

cinve

Centro de Investigaciones Económicas

**XVII JORNADAS NACIONALES Y
XVI INTERNACIONALES DE
AES ARGENTINA**

**VOLVIENDO A LOS FUNDAMENTOS
DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD**

Setiembre 2007

Carlos Grau Pérez – Luis Lazarov

Contenido de la presentación

Reflexiones en torno al título de la convocatoria de estas Jornadas

Consideraciones en torno al tema de esta mesa

La situación de Uruguay, luces y sombras del proceso de reforma en curso

Reflexiones en torno al título de la convocatoria de estas Jornadas

Lecturas de referencia

Arrow, K. (1963). **La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas**, *American Economic Review*

Fuchs, V.(2000). **The Future of health economics**, *Journal of Health Economics*.

Ortún, V. (2005) **Economía de la salud, donde estamos 25 años después?**, *Asociación de Economía de la Salud, España*.

Stiglitz, J. (1999). **Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries**, *Presentación realizada en el Congreso Internacional de Economía de la Salud, Rotterdam*.

Diccionario de la Real Academia Española

Según la Real Academia Española **volver** quiere decir:

- Dar vuelta o vueltas a algo
- Dirigir, encaminar algo a otra cosa, material o inmaterialmente
- Poner o constituir nuevamente a alguien o algo en el estado que antes tenía.
- Hacer que se mude o trueque alguien o algo de un estado o aspecto en otro.
- Repetir o reiterar lo que antes se ha hecho

Según la Real Academia Española *fundamento* quiere decir:

1. Principio y cimiento en que estriba y sobre el que se apoya un edificio u otra cosa.
2. Razón principal o motivo con que se pretende afianzar y asegurar algo.
3. Raíz, principio y origen en que estriba y tiene su mayor fuerza algo no material.

En síntesis de lo que se trata es de con los cimientos (fundamentos que tenemos) construir otros que sean capaces de sostener los desafíos que los sistemas sanitarios enfrentan, **el de asignar adecuadamente sus recursos.**

El punto de partida ineludible en lo que hace a estos cimientos es el debate en torno a las virtudes y defectos de la solución centralizada versus la solución descentralizada. En este sentido el reconocimiento de que la solución de esquina no es necesariamente la mejor implica un buen punto de partida.

REQUERIMIENTOS versus JUSTIFICACIÓN PARA DEJAR FUNCIONAR LIBREMENTE LOS MERCADOS

La formalización de los resultados de la mano invisible del mercado decidiendo en forma eficiente el QUE, COMO y PARA QUIEN producir en los llamados teoremas del bienestar le otorgó a estos *el carácter de descripción del funcionamiento de los mercados.*

No obstante para muchos el principal aporte de estos teoremas no es su capacidad de describir la realidad, sino que *su aporte radica en explicitar los requerimientos (las hipótesis de los mismos) para que el libre funcionamiento de los mercados de lugar a situaciones deseables desde el punto de vista social.*

Por lo tanto se transforman en un insumo para la definición del marco regulatorio.

AUSENCIA DE ENUNCIADOS GENERALES EN RELACIÓN A LA FORMA DE ALCANZAR EL MAYOR BIENESTAR SOCIAL

En el mundo real, en particular en los mercados de prestación de servicios de salud, se presentan fallas que condicionan la posibilidad de que la solución descentralizada sea la más conveniente desde el punto de vista social.

Lo complicado es que en la medida que coexisten diversas causas para este fenómeno, por solamente mencionar dos, mercados de seguros incompletos, asimetría de información, la evaluación de las medidas de intervención deben ser evaluadas a la luz de lo que nos deja como enseñanza el teorema del óptimo de segundo orden. La cantidad de fallas de mercado no es la cuestión, por lo tanto no siempre es mejor acercarse a las condiciones ideales de la libre competencia.

EXISTEN FUNDAMENTOS, PERO NO EXISTEN RECETAS

La economía de la salud ha mostrado en forma acertada la importancia que tienen los incentivos tanto a nivel macro como micro. A su vez aportó evidencia del impacto previsible de diferentes tipos de incentivos. Los estudios de mecanismos de reembolso dan cuenta de esto.

No obstante sería un error no complementar el aporte de la teoría de los incentivos con otros aportes, por ejemplo el análisis institucional. Para ilustrar esto consideremos la siguiente situación:

Se están evaluando las siguientes dos alternativas para financiar un Seguro Nacional de Salud:

- 1) A partir de un **impuesto** a las remuneraciones de 7%
- 2) A partir de una **contribución** obligatoria que deberán realizar los trabajadores de 7%

Si ignoramos los aspectos institucionales que pueden estar detrás de estas alternativas, las mismas se presentan como idénticas. No obstante, es muy probable que la recaudación en el primer caso sea responsabilidad del Ministerio de Economía y en el segundo caso de la Oficina de Seguridad Social del país.

Dependiendo de cada país estas opciones pueden tener valoraciones diferentes. Además, supongamos que en determinado momento se pretende pasar a financiar el seguro con impuestos generales, no podrá la alternativa elegida incidir en la posibilidad de este cambio?

Consideraciones en torno al tema de esta mesa

En Uruguay no existen:

- 1) Evaluaciones económicas de programas sanitarios, ni del impacto de la incorporación de nuevas tecnologías.
- 2) Una Agencia de Evaluación de Tecnologías
- 3) Información actualizada acerca de la carga de enfermedad. No contamos con encuestas de salud.
- 4) Información de costos adecuada para realizar análisis costo efectividad

En este contexto no es tarea sencilla decidir acerca del mejor uso a dar a un peso adicional destinado a financiar el gasto en cuidados médicos.

En relación a los dos primeros carencias mencionadas el país está obteniendo avances.

El Fondo Nacional de Recursos y la Medicina Altamente Especializada

En Uruguay a principio de los 80 se crea un seguro con financiamiento público para toda la población que opera sobre los seguros ya existentes para cubrir el financiamiento de prestaciones de medicina altamente especializada, definiéndose esta como:

” la que requiere una concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de forma tal que permitan obtener excelencia asistencial”

De lo anterior se desprende que la definición del listado de prestaciones cubiertas por este seguro no surge de un análisis costo efectividad.

LISTADO DE PRESTACIONES FINANCIADAS POR EL FNR

HEMODIALISIS

CATETERISMO DE ADULTOS

CATETERISMO DE NIÑOS

CIRUGÍA CARDÍACA DE ADULTOS

ANGIOPLASTIA CORONARIA

MARCAPASOS

PRÓTESIS DE CADERA

TRATAMIENTO DE QUEMADOS

CIRUGIA CARDIACA Niños

CATETERISMO TERAPEUTICO

CARDIODESFIBRILADOR

INGRESO A PRE- TRASPLANTE CARDÍACO

TRASPLANTE CARDIACO

PROTESIS DE RODILLA

LITOTRICIA

TRASPLANTES DE MEDULA ÓSEA

TRASPLANTES RENALES

TASAS DE USO SEGÚN ORIGEN DE LOS PACIENTES

Prestación	Año 2006	TASAS POR 10.000	
		Público	Privado
CATETERISMO DE ADULTOS		7.5	14.0
CIRUGÍA CARDÍACA DE ADULTOS		4.2	8.3
ANGIOPLASTIA CORONARIA		6.1	13.9
MARCAPASOS		2.9	7.3
PRÓTESIS DE CADERA		4.4	11.7
TRATAMIENTO DE QUEMADOS		0.9	0.3
CIRUGIA CARDIACA Niños		0.7	0.4
CATETERISMO TERAPEUTICO		0.5	0.3
CARDIODESFIBRILADOR		0.1	0.4
PROTESIS DE RODILLA		1.3	4.9
LITOTRICIA		1.2	4.5
TRASPLANTES DE MEDULA ÓSEA		0.3	0.4
TRASPLANTES RENALES		0.5	0.5

La situación de Uruguay

**Luces y sombras del
proceso de reforma en curso**

Estado de situación:

Dos leyes ya aprobadas por el parlamento:

a) Descentralización de los servicios públicos

***b) Creación del Fondo Nacional de salud,
incorporación al seguro de enfermedad a los
trabajadores públicos e inicio de pago ajustado
por riesgo.***

***En trámite de discusión en el parlamento la
llamada ley grande.***

1. Situación actual



SISTEMA DUAL (PÚBLICO - PRIVADO)

SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

INEQUITATIVO

COMPLEJO

INSTITUCIONALIDAD

REGULADOR DEBIL

SEGMENTACION DEL MERCADO

AUSENCIA LIBRE ELECCION

INEQUIDAD DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

**CONTRIBUCION DE
LOS HOGARES**

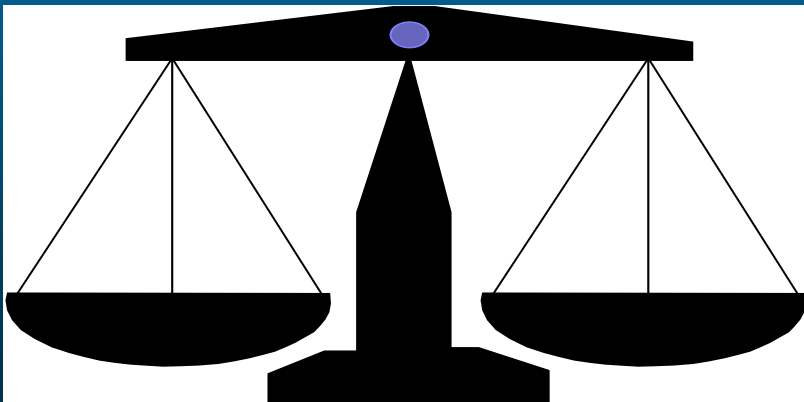


**SIN RELACIÓN
CON
CAPACIDAD DE
PAGO**



**Porcentaje del ingreso del hogar
destinado al financiamiento del sector**

DECIL	APORTE
1	11.4
2	14.7
3	15.3
4	17.6
5	16.8
6	15.6
7	15.8
8	14.9
9	12.6
10	9.1

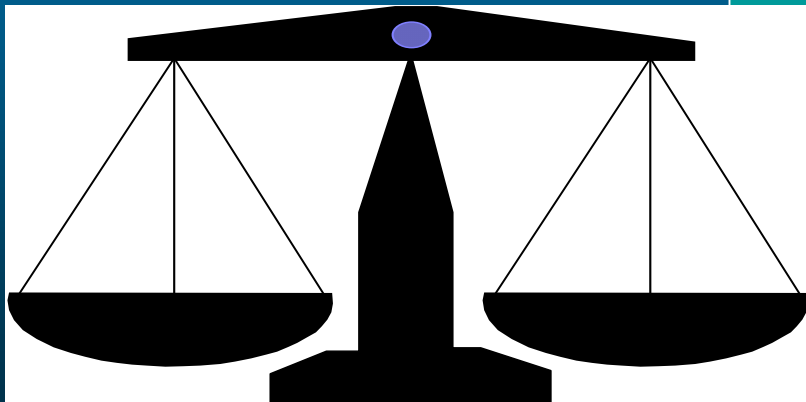


INEQUIDAD DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

CONTRIBUCION DE
LOS HOGARES



ALTO
PORCENTAJE
DE PAGO DEL
BOLSILLO



Fuentes de financiamiento	
Origen de Fondos	Porcentaje
Tributos	47.3
<i>Impuestos</i>	21.9
<i>Seg. Social</i>	25.4
Precios tarifas	2.3
Hogares	49.6
Endeudamiento	0.8
TOTAL	100.0

Estructura de gasto y financiamiento del sector salud

Estructura y % del PBI entre paréntesis

	Público	Privado	Total
Financiamiento	49,6 % (4,5)	50,4 % (4,5)	100,0 % (9,0)
Gasto	25,4 % (2,3)	74,6 % (6,7)	100,0 % (9,0)

ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Fuentes de Financiamiento	Porcentajes
Contribuciones del Empleador	51,8
Contribuciones del Empleado	21,2
Contribuciones de Pasivos	3,6
Transferencias del Gobierno	23,4
Total	100,0

INSTITUCIONALIDAD

ROL DEL MSP



Dificultades

- Control de calidad
- Definición de prestaciones
- Regulación diversa según tipo de proveedor

ROL DEL BPS



- Recaudación y transferencia de fondos
- Ausencia de control de calidad
- No ejerce poder de compra

AUSENCIA DE LIBRE ELECCION



- Control de la intermediación lucrativa
- Sostenibilidad de empresas

AUSENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL ROL ASEGURADOR DE LOS PRESTADORES PRIVADOS



PRIMA NO AJUSTADA AL RIESGO

Nº de afiliados	Porcentaje de afiliados por tramos de edad en años					Valor relativo de la cápita promedio
	0-9	10-14	15-44	45-64	> 64	
20.000 a 50.000	9.4	4.1	44.4	24.4	16.9	100.0
50.000 a 100.000	7.5	3.9	39.9	25.0	23.2	107.5

ELEMENTOS CENTRALES DEL PROYECTO DE LEY DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Financiamiento sectorial e institucional

**FONDO NACIONAL DE SALUD
(FONASA)**

**Cobertura al
trabajador
e hijos < 18**

**Parte fija (capitas) +
parte variable
Igual valor para todos
los prestadores
desde el comienzo**

**Activos privados (6%)
Adm Central converge
Aporte Empresas
Rentas Generales**

**¿Libertad de
elección ?**

Prestadores Integrales

ELEMENTOS CENTRALES DEL PROYECTO DE LEY DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Pago de capitas ajustadas por riesgo

Todos los prestadores que formen parte del Seguro Nacional Integrado de Salud, sean estos públicos o privados, recibirán el mismo valor de capita.

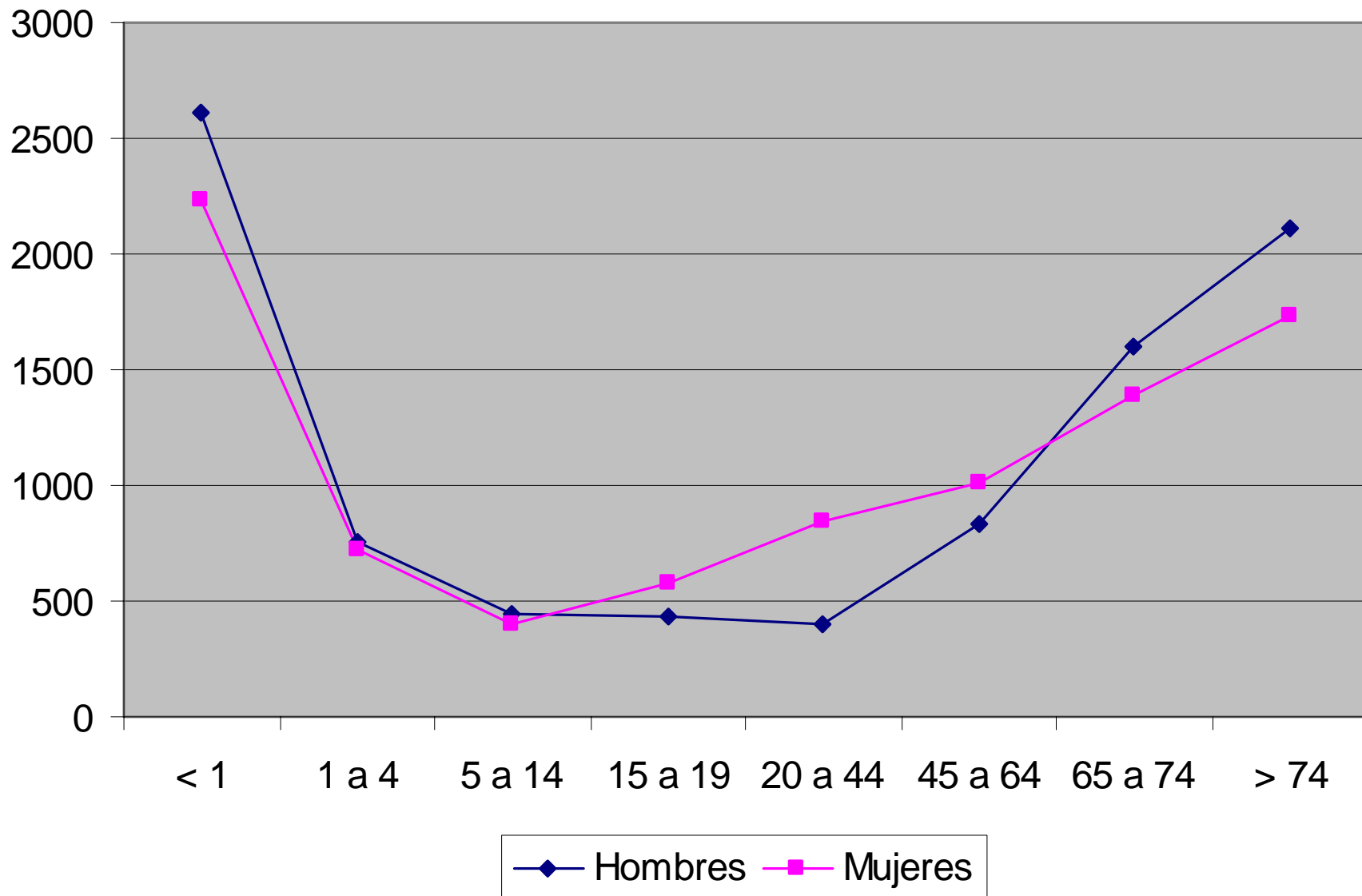
Al momento los valores anunciados de las capitas son los siguientes:

VALOR MENSUAL DE LAS CAPITAS – Julio 2007

(En dólares)

EDAD	HOMBRES	MUJERES	
< 1	111,6	95,5	
1 – 4	33,8	32,1	VALOR
5 – 14	20,5	18,7	PROME
15 – 19	20,1	26,0	DIO
20 – 44	18,7	37,5	SIMPLE
45 – 64	36,8	44,4	49,4
65 – 74	69,0	60,2	
> 74	90,4	74,9	

CAPITAS AJUSTADAS POR EDAD Y SEXO



ELEMENTOS CENTRALES DEL PROYECTO DE LEY DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Institucionalidad

El proyecto propone la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Serán actores relevantes en relación a la regulación del sector el MSP, la denominada Junta Nacional de Salud (JNS) y el Fondo Nacional de Salud

POTESTADES DEL MSP

- 1) Aprobar las políticas y normas que regirán el SNIS***
- 2) Habilitar a los prestadores***
- 3) Aprobar los planes integrales***
- 4) Regular las políticas de tecnología y medicamentos***
- 5) Diseñar la política de promoción de la salud***

SE CREA LA JUNTA NACIONAL DE SALUD (JNS)

La JNS estará integrada por siete miembros

Cuatro designados por el Ejecutivo

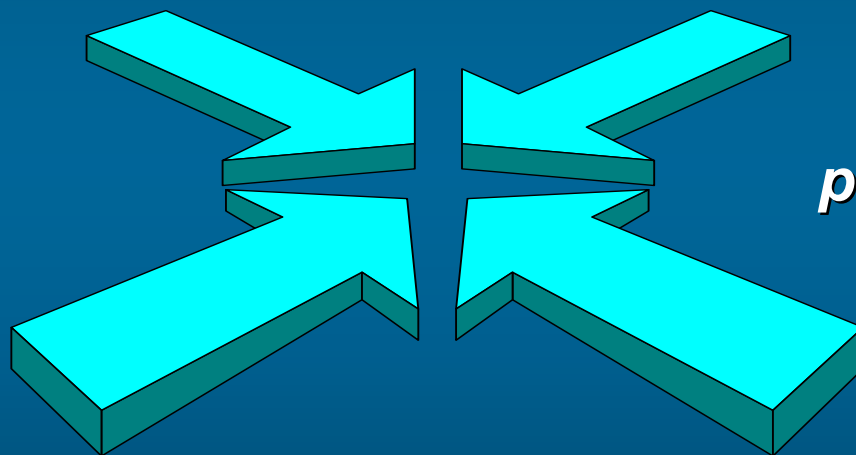
Dos a propuesta

del **MSP**

Uno a propuesta del **MEF**

y otro a

propuesta del **BPS**



Un representante de

los **prestadores**

Un representante de

los **usuarios**

Un representante de

los **trabajadores**

cinve

Para la JNS el Proyecto establece las siguientes potestades:

- 1) Dirigir y controlar el funcionamiento del SNIS***
- 2) Administrar el Seguro Nacional de Salud***
- 3) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS***

El papel del FONASA queda definido en el

Art. 49 donde se establece:

“ El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social, que recepcionará los aportes a que se refieren los artículos siguientes y efectivizará los reembolsos de cuotas salud de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud”

ELEMENTOS CENTRALES DEL PROYECTO DE LEY DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Prestaciones y calidad

El proyecto de ley marca un cambio importante en lo que hace a la definición de las prestaciones. Establece en el Art. 40.

“ La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el reembolso de cuotas salud a los prestadores.”

La definición positiva del conjunto de prestaciones a la que los prestadores están obligados, representa un avance en relación a la definición por la negativa que se verificó históricamente, ya que esto representa un factor de mayor transparencia en las reglas de juego.

Es un avance relevante del Proyecto el que se establezca que la JNS se encargará de auditar la calidad asistencial, permitiendo que se condicione el reembolso al cumplimiento de los estándares establecidos.



Las instituciones que cumplan con determinados indicadores recibirán un pago adicional por beneficiario.

Algunos de los problemas o limitaciones de la reforma en curso (*las sombras*)

- 1) El objetivo de eliminar el modelo de salud dual existente y mejorar la forma de financiarlo va de la mano con contar con más fondos públicos. La restricción fiscal opera entonces como una amenaza para el desarrollo de la reforma.
- 2) El financiamiento a través de la seguridad social en lugar de con impuestos no parece ser el camino adecuado para Uruguay
- 3) Si bien entre las definiciones centrales que enmarcan la reforma se encuentra el de la indivisibilidad de la capita, se mantiene fuera del FONASA al FNR
- 4) La forma en que se calcularon las capitas convalidó el gasto observado en el pasado, con lo que es necesario mejorar esto, la reducción de costos sin afectar los resultados es un imperativo ético.

5) La aplicación de un mismo valor de cápita a todas los prestadores sin un proceso de transición implica tratar igual a los desiguales sin que medie el tiempo necesario para que se procesen los ajustes necesarios. Las diferencias se observan por ejemplo en: a) la calidad y tipo de prestaciones b) los marcos normativos que rigen el mercado de trabajo.

6) No quedan claros los criterios empleados para definir las metas sanitarias elegidas para la determinación del componente variable del reembolso.

7) En un esquema de eliminación del pago directo por parte del asegurado el precio deja de ser una variable sujeta a la competencia por lo que es necesario recrear la competencia en calidad. Esto supone generar la adecuada institucionalidad, así como eliminar las barreras que hoy existen a la libre movilidad.

8) El proceso de reforma ha generado un excesivo nivel de incertidumbre. En la actualidad el mismo se mantiene, generando dificultades a las instituciones para la toma de decisiones.

Las luces de la reforma

- 1) La reforma hace que el financiamiento del sector se distribuya de manera más equitativa
- 2) Se reconoce la integración vertical entre las funciones de aseguramiento y prestación que tienen las instituciones, al ajustar sus ingresos por el riesgo que cubren
- 3) Se generan condiciones para mejorar la calidad de la regulación, al eliminar el problema de tener un regulador que a la misma vez era prestador, así como dotar de herramientas de coerción a los organismos rectores de la política sanitaria. Esto no obstante genera una amenaza que hay que tener en cuenta.

4) El mecanismo de determinación de los ajustes en el valor de las capitas puede generar las condiciones para las ganancias en eficiencia que en otro escenario se apostaría a lograr mediante la competencia en precios.

5) La incorporación de un componente variable en las capitas ajustado a resultados genera los incentivos adecuados y genera la cultura de evaluar resultados, y esto sin exponer a mayores riesgos a las instituciones (el componente variable representa el 4% del valor de la capita promedio).

6) Está previsto la definición taxativa del listado de prestaciones y procedimientos que las instituciones están obligadas a brindar. Esto reducirá los elevados costos de transacción al interior del sector

En síntesis existen fundamentos para poder afirmar que el proceso de reforma en curso, si bien con dificultades, podría estar generando las condiciones para lograr uno de los mayores desafíos que enfrentan hoy los sistemas de salud,

el de reducir la brecha cada vez mayor entre lo que la medicina puede hacer y lo que la sociedad puede financiar.

cinve

Centro de Investigaciones Económicas

**XVII JORNADAS NACIONALES Y
XVI INTERNACIONALES
DE AES ARGENTINA**

**VOLVIENDO A LOS FUNDAMENTOS
DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD**

Setiembre 2007

Carlos Grau Pérez – Luis Lazarov