

PRESENTACION

NOTA DE LOS EDITORES

Revista de Análisis Económico agradece la valiosa contribución de los Editores Invitados, Cristián Aedo y César Oyarzo, en la composición de este número especial.

El contenido del presente número de la **Revista de Análisis Económico** corresponde a los artículos presentados en la Conferencia Internacional sobre Financiamiento y Provisión de Salud realizada en la Ciudad de Buenos Aires el 11 y 12 de noviembre de 1996.

La organización de la Conferencia estuvo a cargo de ILADES/Georgetown University y el Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL).

NOTE OF THE EDITORS

Revista de Análisis Económico appreciates the valuable contribution of the Invited Editors, Cristián Aedo and César Oyarzo, to this special issue.

The contents of this number of **Revista de Análisis Económico** corresponds to the papers presented at the International Conference on Health Financing and Delivery that was held in Buenos Aires on November 11 and 12th, 1996. The Conference was co-organized by ILADES/Georgetown University and the Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL).

CRISTIAN AEDO I.
ILADES/Georgetown University

CESAR OYARZO M.
PIAS, Universidad de Chile

I. Introducción

La mayoría de los países de América Latina, al igual que en el resto del mundo, se encuentra debatiendo la necesidad de reformar su sistema de salud, muchos de ellos ya han emprendido procesos de transformación. La necesidad para estas reformas surge debido a la profunda crisis que los Sistemas de Seguridad Social en Salud han experimentado en los diversos países de la región, tanto en lo relativo al modelo de financiamiento como a la calidad de la atención que entregan a sus beneficiarios. Esta crisis ha sido causada, en primer lugar, por la importante caída en los ingresos que han mostrado los Sistemas de Seguridad Social en Salud y por el aumento significativo en los costos en salud que durante la década de los ochenta han experimentado los países de la región. Entre las razones, tras la caída de los ingresos, se encuentran el mayor desempleo que ocurrió como consecuencia de las crisis económicas de principios de los ochenta, la informalización de las economías, los procesos inflacionarios, las caídas en los salarios reales, las bajas tasas de contribución, la evasión y mora en el pago de las contribuciones. Por su parte la inflación, los cambios demográficos, el predomnio de la medicina curativa por sobre la preventiva, la generosidad de las prestaciones, las condiciones de acceso y la falta de eficiencia en la gestión, se encuentran tras los aumentos de costos que experimentan los países. En segundo lugar, hay que mencionar que en general estos sistemas presentan ineficiencias propias de su modelo organizacional. La ausencia de separación de funciones en el sector público, lleva a una excesiva concentración en la producción, con escasas de subsidios a la oferta, en desmedro de la regulación y la preocupación por los usuarios. La excesiva centralización no permite utilizar las ventajas de la información adecuada y oportuna en la toma de decisiones. La ausencia de incentivos a todo nivel genera toda clase de ineficiencias internas. Finalmente, la mayoría

de los países se han embarcado en procesos de reforma del Sistema de Seguridad Social con el fin de resolver sus problemas en materia de pensiones lo cual requiere a su vez reformar el componente de salud.¹

Todo lo anterior ha implicado no tan sólo que los Sistemas de Seguridad Social en Salud hayan visto deteriorar la calidad de la atención que entregan a sus beneficiarios y hayan vuelto más difícil el acceso a los servicios de salud, sino que a su vez, han creado en la población una necesidad por atención de salud oportuna y de mejor calidad. Esta se ha visto parcialmente satisfecha en la mayoría de estos países a través de seguros privados de salud.

En general estas reformas, emprendidas dentro de programas de estabilización o de ajuste estructural, han perseguido uno o más de los siguientes objetivos: i) eficiencia macroeconómica, es decir que el sector salud consuma una proporción adecuada y sostenible del PIB; ii) eficiencia microeconómica, es decir que la calidad de la atención de salud y la satisfacción de los consumidores sea maximizada al menor costo posible; iii) equidad en el financiamiento de la atención de salud, es decir que el pago esté en relación al nivel de ingreso y no de acuerdo a la necesidad; y iv) equidad en la entrega de la atención de salud, es decir que la gente acceda a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no de acuerdo a su nivel de ingreso.

Es necesario destacar que a estas reformas hay que considerarlas como una inversión en capital humano, ya que una población más sana no tan sólo reduce los días perdidos de trabajo sino que se torna más creativa, lo cual es esencial para aumentar la productividad del país e indispensable para adquirir competitividad en un contexto internacional siempre cambiante.

Aunque no existe un modelo único que guíe estos procesos de reforma, sí se pueden distinguir algunas características comunes en estos procesos. En primer lugar, el Estado adopta el rol de definidor de políticas y de agente regulador en los mercados. En segundo lugar, se produce una separación clara entre la administración del financiamiento, a través de seguros de salud públicos y privados, y la provisión de servicios de salud, a través de hospitales y clínicas, lo que posibilita la competencia tanto a nivel de seguros como a nivel de prestadores de servicios. En tercer lugar, existe un consenso en que las soluciones de mercado y el accionar del sector privado en salud, si bien no son perfectos, rinden mejores resultados que otras alternativas conocidas. Así, se introducen incentivos para que las instituciones que manejan seguros privados actúen como un intermediario entre consumidores y prestadores de servicios compartiendo el riesgo financiero de la enfermedad. Dada la naturaleza compleja del bien, se sugieren marcos regulatorios mínimos para el funcionamiento del sistema previsual privado de salud. En cuarto lugar, se valoriza el rol de los consumidores a través de la posibilidad de elección de las personas.² En general, se sustituyen los tradicionales subsidios dirigidos a los prestadores de servicios (oferta) por un aporte o subsidio que recibe la persona para comprar servicios de salud en el mercado (demanda).

Es importante destacar tres aspectos en relación a estos procesos: primero, se entrega una mayor participación al sector privado lo que produce una liberalización de recursos del sector público que pueden ser focalizados para cubrir las necesidades de salud de los más pobres; segundo, se incentiva la participación del

sector privado en el mercado con una regulación que no obstruye ni la competencia ni la libre elección de los consumidores; y tercero, que el marco institucional del Estado se reorganiza para que su gestión sea más eficiente tanto en la inversión de recursos públicos, en la transferencia de presupuestos y en la focalización de subsidios como en la prestación de los servicios.

Es importante analizar la experiencia en procesos de reforma de salud de distintos países de la región con la finalidad de evaluar estos procesos; en primer lugar, debido a que distintos países han introducido cambios de importancia tanto en la organización como en el financiamiento de sus sistemas de salud. En segundo lugar, porque los países inician sus procesos de reforma desde diferentes condiciones iniciales. En tercer lugar, porque los países no tan sólo priorizan de distinta manera los objetivos en salud sino que enfrentan distintas presiones desde los diferentes grupos de interés (prestadores de servicios, aseguradores, pacientes, pagadores de impuestos, burócratas, entre otros) los que condicionan tanto el éxito o fracaso de estos procesos como el tipo de reforma adoptada.

II. Presentación de los Artículos

En el contexto señalado en la sección anterior, la Revista de Análisis Económico del Programa de Postgrado en Economía de ILADES/Georgetown University consideró de importancia dedicar un número especial al tema de análisis y reforma de los sistemas de salud en los países de la región. Con este fin se invitó a un conjunto destacado de investigadores del área, para abordar temas de interés para las reformas de los sistemas de salud. De esta manera, nuestro objetivo es contribuir a la discusión en América Latina, tanto en lo relativo a identificación de problemas y posibles soluciones como también al análisis de experiencias concretas.

En primer lugar consideramos necesario revisar una de las problemáticas de mayor discusión en estos procesos, esto es, el rol del Estado y del sector privado en el sector salud. Philip Musgrove en su artículo "Un fundamento conceptual para el rol público y privado en la salud", aborda esta discusión. En su exposición revisa las razones para la participación del Estado. Adicionalmente a los argumentos tradicionales de bien público y equidad como elementos que justifican la participación del Estado, Musgrove, presenta un detallado análisis de las fallas del mercado de seguros, que explicarían el por qué se encuentra una gran participación del Estado en lo que concierne al financiamiento de la salud. Otro aspecto relevante, que presenta el artículo de Musgrove, tiene que ver con el rol de la regulación y la información como elementos centrales de la acción del Estado. En un contexto de mayor apertura hacia el mercado la acción del Estado como regulador resulta fundamental para compensar las fallas de mercado, asociadas principalmente a problemas de asimetrías de información.

Un segundo tema que se aborda es la revisión de experiencias globales de reforma. En este ámbito, Londoño en su artículo "Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana", nos presenta la base conceptual del proceso de reforma emprendido por Colombia a partir de 1993. La idea central de la competencia regulada es crear las condiciones necesarias e incentivos

para que las compañías de seguros y los prestadores de servicios de salud compitan entre sí, para satisfacer los requerimientos de los pacientes, sobre la base de una elección libre entre planes de salud, primas y calidad del servicio. Para que el sistema sea sostenible, el financiamiento debe basarse en contribuciones proporcionales al ingreso con algún grado de solidaridad—entendida como compensaciones entre distintos grupos por diferencias de riesgo a la composición por género, edad y región geográfica en la cartera de clientes—y un rol subsidiario y compensatorio del Estado. Otro aspecto de interés de este artículo, son las implicaciones de política y las dificultades técnicas que se pueden encontrar en la fase inicial de implementación.

Ronald Fischer y Pablo Serra en su artículo, "Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile", nos presentan otra experiencia de reforma. Se trata de una de las primeras experiencias de privatización en el sector, ocurrida al comienzo de los años 80 en el sistema de financiamiento de la salud en Chile. Los autores presentan la evolución seguida por los seguros privados (ISAPRE) durante los últimos 15 años y cómo se han resuelto algunas de las fallas observadas en su funcionamiento. Con todo, Fischer y Serra concluyen que aún persisten fallas cuyo origen tiene que ver con la asimetría de información y la coexistencia de los seguros privados de carácter individual con un seguro público, que actúa como asegurador de última instancia y genera de esta forma incentivos incorrectos para el funcionamiento de los seguros privados. Este último punto es posiblemente el de mayor novedad para la discusión de la reforma a los seguros de salud.

Las reformas de los sistemas de seguridad social en salud, descansan en la posibilidad de establecer Planes Referenciales que sirvan como base para la transparencia de los mercados y la fijación de los subsidios estatales. Aedo y Torche en su artículo, "Canastas básicas para la atención de salud", abordan los aspectos técnicos que deben resolverse para la construcción de dichas canastas y el rol que éstas juegan en el proceso de priorización de recursos. Aún de mayor interés es el análisis de la reacción de los actores afectados por la introducción de canastas básicas y las estrategias que el gobierno puede seguir para aumentar el apoyo a este tipo de reformas.

Otro aspecto que aparece como crítico en todo los procesos de reforma, especialmente aquellos que han optado por cambios que modernicen el sector público, tiene que ver con los sistemas de pago desde los compradores a los prestadores de atenciones de salud. En este campo, encontramos un excelente desarrollo conceptual planteado por Montoya y Willington, "El financiamiento de los hospitales públicos: un análisis de las alternativas para Argentina", los que analizan distintos esquemas de pago en el contexto de un modelo de agencia. Su mayor aporte es explorar no sólo los incentivos que deben diseñarse desde los seguros compradores hacia los prestadores, sino también cómo dichos incentivos deben trasladarse al conjunto de los funcionarios que laboran en los establecimientos prestadores públicos.

El comportamiento del usuario es uno de los elementos de mayor relevancia para el diseño de las políticas. Este aspecto es investigado en dos artículos de

PRESENTACION

carácter econométrico que exploran los determinantes de la demanda por salud. En el primero de ellos, "El acceso a los servicios de atención de salud en el Perú y la equidad en su financiamiento", Cortez presenta evidencia de cómo el comportamiento de los individuos se ve alterado por su nivel de ingreso. Aquí los servicios públicos aparecen como un bien inferior, y también se investiga el efecto de establecer cobros sobre dichos servicios. En un segundo artículo, "Factores no monetarios en la demanda por servicios de salud: el caso de los controles preventivos en Chile", Makhlof permite concluir acerca de la importancia de diseñar programas sociales de carácter complementario. En este caso, la entrega de leche aumenta significativamente la probabilidad de asistencia a los controles de salud de los niños.

La serie de artículos se completa con el trabajo de Jamison, Wang, Hill y Londoño, "Income, mortality and fertility in Latin America: country level performance, 1960-1990", el cual presenta evidencia de gran relevancia para evaluar el resultado obtenido por los distintos sistemas de salud de América Latina, en una de las dimensiones de mayor importancia para cualquier sistema, esto es, lo relativo a la mortalidad infantil. El resultado de mayor implicancia de política es el relativo al impacto del gasto público en salud, el cual aparece positivamente asociado a la caída de la mortalidad infantil.

Finalmente, se presentan las exposiciones de cuatro invitados a una mesa redonda donde se discutieron los artículos aquí publicados. En dichas exposiciones, Samuel Bosch, Osvaldo Giordano, Philip Musgrove y César Oyarzo se refieren a los principales determinantes de las reformas, los aspectos comunes de diseño y las dificultades para implementarlas.

Notas

- 1 En general, el componente de salud utiliza como una de sus bases de financiamiento las reservas que genera el sistema de pensiones. Al reformar el componente de pensiones y adoptar un sistema de capitalización individual como ha sido la norma en los procesos de reforma se agota esta fuente de financiamiento para el sector salud.
- 2 Oyarzo et al (1995).

Referencias

- DIAMOND, P. (1992). "Organizing the Health Insurance Market", *Econometrica*, Vol. 60, No. 6.
- ENTHOVEN, A. (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North Holland.
- OYARZO, C. y S. GALLEGUILLOS. (1995). "Reforma del Sistema de Salud Chileno". *Cuadernos de Economía*, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- SHUT, F. (1992). "Workable Competition in Health Care Prospects for the Dutch Design", *Social Science and Medicine*, Vol. 35, No. 12.
- THE CLINTON BLUEPRINT (1993). *The President's Health Security Plan*. The White House Domestic Policy Council.