

El papel de la economía de la salud en nuestro camino hacia la Cobertura Universal



The role of healthcare economics in our path to universal coverage

Carmen Santamaría-Guasch¹

RESUMEN

Si se pretende caminar hacia la cobertura universal es muy relevante que entendamos las implicaciones que tiene en términos de economía de la salud esta ambiciosa reforma. En este sentido, se retoman los ámbitos de actuación que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda seguir para alcanzarla:

1. Aumento y mejora de la recaudación para la salud.
2. Mancomunidad del financiamiento en salud en el menor número de fondos posibles, lo más amplios (muchos individuos) y variados posibles (riesgos diferentes).
3. Utilización de los mecanismos de pago que fomenten la mejor gestión y eficiencia.
4. Mejora del uso de los recursos actuales.
5. Utilización de herramientas de evaluación económica que permitan asegurar que los recursos se invierten en las tecnologías más idóneas.

Palabras clave: Economía de la salud, cobertura universal, eficiencia, financiamiento, OPS.

ABSTRACT

If we want to achieve universal health coverage, we have to understand the implications that this ambitious reform has in terms of health economics. In that sense, we recommend to follow the five action plans that Panamerican Health Organization (PAHO) encourages us to take:

1. Increase and improvement of levying.
2. Pooling of fundings in the minimum number of funds, very extensive (many individuals) and very varied (different risks).
3. Use of mechanisms of payment that incentive the best management and efficiency.
4. Improvement of the use of actual resources.
5. Use of health economics tools that allow us to assure that resources are invested in the best technologies available.

Keywords: Healthcare economics, Universal health coverage, efficiency, funding, PAHO.



¹ Dirección General de Bona Dea Salud, México.

Correspondencia: Dra. Carmen Santamaría Guasch. Directora General de Bona Dea Salud. Coahuila 223, 3^{er} piso, 06700 Roma Norte, México D.F. México.

Correo electrónico: csantamaria@bonadeasalud.com .

Los artículos recientes sobre *La importancia de la Economía en las decisiones clínicas* ponen sobre la mesa la relevancia de considerar los costos de nuestras decisiones como profesionales de la salud.

Uno de los conceptos clave que se expone en esta serie es el costo de oportunidad, que es el costo de la segunda mejor alternativa, misma que hemos desechado para elegir la primera. Por ejemplo, para un estudiante que acaba de elegir estudiar Medicina, el costo de oportunidad es no estudiar Economía, que era la opción alternativa. Este concepto nos recuerda que todas las decisiones implican un consumo de recursos, mismos que no podremos usar para nada más que para la decisión tomada. Tomando otro ejemplo más cercano al día a día de nuestro sector, si decidimos invertir 100 pesos en la curación de cáncer renal, no podremos usarlos para la prevención del cáncer de mama. Los recursos son limitados. Hay que considerarlos al tomar una decisión.

Dicen que la vida no tiene precio, pero definitivamente tiene costo. Ya lo explicaba Michael Drummond, uno de los padres de la Economía de la Salud, quien en 1985 publicó "Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria". En este libro, intenta sintetizar en diez rubros qué es y qué no es la economía de la salud. En uno de los puntos, Drummond menciona con gran cautela que "no es necesariamente antiético considerar los costos de una decisión". Como diría Diego Andrés Rosselli¹, con quien tuve el privilegio de tomar un curso de formación en uno de los seminarios ISPOR de los últimos años², no sólo no es antiético sino que lo que sería necesariamente antiético sería no tenerlos en cuenta. De nuevo, nuestro costo de oportunidad: cuando decido atender a una persona, no puedo obviar que dejo de atender a otra.

Es en este sentido que la Economía de la Salud toma una gran relevancia en todos los debates serios sobre el diseño de políticas de salud. Sobre todo si son políticas de amplio calado como la construcción de un sistema de salud con cobertura universal.

En 2010, la OPS dedicó su famoso reporte monográfico anual a la "Financiación de los sistemas de salud". El subtítulo del informe era "El camino hacia la cobertura universal". En él, se dibuja el más que famoso "cubo" de las tres dimensiones de la cobertura universal.

En este cubo queda muy bien ilustrado que la cobertura universal se logra a través de tres grandes ejes:

1. Población: las personas cubiertas.
2. Servicios: las intervenciones garantizadas (accesibles y de calidad).

3. Financiamiento: proporción de gastos cubiertos.

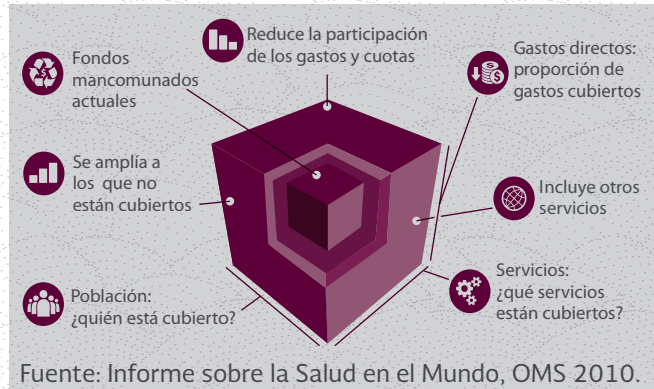


Figura 1. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal.

Es claro que en México hemos avanzado mucho en los tres frentes y en esta medida somos un ejemplo para otros países que han tomado la misma ruta. Estos avances nos sitúan en una plataforma que nos permite, sin embargo, avanzar todavía más. Y esto es necesario porque persisten todavía retos importantes, fundamentalmente en las dimensiones de Servicios (realmente accesibles y de calidad) y de Financiamiento (todavía somos el país de la OCDE que menos invierte en salud: 6.2% frente a un promedio de 9.3%³ donde el gasto público es sólo de 3.2%).

La OPS y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, preocupados por seguir avanzando en este camino, han diseñado un curso titulado "La economía de la salud para la Cobertura Universal" del que me permito hacer un breve resumen en estas líneas con el fin de exponer los conceptos básicos. El curso estará próximamente disponible en línea para todos los funcionarios del sistema de salud y lo recomiendo ampliamente para cualquiera que quiera avanzar en este campo de estudio, fundamental en este momento de nuestro sistema de salud.⁴

Como introducción al curso, se hace un recorrido por la historia de los fundamentos de la Economía de la Salud y se establecen las definiciones básicas de la disciplina: por qué la salud se considera un bien económico, por qué es necesario regular el sector de la salud (que suele ser uno de los más regulados en casi todos los países), la relación de la salud con el desarrollo de una sociedad y de un país... En esta primera parte, queda claro que invertir en salud es "una opción ganadora" que produce un gran número de efectos positivos no sólo en el bienestar individual de cada uno de nosotros sino en el desarrollo de nuestras comunidades y nuestros países.

En este sentido, una de las conclusiones es que la inversión en salud y la cobertura universal afectan a muchos niveles y por tanto vale la pena pensar en mecanismos fiscales que aumenten los recursos para la salud de la sociedad (aumento y mejora de la **recaudación**).

Una vez que se entra en materia, se analiza con detalle por qué la cobertura universal aboga por mancomunar el financiamiento en el menor número de fondos posibles, lo más amplios (muchos individuos) y variados posibles (riesgos diferentes). La **mancomunación** de fondos o dicho de otra manera, la constitución de fondos integrados solidarios no sólo implica avanzar hacia la equidad (una única cápita por ciudadano para mí es un pilar clave de la equidad de un sistema) sino hacia la eficiencia.

La gestión de un gran número de fondos es sin duda una pérdida de eficiencia enorme ya no sólo por la cantidad de estructuras gestoras de los fondos sino por la dificultad de planificación y articulación de políticas que necesariamente serán segmentadas para los objetivos asociados a cada uno de los fondos.

Trasladando estos conceptos a México, en efecto hoy en día cada uno de nosotros contamos con una cápita completamente distinta en función del subsistema por el que estamos cubiertos y la entidad federativa en la que vivimos. Asimismo, contamos con un gran número de fuentes de financiamiento con reglas distintas que complican enormemente la articulación de políticas para toda la población.

El tercer gran bloque de la protección financiera lo componen los **mecanismos de pago**. Hoy en día, en México, solemos pagar a las unidades de salud vía presupuestaria, que es una forma de pago que fomenta la ineficiencia y la mala gestión: cuanto más gastemos este año, más presupuesto obtendremos el año siguiente. El curso explica de forma detallada todos los mecanismos de pago que se utilizan en diversas partes del mundo, todos con sus pros y contras y ninguno exento de incentivos perversos. Sin embargo, se nos insta a migrar hacia fórmulas de pago que nos ayuden a abatir ineficiencias. Por ejemplo, el pago basado en actividad para los hospitales o en cápitas para la atención primaria. Se exploran asimismo otros mecanismos de pago como la cápita para las organizaciones sanitarias integradas o los sistemas de pago mixto como podría ser una cápita para la atención primaria con un monto variable con base en consecución de objetivos. Interesante ¿verdad? Imaginen ustedes cómo podría cambiar la actividad de nuestro sistema de salud.

Por último, el curso se adentra en el concepto de eficiencia y se dan varias pautas para mejorar la eficiencia del sistema de salud. Es decir, en términos de la propia OPS, no se trata sólo de obtener “más dinero para la salud” sino “más salud por el dinero”. Así, se relacionan las diez primeras causas de ineficiencia de un sistema, que son:

1. Medicamentos: infrutilización de los genéricos y los precios de los medicamentos más elevados de lo necesario.
2. Medicamentos: el uso de medicamentos de baja calidad y falsificados.
3. Medicamentos: uso inadecuado e ineficaz.
4. Productos y servicios sanitarios: uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos.
5. Personal sanitario: plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados.
6. Los servicios sanitarios: admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas.
7. Los servicios sanitarios: el tamaño inadecuado de los hospitales (infrutilización de las infraestructuras).
8. Los servicios sanitarios: los errores médicos y calidad asistencial insuficiente.
9. Despilfarro en los sistemas sanitarios: derroche, corrupción y fraude.
10. Intervenciones sanitarias: combinación ineficiente, nivel inadecuado de estrategias.

Por último, se define el concepto de evaluación económica como el proceso de evaluación que permite tomar la decisión más adecuada acerca de la idoneidad de las tecnologías disponibles. En nuestro país, se usa fundamentalmente para decidir acerca de los medicamentos. Existen diversos métodos de evaluación económica y todos son descritos de forma detallada con un fin muy práctico: que tengamos los fundamentos básicos para conocer y saber cómo se utilizan las evaluaciones económicas.

En resumen, México ha avanzado enormemente en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud pero persisten retos importantes en los que debemos seguir trabajando:

- Debemos aumentar y mejorar nuestra recaudación de recursos para la salud.
- Mancomunarlos en la menor cantidad de fondos posibles, integrados éstos por un gran número de individuos lo más variado posible en lo referente a riesgos.
- Avanzar hacia mecanismos de pago que nos ayuden a abatir las grandes ineficiencias de nuestro sistema.

- Analizar las principales fuentes de ineficiencia para reducir las grandes bolsas de desperdicio de recursos.
- Utilizar sistemáticamente la evaluación económica como instrumento para garantizar una buena toma de decisiones.

Parece ardua tarea, pero como dijo Homero “llevadera es la labor, cuando muchos comparten la fatiga”.

REFERENCIAS

1. Anaya R, Artaza O, González E, Manuell G, Sagastuy B. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México: OPS/OMS, 2013.
2. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. World Health Organization ISSA, International Social Security Rev, 2005;58(1).
3. Evans D, Etienne C. Health system financing and the path to universal coverage. Bull WHO 06/2010; 88(6): 402. DOI: 10.2471/BLT.10.078741.
4. Homedes-Beguer N, Ugalde A. 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. Rev Gerenc Polit Salud Bogotá (Colombia). 2008;7(15):26-43.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª Sesión del Comité Regional; 2013 30 septiembre – 4 de octubre; Washington (DC), Estados Unidos, Washington (DC): OPS; 2013 (Documento oficial 345).
6. Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Ginebra, Suiza. OMS (2011).
7. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza : OMS; c2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>
8. Salud global 2035: convergiendo en el lapso de una generación. Dean T Jamison, Lawrence H Summers, George Alleyne, Kenneth J Arrow, Seth Berkley, Agnes Binagwaho, Flavia Bustreo, David Evans, Richard G A Feachem, Julio Frenk, Gargee Ghosh, Sue J Goldie, Yan Guo, Sanjeev Gupta, Richard Horton, Margaret E Kruk, Adel Mahmoud, Linah K Mohohlo, Mthuli Ncube, Ariel Pablos-Mendez, K Srinath-Reddy, Helen Saxenian, Agnes Soucat, Karene H Ulltveit-Moe, Gavin Yamey. The Lancet Global Health 2035.

(P A R É N T E S I S)



12 de junio, Día Mundial contra el Trabajo Infantil

En 2002 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) instituyó el 12 de junio Día Mundial contra el Trabajo Infantil. El término trabajo infantil es todo trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, es decir, al trabajo que es peligroso y perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño; el que interfiere con su escolarización privándolos de la posibilidad de asistir a clases, o bien, el que les obliga a abandonar la escuela de forma prematura, o les exige combinar el estudio con un trabajo pesado y que consume mucho tiempo.

En el día mundial contra el trabajo infantil en 2015 se hace un llamado a favor de:

Una educación de calidad, gratuita y obligatoria para todos los niños hasta por lo menos la edad mínima de admisión al empleo y emprender acciones para llegar a aquellos niños actualmente en situación de trabajo infantil. Nuevos esfuerzos para asegurar que las políticas nacionales sobre trabajo infantil y educación sean coherentes y eficaces. Políticas que garanticen el acceso a una educación de calidad e inversiones en personal docente.

El 30 de junio de 2000, México ratificó el Convenio internacional 182, sobre las peores formas de trabajo infantil y el 4 de mayo de 2015 el Convenio 138, sobre la edad mínima de admisión al empleo. Ambos instrumentos fueron adoptados por la OIT el 17 de junio de 1999 y el 26 de junio de 1973, respectivamente.

El artículo 4º, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la obligación del Estado de velar y cumplir con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Dicho precepto reconoce el derecho humano que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

El 17 de junio de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma la fracción III del apartado A del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a fin de prohibir la utilización del trabajo de los menores de quince años y de establecer una jornada máxima de seis horas a los mayores de esta edad y menores de dieciséis años.

Lic. María Ahuja Gutiérrez

Correspondencia: Subcomisión Jurídica. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. mahuja@conamed.gob.mx