

Economía de la salud: una visión complementaria

Health economics: a complementary approach to health reform

Rafael Urriola U.*

La ciudadanía ha sido testigo de debates -a veces agrios- entre los actores del sector de la salud. Médicos, paramédicos, enfermeras, Isapres y, por cierto, las autoridades sectoriales han expresado puntos de vista, a menudo contradictorios, sobre las bondades de la Reforma de Salud. Si bien las leyes de esta Reforma abarcan temas relacionados con gestión, autoridad sanitaria, personal y garantías, no es menos cierto que los aspectos financieros pueden transformarse en un escollo mayor para lograr los objetivos estrictamente sanitarios.

El problema es que la salud no es barata y que, por ejemplo, los países desarrollados enfrentan graves crisis por el continuo aumento de los costos. Chile gasta cerca de 6,3% del Producto Interno en salud mientras que Estados Unidos gasta 13% y Francia 9%. Para muchos esta es una de las "industrias" más florecientes de este período porque, en la medida que se logra mejores condiciones de vida, hay más usos de servicios de prevención (controles y vacunas, entre otros) y se desarrollan

de manera gigantesca las demandas por consultas de especialidades, exámenes y otros cuidados que hasta hace pocos años no parecían necesarios tales como la atención de enfermería para adultos mayores, los cuidados relacionados con enfermedades laborales como el stress o la depresión. Sin embargo, hay diferencias de acceso según los diferentes grupos sociales, lo cual tiene implicancias económicas y financieras.

Un estudio de 21 países de la OCDE (Eddy van Doorslaer, Cristina Masseria), publicado en mayo de 2004, reconoce que en lo que respecta a la utilización de servicios profesionales médicos no existe inequidad al nivel de consultas de generalistas pero cuando se llega al nivel de consultas de especialidades los más ricos hacen más consultas y con mayor frecuencia, principalmente en Portugal, Finlandia et Irlanda. Y al igual que en nuestro estudio para Chile basado en la Casen, se verifica en los países de la OCDE que los grupos más ricos tienen mayor probabilidad de hacerse atender por un dentista.

Cuadro 1.

Desviación de demanda según prestación en los quintiles bajos y altos con respecto a la media en Chile

Prestación	40% ingresos bajos	40% ingresos altos
control preventivo de salud	12,9%	-17,4%
consulta general	5,3%	-7,7%
consulta de urgencia	17,7%	-33,4%
consulta de especialidad	-25,7%	16,6%
atención dental	-28,6%	18,3%
exámenes de laboratorio	-11,8%	8,6%
Rayos X o ecografías	-25,2%	10,6%

Fuente: R.Urriola. Análisis microeconómico de la demanda de prestaciones de salud: los resultados de la Casen 2000. Fonasa 2004.

* Economista. <rurriola@fonasa.gov.cl>

Entonces, los recursos que involucra una atención adecuada de salud aumentan por diversas razones. En primer lugar, porque hay gente que antes no tenía acceso y hoy dispone de centros públicos gratuitos a los cuales acude porque están geográficamente más cerca y porque su educación le permite hoy entender la importancia de acudir al médico en caso de enfermedad; en segundo lugar, porque hay más gente que requiere atención médica especializada la cual hoy está cubierta –aunque parcialmente– por ISAPREs y por Fonasa y, en tercer lugar, porque hoy la gente compra los medicamentos que le son recetados (cuando no le son entregados por Fonasa gratuitamente si se ubica en las categorías de los más desfavorecidos). En Chile se gastan alrededor de 550 millones de dólares anuales en medicamentos.

En el debate público y especialmente en lo relacionado con las leyes que conforman la Reforma de Salud han aparecido propuestas para limitar el alza de los gastos en salud, tales como reducir los reembolsos por enfermedades que acarrearán ausencia laboral; reducir el tiempo máximo de permisos maternales o por enfermedad del hijo menor de un año; establecer copagos a todo evento de salud para evitar la demanda innecesaria.

Por otra parte, se insiste en considerar que el sector público no es eficiente comparándolo con el sector privado. Sin embargo, hay que reconocer que mientras las ISAPREs disponen de un promedio anual de \$240.000 por beneficiario de su sistema; el Fonasa sólo tiene \$106.000 por persona. Es evidente que los alcances de la cobertura serán diferentes si no se dispone de recursos similares. El cuadro siguiente da cuenta justamente de las carencias en cuanto a aportes fiscales para la salud.

Cuadro 2. Aporte del gobierno en dólares por habitante (promedio entre 1997 y 2001)

País	Aporte del gobierno en dólares por habitante (promedio entre 1997 y 2001)
CHILE	139
Singapur	326
Uruguay	295
Argentina	380
México	133
Portugal	639
España	786
Estados Unidos	1939

Nota: al tipo de cambio promedio

Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2004

En efecto, en cuanto a aporte gubernamental en el sector salud, Chile se ubica muy por debajo de países que han tenido un desarrollo histórico relativo similar (Uruguay y Argentina); de aquellos que se intenta imitar por sus concepciones liberales o libremercadas (Singapur y Estados Unidos); o de aquellos que han sido exhibidos como la meta a alcanzar en el umbral del desarrollo (España y Portugal). En definitiva, el gasto de Chile sólo se asemeja al de México que, por lo demás, en el contexto de las reformas actuales ha aumentado en 60% el aporte público al sector, de tal modo que actualmente también supera a Chile en este ámbito.

La Reforma abordó diversos temas que involucraban recursos tanto nuevos como una redistribución de los mismos, es decir, aquellos ámbitos propios de lo que se conoce como economía de la salud. Si bien los elementos sanitarios –que debieran condensarse en el Plan de Salud– necesariamente deben presidir las decisiones sectoriales se vió que el protagonismo de los responsables financieros se incrementó en el transcurso de los debates en el Parlamento. En efecto, el proyecto AUGE se terminó financiando con un aumento en 1% del IVA lo que es considerado regresivo por los especialistas de política fiscal.

Asimismo, la prohibición de la integración vertical entre Isapres y proveedores apunta a la teoría de los monopolios y, en particular, a la eficiencia en una situación de mercados restringidos creada por la ausencia de elección. Ahora bien, tal definición también compromete al Estado ya que la Modalidad de Libre Elección (MLE) para consultas médicas se ha transformado en un verdadero problema para el equilibrio fiscal en este sector.

Cuadro 3. GASTO DEVENGADO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

AÑO	Atenciones de Salud	Prestamos Médicos Netos (4)
	MM\$ año 2002	MM\$ años 2002
1995	96.607	5.446
1996	106.106	6.478
1997	117.326	8.180
1998	141.355	11.830
1999	150.241	13.402
2000	176.553	15.750
2001	201.117	19.671
2002	215.014	19.254
2003	224.139	10.410

Nota: Inflator según variación IPC, a diciembre de cada año

Fuente: Balances Presupuestarios Devengados FONASA

En efecto, el cuadro 3 da cuenta de una tasa de crecimiento significativa en la MLE así como en el rubro préstamos médicos que corresponde a un ítem que dispone Fonasa para atender pacientes indigentes o que no pueden pagar alguna prestación (cerca del 80% de este gasto está concentrado en las hemodiálisis). Exactamente a causa de que esta prestación está cubierta por el Plan AUGE desde 2002 es que se ha reducido el costo desde esta partida para ser asumido por los gastos generales de salud del sector público.

Pero, los temas más polémicos del debate reciente sobre los proyectos de ley fueron el de los copagos y el del Fondo de Compensación Solidario. Los copagos, que efectivamente pueden reducir el "moral hazard" en tanto el usuario también aporta al financiamiento de la prestación o del producto (por ejemplo, medicamentos), se pueden transformar en una fuente de inequidad en tanto pueden inhibir el acceso a prestaciones por falta de recursos. Sin duda que ésta es una discusión que pone en frente a quienes temen que el sistema colapse financieramente y a los que temen un aumento de la inequidad.

El Fondo de Compensación es un instrumento, por definición, solidario, de tal modo que quienes tienen más aporten a quienes tienen menos. Sin embargo, en Chile ni siquiera se planteó redistribuir solidariamente según los ingresos. Apenas, el proyecto incorporó variables como edad (buscando privilegiar a los ancianos y a los niños) y sexo (con el objeto de no discriminar a las mujeres en edad fértil). Pese a todo, las ISAPREs llegaron a considerar inconstitucional el proyecto, es decir, hubo una oposición al principio de solidaridad, y el Fondo fué rechazado.

Por otra parte, los economistas de la salud no sólo se preocupan de los costos, sino de otros aspectos como gestión y marco institucional en que puede desarrollarse el sector. Por ejemplo, al momento de decidir con restricciones presupuestarias hay otras opciones que también debieran considerarse. Un caso emblemático está representado por el uso de los medicamentos genéricos, que en Inglaterra alcanza al 40% del total de los medicamentos usados y que

podrían significar bajas significativas en los precios.

A mayor abundamiento, tanto en Canadá como en Francia—a diferencia de Chile— el Índice de precios de componentes de salud es menor que el Índice General de Precios. Entre 1990 y 2002, en Francia los precios de los medicamentos reembolsados por la Seguridad Social han disminuido en 4,9% mientras que en el mismo lapso, la inflación aumentó en 22,8%. Esto se debe, precisamente, a que existen acuerdos entre las empresas farmacéuticas y las instituciones de la salud pública para administrar los precios de estos bienes.

Así también, es conocido que la infraestructura hospitalaria nacional es usada sólo algunas horas al día. La mayor parte del tiempo no hay el personal necesario para hacerla funcionar porque el Estado tiene restricciones presupuestarias y se ha impuesto la curiosa meta de no hacer contratos aún para reemplazar a quienes jubilan.

Además, el proyecto AUGE impone exigencias nuevas y concretas. En efecto, algunas prestaciones adquieren un status diferente puesto que estarán garantizadas, es decir, todas las personas en las patologías que se estipule tiene derecho a: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. En otras palabras, una persona no podrá esperar más de lo que se estipule en los protocolos y si el sector público colapsa o deviene incapaz de atenderla esa persona tendrá derecho a asistir a un establecimiento privado local, probablemente, saldrá más caro. Pensando en esto, destinar más recursos a personal (y los insumos correspondientes) puede ser una manera de ahorrar dinero para el Fisco.

En fin, cuando se examinan los costos también es necesario considerar que las ISAPREs gastan el 15% de las cotizaciones de sus afiliados en administración y ventas lo cual, ciertamente, perjudica a los costos generales de la salud.

En definitiva, todos los chilenos aspiramos a mejorar las condiciones de salud y la calidad de los servicios. Se trata de avanzar en este logro sin desconocer que los recursos siguen siendo escasos, lo que exige eficacia e imaginación.