends on analysis and on values; sensitivity to that interaction will make economists more useful contributors to health policy

Referencias bibliográficas

- Albi, E., C. Contreras, J. M. González-Paramo, I. Zubiri, (1994). *Teoría de la Hacienda Pública*, 2da edición, Ariel Economía.
- Banco Mundial, (2004), *The Millennium Development Goals for Health. Rising to the Challenges*, The World Bank.
- BID (2004). *Perfil de la Estrategia de Salud (Marco para la acción sectorial del Banco)*, Comité de Políticas y Evaluación.
- Cutler, D. M. (2002). “Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform”, *Journal of Economic Literature*, Vol. XL: pág. 881-906.
- Donelan K., R. Blendon, C. Schoen, K. David y K. Binns, (1999). “The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations”, *Health Affairs*, 18:3 pag. 206-216.
- Feldstein, P. J. (1983). *Health Care Economics*, New York: Wiley.
- Fuchs, V. R. (2000). “The Future of Health Economics”, *Journal of Health Economics*, 19: 141-157.
- Jack, William, (2000). *Health Insurance Reform in Four Latin American Countries: Theory and Practice*, Banco Mundial.
- Katherine B., and A. Chandra (2004). “The Productivity of Physician Specialization: Evidence From Medicare Program”, *American Economic Review*, Papers and Proceedings, May pag: 357:361.
- Katz, J. M., y E. Miranda, (1995). *Reforma del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos*, CEPAL, Serie Políticas Sociales, N° 12.
- Newhouse, J. (1992). “Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?”, *Journal of Economics Perspectives*, 6(3): pag. 3-21.
- Poterba, J. M. (1994). “A Skeptic’s View of Global Budget Caps”, *The Journal of Economics Perspectives*, Vol. 8. Number 3: 67 – 73.
- Randall, P. E., y T. G. McGuire, (1993). “Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care”, *The Journal of Economics Perspectives*, Vol. 7. Number 4: 135 – 151.
- Saltman, R. B. y A. Roo. (1989). “Hospital policy in the Netherlands: The parameters of structural stalemate”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14:773 –95.

Weisbrod, B. A. (1991). "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment", *Journal of Economic Literature*, Vol. XXIX, Number 2: 523 - 552.