

Financiamiento de los Servicios de Salud Conceptos Generales

PEDRO MENDOZA

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

En este artículo buscaremos presentar conceptos generales relativos a las diversas modalidades de financiamiento de los servicios de salud, en momentos en los que en el país, y a nivel mundial, se re-evalúan tales conceptos en busca de formas más equitativas y eficientes de asegurar que los servicios de salud lleguen a la población.

Dejaremos para una posterior oportunidad el examen con mayor detenimiento de aspectos específicos, tales como las modalidades de asignación de recursos, los mecanismos de pago a los establecimientos, y las posibilidades de manejo de las remuneraciones del personal de salud, entre otros.

Más que una fundamentación político-económica de las modalidades de financiamiento, nuestro enfoque será positivo y de análisis en términos de las ventajas y desventajas de uno u otro sistema, tratando de contribuir a la discusión que se viene dando en el país en torno a dichas propuestas.

En términos generales, podemos establecer cinco formas básicas de financiamiento de los sistemas de servicios de salud:

1. Impuestos Generales
2. Seguros Privados
3. Seguro Social
4. Pre-Pagos
5. Pago Directo del Usuario.

Los pagos directos del usuario no constituyen la forma de financiamiento en ningún sistema, y habitualmente son un mecanismo complementario, por lo que para efectos prácticos se tienen sólo los cuatro primeros.

1. Impuestos Generales.

Nos referimos aquí a los impuestos que todos los ciudadanos pagamos, sea en forma directa o indirecta, y que posteriormente serán canalizados por el Estado a los Servicios de Salud. Estos son considerados fondos públicos, y en general dan origen al llamado financiamiento público de servicios.

Correspondencia:

*Dr. Pedro Mendoza Arana
Facultad de Medicina de San Fernando
Av. Grau 755 - Lima 1 - Perú*

En términos conceptuales, este es el único tipo de financiamiento estrictamente público, dado que no es posible excluir a ningún ciudadano de la posibilidad de beneficiarse del mismo.

Es importante remarcar que el financiamiento público no tiene nada que ver con la administración pública de los establecimientos. Es decir, existen países como el Perú, donde el financiamiento público va mayoritariamente a financiar establecimientos de administración pública, pero otros países, como es el caso de Inglaterra, donde el financiamiento público se da a establecimientos que son de administración privada.

Las relaciones que se generan para la intermediación del flujo financiero en este caso involucran tres agentes:

- * El contribuyente
- * El Estado como intermediario financiero.
- * El establecimiento proveedor de la atención.

2. Seguros Privados

En este caso, se trata de una relación de tres agentes también, pero diferentes:

- * El Asegurado
- * La Entidad Aseguradora (comunemente llamada Seguro)
- * La Entidad o Establecimiento proveedor de la atención.

El asegurado paga a la aseguradora un monto o prima. La entidad aseguradora acopia las primas, y hace un fondo con el cual brinda al asegurado cobertura contra una serie de riesgos, comprometiéndose a reembolsar a la entidad que atienda al asegurado, los gastos generados por la atención.

Un seguro es un mecanismo de protección contra el riesgo económico derivado de un daño. Ante la posibilidad de sufrir un problema, el individuo decide que debe protegerse de tal pérdida, comprando un seguro. Esto es lo que implica, por ejemplo, un seguro contra el robo de un vehículo o el incendio de una casa. Es interesante reflexionar que en el caso de un seguro «de vida», el seguro ni siquiera es contra el riesgo del individuo, sino contra el riesgo de sus deudas, de quedarse por algún hecho fortuito sin el sustento económico del hogar.

Vale decir, en el caso de los seguros de salud, los seguros no son para reducir el riesgo de padecer un problema de salud, sino para reducir el riesgo económico que sufrirlo significaría para el usuario.

Todo seguro cuenta con primas, es decir, cuotas que el asegurado debe pagar periódicamente para tener derecho a hacer uso del servicio.

En general, el cálculo de tales primas (P) depende de cuatro elementos¹:

- La cobertura del plan al cual se suscribe (C).
- La probabilidad de hacer uso de tal plan (p)
- Los gastos administrativos (A).
- La utilidad de la empresa aseguradora (U).

Para ponerlo en términos algebraicos:

$$P = p.C + A + U$$

La cobertura puede ser muy específica, como en un seguro contra accidentes de un tipo determinado, como por ejemplo un seguro para problemas neoplásicos, o muy amplia, incluyendo servicios de diverso tipo. La cobertura no puede ser ilimitada, pues su costo sería infinito y por lo tanto la prima lo sería también.

Ciertamente, cuando nos referimos aquí a la cobertura, no lo hacemos en términos descriptivos, sino en términos de Costo de la misma, es decir, el costo que representaría la atención a recibir. Para efectos del usuario, se puede emplear cualquiera de las dos o ambas aproximaciones. Es decir, la prima puede cubrirlo hasta por una suma determinada, digamos 10,000 soles al año, o por determinados servicios (generalmente más fáciles de definir por exclusión, es decir, cuáles no cubre), o por ambos, es decir, por tales servicios y hasta por dicho monto.

La probabilidad de uso es un aspecto importante de analizar. Para empezar, la probabilidad de uso debe ser menor de la unidad. Esto resulta claro, pues si la probabilidad de uso fuera de la unidad, la prima sería igual al costo total del plan, más los gastos administrativos y la utilidad. Vale decir, no resultaría a cuenta, y al presunto asegurado le resultaría mejor ahorrar en una cuenta bancaria, o adoptar un mecanismo de pre-pago.²

Desde el punto de vista del usuario, naturalmente, no vale la pena asegurarse salvo que uno sospeche que puede necesitar el seguro, o que uno viva en una «cultura de aseguramiento», es decir, que los niveles de tolerancia individual a la incertidumbre sean bajos, o que el costo de la pérdida sea tal, que sea mejor tener un seguro.

Si es así, existe la posibilidad de que quienes se aseguren sean solamente los individuos que tienen mayor riesgo de sufrir daños que el promedio. Por ejemplo, quienes tienen antecedentes familiares de problemas serios de salud. Esto genera un peligro para las aseguradoras denominado «Selección Adversa». El término no alude a la selección de los usuarios por parte de las aseguradoras, si no exactamente a lo contrario, es decir, a la selección de las aseguradoras por parte de los usuarios³.

La selección adversa, por lo tanto, se refiere al peligro que sufre la aseguradora, de tener un grupo de asegurados que

realmente vaya a hacer uso del seguro, y que por lo tanto la esponja a que tenga que reembolsar tantos gastos, que finalmente quiebre.

Por ello es que las aseguradoras, en general, no aceptan la pre-existencias, es decir los problemas de salud que al prospectivo asegurado ya tiene al asegurarse, como podría ser, a manera de ejemplo, la diabetes mellitus⁴. Como en este caso ya existe certeza de uso de un conjunto de atenciones, y mayor probabilidad de uso de otro conjunto de atenciones, algunas de ellas muy costosas, estos suelen ser criterios de exclusión.

Lo mismo sucede con las personas por encima de cierta edad, que de hecho van a hacer uso de las atenciones, probablemente en forma muy frecuente, y con un elevado costo por atención.

Para protegerse contra este riesgo, la aseguradora tiene dos posibilidades» Una de ellas es determinar con mayor especificidad las probabilidades de uso, en el denominado cálculo actuarial, para determinar costos diferentes para un mismo plan, de acuerdo a la probabilidad de uso, cuyo resultado es que, por ejemplo, para un mismo Plan para el cual un factor importante que incremente la probabilidad de uso sea la edad, la prima sería de 20 dólares si el asegurado tiene menos de 30 años, y de 25 dólares si tiene de 30 a 45 años, y de 30 dólares si tiene más de 45 años.

La edad es sólo uno de los factores que pueden incrementar la probabilidad de uso. Si lo ponemos en términos más generales, y hablamos simplemente de Riesgo, resulta que los individuos de mayor riesgo tendrían que afrontar, en general, primas más altas.

El otro mecanismo de protección contra la selección adversa es simplemente excluir a los candidatos con determinadas características que los hagan de alto riesgo, lo que es conocido como «Sesgo de Selección». Por ello, un sistema de salud basado en seguros privados, como el de Estados Unidos de Norteamérica, genera típicamente dos problemas» Costos elevados, y brechas de cobertura, generada justamente por los intentos de protección contra la selección adversa, sea excluyendo a ciertos grupos, o imponiendo primas que mucha gente no puede afrontar.

Algunos modelos, como el de Holanda, tratan de evitar esto a través de una compensación del Estado. Es decir, el Estado asume la diferencia entre una prima promedio, que cada individuo paga, y la prima real que aquellos individuos de mayor riesgo tienen, con la finalidad de evitar que las aseguradoras los excluyan⁴.

El otro gran problema mencionado es el de la explosión de costos, que surge del hecho denominado «peligro moral», por el cual, sabiendo que los gastos van a ser reembolsados por el seguro, ni el paciente ni el médico tienen demasiado cuidado en limitar sus prescripciones, como sí lo harían si se pagara del bolsillo. En otras palabras, se tiende a emplear medicamentos de mayor costo, o exámenes auxiliares complementarios, con mayor liberalidad.

Para limitar este hecho se hace que el asegurado asuma parte del costo generado por su atención. Esto se puede lograr por uno de cuatro mecanismos:» Un pago «flat» o de monto fijo, un co-pago, en el cual el asegurado paga una proporción del precio de la atención: deducibles, en los cuales el usuario asume los pagos de su atención hasta un monto determinado, por encima del cual el seguro los asume, o una combinación de los dos últimos. Estos mecanismos buscan simplemente que el usuario limite su uso del seguro⁶.

3. Seguro Social.

Se trata de un tipo particular de seguro, que se caracteriza por dos elementos:

- Es obligatorio.
- Sus primas no son proporcionales a la Cobertura, sino a los ingresos del asegurado.

Lo segundo es una consecuencia de lo primero. El problema examinado de la selección adversa se neutraliza si el seguro se hace obligatorio. Como todas las personas se tienen que asegurar, no existe el problema de que sólo aquellas que tienen mayor riesgo lo hagan y «seleccionen adversamente» la aseguradora.

Por tanto, ya no hace falta tampoco establecer franjas o rangos de cotización en bases al riesgo, lo cual además es costoso pues requiere mecanismos de discriminación y control para garantizar que el asegurado reciba el plan para el cual ha pagado.

En lugar de ello, se puede establecer primas que son un porcentaje de los ingresos. En términos financieros este es un mecanismo más progresivo que el de primas basadas en el riesgo, pues en este caso existe una proporcionalidad entre los ingresos y la prima, aunque no es exactamente progresivo, pues para serlo tendría que tener escalas móviles de porcentaje.

Reiteramos que aquí estamos hablando exclusivamente del Seguro Social como una forma de intermediación financiera. Una entidad que administra los fondos recaudados de esta manera, habitualmente denominado «Instituto de Seguridad Social», no tiene que administrar los establecimientos que prestan la atención. Es más, si bien muchos institutos tienen su propia infraestructura para la provisión de atenciones, la tendencia actual es a que no lo hagan, y dicho aparato proveedor se autonomice, por problemas de eficiencia que serán examinados en otro artículo.

Los países cuyos sistemas de salud son financiados por este mecanismo son, entre otros, Canadá, Australia, Francia, Alemania y Costa Rica. En muchos países de América Latina, como es el caso del Perú y México, entre otros, existe el sistema, pero con coberturas limitadas y no llega a ser la forma base de financiamiento de la atención de salud.

Los argumentos a favor de un financiamiento de la atención mediante un seguro social son⁷:

- Afectación de recursos para la salud (A diferencia de los sistemas basados en impuestos generales, los fondos del seguro social son, al menos en principio, intocables).

- Autonomía
- Derechos bien definidos.
- Calidad de la asistencia (sobre todo en los países en los cuales hay libre elección del proveedor por parte del usuario).

Por otro lado, los inconvenientes de un sistema de seguro social son:

- Altos costos salariales (Los aportes al seguro social pueden incrementar los costos de producción).
- Complejidad administrativa (Mayor a la de los sistemas basados en Impuestos Generales, menor a la de los seguros privados).
- Difícil control de costos.

El tema de los costos de producción se encuentra actualmente en discusión también en el país. Las opciones para controlarlo no necesariamente pasan por cambiar de sistema. Alternativas en evaluación incluyen que los aportes no estén ligados a la remuneración, sino al volumen de ventas o a las utilidades de la empresa.

4. Pre-pagos

En esta modalidad de financiamiento, se relacionan los usuarios directamente con la institución proveedora de los servicios en los cuales están interesados, abonando el pago correspondiente a los servicios que van a recibir por adelantado y, habitualmente, en forma fraccionada.

Como ya hemos expresado, en un seguro el pago se hace contra la probabilidad de uso. Los Pre-pagos, en cambio, se hacen contra la certidumbre de uso. Por lo tanto, al ser la probabilidad de uso igual a la unidad ($p=1$), el servicio se torna por definición no asegurable, pues la prima sería mayor al costo mismo de la atención.

Este es el caso típico de servicios como el de atención de maternidad, que cuenta ya con numerosos ejemplos y planes disponibles en nuestro medio.

A) haber certeza de uso, el problema se limita a ir amortizando o pagando por adelantado el costo del servicio. En este caso la competencia entre unidades productoras se da esencialmente a nivel de servicios complementarios, o del precio, en base a los cuales el interesado puede optar.

La variante de «Planes de Costo Fijo» resulta una aplicación interesante de la teoría de seguros. Si bien no es posible predecir con exactitud si una determinada paciente sufrirá o no alguna complicación, sí se puede determinar tal probabilidad para grupos de pacientes. En este caso, el costo de las complicaciones para un grupo puede ser prorrateado entre el total de las mismas, y podemos determinar un costo promedio para la institución o unidad productora, que nos proteja de tales pérdidas y que permita también ofrecer al público dicha protección.

Para evitar la selección adversa, los beneficiarios poten-

ciales a tales planes deberán pertenecer a un grupo con un mínimo de tamizaje, vale decir, si una paciente tiene certeza de cesárea, ya no podría ingresar al grupo de costo fijo.

Otra característica importante del Pare-pago es que se efectúa directamente a la entidad o establecimiento que prestará el servicio. Esto es un mecanismo que tiende a controlar los costos mejor que un seguro convencional, pues los propios prescriptores son parte interesada en que no se sobre-utilicen los beneficios ofrecidos al paciente, pues ello iría en detrimento de la rentabilidad del sistema.

5. Pago Directo del Usuario.

Como ya hemos expresado, este constituye un mecanismo complementario, y por lo tanto la forma que adopta depende del mecanismo básico del cual hablamos. Cuando está basado en impuestos, se trata de sistemas de tarifas, hablándose de co-pagos o de deducibles.

En ambas situaciones, hay que tener en cuenta que los pagos directos del usuario tienen dos propósitos: Generar ingresos adicionales para financiar el sistema, y modular la demanda.

De esta manera, la magnitud del deducible o de la tarifa es diferenciada. Si trato de incrementar la cobertura puedo hacer gratuitas las primeras consultas y poner tarifas a las siguientes. Si se trata

de estimular la conservación y uso de la tarjeta de control del niño sano, la tarifa puede ser menor para quien muestra su tarjeta al día que para quien no la tiene o no está al día. Y así sucesivamente, se trata de emplear esto como un mecanismo para inducir un comportamiento determinado en el usuario.

Nótese claramente que esto no necesariamente tiene que ver con el costo específico de la atención de la cual hablamos, si no con la prioridad que tiene para el establecimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1). **Mills, AJ** (1993). «Economics aspects of Health Insurance» in *The Economics of Health in Developing Countries*. Lee and Mills (Eds). Oxford: Oxford University Press.
- 2) **Normand, C.** Funding Health Care in the UK. *Brit Med J*. 1992; 304:768-770.
- 3) **Culyer, AJ** (1985). *Economics*. New York: Basil Blackwell.
- 4) Consumers Association (1969). *Insurance and the Consumer*. Great Britain.
- 5) **Van Vliet RC, van de Ven WP.** Towards a capitation formula for competing health insurers. An empirical analysis. 1992; *Soc Sci Med*. 34(9) : 1035-1048.
- 6) **Donaldson C y Gerard K** (1993) *Economics of Health Care Financing: The visible hand*. The Macmillan Pres Ltd. London.
- 7) **Cichon M y Normand C.** Entre Beveridge y Bismark: Opciones de financiación de la atención sanitaria en Europa Central y Oriental. *Foro Mundial de la Salud* 1994;15:352-358.