

# El financiamiento de la atención en salud: una introducción

Mossialos, Elias; Dixon, A. 'Funding Health Care: An Introduction.' In Funding Health Care: Options for Europe. Edited by Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; et al. Open University Press, 2002.

## 1 POR QUÉ UN LIBRO SOBRE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Los sistemas de salud sostenibles están contruidos sobre el acceso confiable a recursos humanos, bienes de capital y suministros. Para asegurar la disponibilidad de esos insumos se requieren los recursos financieros para pagar inversiones en equipos y edificios, para compensar por su tiempo al personal de salud y para adquirir medicinas y otros suministros. Las formas de captar y administrar tales recursos (los procesos de captación de recursos e integración fondos) levantan cuestiones importantes a los formuladores de política y planificadores, cuyo desafío consiste en diseñar sistemas de financiamiento que satisfagan los objetivos de las políticas sociales, además de los objetivos económicos y políticos.

La mayoría de países padecen presiones constantes por el aumento de los gastos y la escasez de los recursos. Los formuladores de política tienen tres opciones: contener los costos, aumentar el financiamiento de los servicios de salud, o ambos. La preocupación sobre una crisis de gastos en salud ha propiciado cambios notables en las formas de organizar y financiar los servicios de salud. La limitación al crecimiento de los costos ha suscitado discusiones sobre política de salud en los países industrializados desde la década de los setenta (Mossialos and Le Grand, 1999). Sin embargo, para que estén equilibrados los presupuestos, se tienen que generar suficientes ingresos. Los préstamos públicos a gran escala ya no se consideran política económica adecuada para la mayoría de países, y por ello la preocupación se enfoca actualmente en las políticas de captación de ingresos: cómo financiar la atención de salud sobre una base sostenible.

## 2 ENFOQUES ANALÍTICOS DEL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

### 2.1 El triángulo de la atención en salud

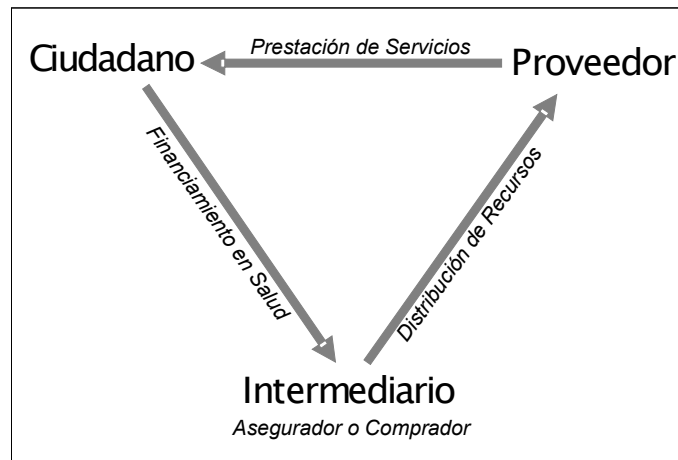
La prestación y el financiamiento de servicios de salud son sencillamente un intercambio de recursos: los proveedores transfieren recursos de atención en salud a pacientes, y los pacientes o terceras partes transfieren

---

<sup>1</sup>Serie compilada por Ricardo Valladares, richivalladares@gmail.com

recursos financieros a los proveedores (Fig. 1). La forma más simple de transacción de un bien o servicio es el pago directo. El consumidor (parte primaria) le paga al proveedor (parte secundaria) directamente en compensación por el bien o servicio. Los sistemas de atención en salud han desarrollado una parte intermediaria, la cual ofrece protección a la población contra los riesgos financieros de enfermar. La parte intermediaria puede ser una entidad pública o privada [2] El desarrollo de mecanismos para remunerar una parte intermediaria se ha dado por la incertidumbre de la enfermedad, la cual favorece que se compartan los riesgos. Sin embargo, también es un medio para lograr la redistribución interpersonal [3]. Para financiar servicios de salud, la parte intermediaria debe recolectar ingresos en forma directa o indirecta de la población que protege (la cual puede cubrir a toda la población o un subgrupo de la población; por ejemplo, lo que tienen empleo). Este ingreso se utiliza entonces para reembolsar los gastos del paciente o del proveedor de los servicios.

Fig. 1 El triángulo de la atención en salud



Fuente: adaptado de Reinhardt (1990)

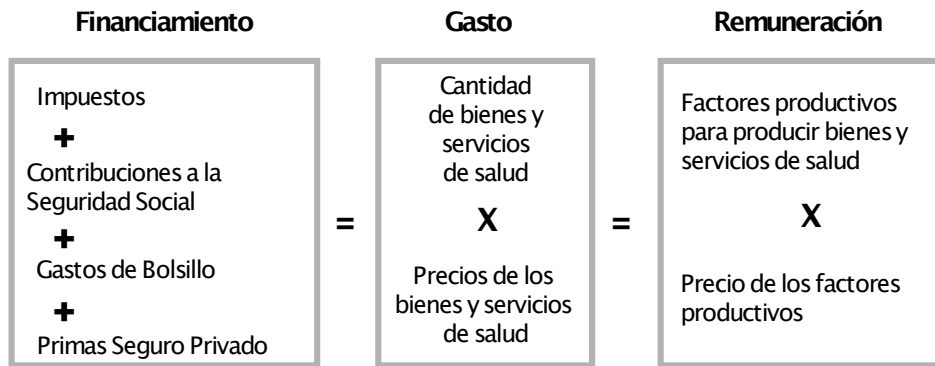
## 2.2 La ecuación del financiamiento

El total de ingresos debe ser igual al total de gastos, y éste igual al total de ingresos y beneficios de quienes trabajan para el sistema. La ecuación siguiente, desarrollada por Evans (1998), la cual no asume déficits, ilustra estos elementos. Plantea que los ingresos provenientes de impuestos (TF), contribuciones obligatorias o voluntarias a la seguridad social (SI), pagos directos de bolsillo y aranceles a usuarios (UC), así como las primas de seguros privados de de salud voluntarios (PI) son iguales a los gastos, que son el producto del precio (P) por la cantidad (Q) de los bienes y servicios. Estos, a su vez, deben ser iguales al ingreso de los proveedores de servicios de salud, que es la cantidad de insumos (W) multiplicada por los precios de tales insumos (Z).

$$TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z$$

[N. del Trad.: En la fig. 2 hemos representado la ecuación gráficamente para facilitar la interpretación de los elementos de la igualdad]

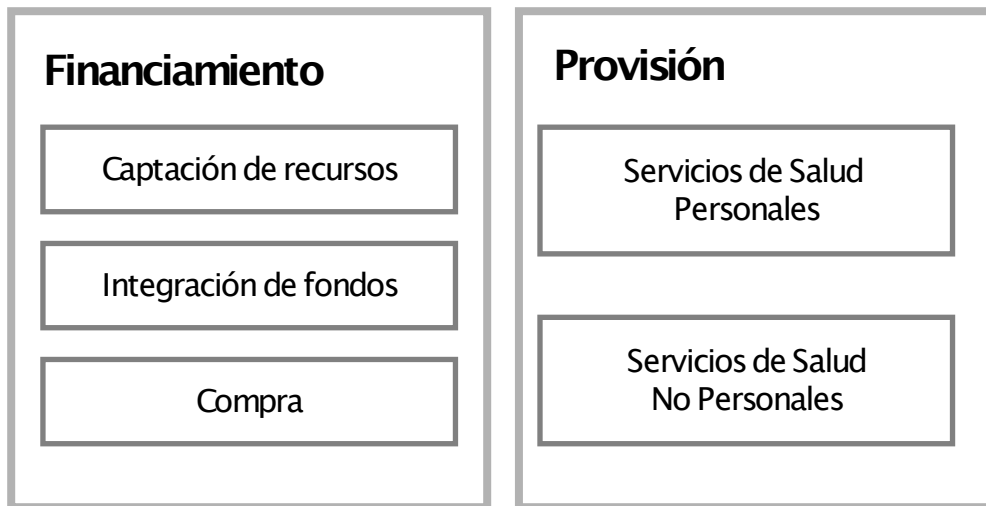
**Fig. 2 La ecuación del financiamiento de la salud**



### 2.3 Captación de ingresos, integración de fondos y pago por servicios

Los sistemas de atención en salud se pueden dividir por componentes funcionales, como muestra la fig. 3: captación de ingresos, integración de fondos y compra o prestación de servicios de salud. Las funciones pueden estar integradas o separadas en distintas combinaciones, aún dentro del mismo país. En algunos casos, las funciones se integran dentro de la misma organización; en otros, una entidad recolecta e integra los fondos mientras que otras entidades compran los insumos y proveen los servicios (Kutzin, 2001). Los recursos son entonces distribuidos entre esas diferentes entidades.

**Fig. 3 Funciones de los Sistemas de Salud**



*Fuente: adaptado de Murray y Frenk (2000)*

#### 2.3.1 Captación de Recursos

El proceso de captación de recursos específicamente se trata de quién paga, el tipo de pago que hace y quién capta ese pago. La fig. 4 ilustra la diversidad de fuentes de financiamiento, mecanismos de contribución y

agentes de captación y cómo estos pueden interrelacionarse. Los fondos provienen principalmente de la población (personas individuales y jurídicas). Los mecanismos de financiamiento incluyen los impuestos, las contribuciones a la seguridad social, las primas de seguros privados, los ahorros individuales, los pagos de bolsillo y préstamos, subvenciones y donaciones. Los agentes captadores pueden ser privados lucrativos, privados no lucrativos o públicos. El estatus de los aseguradores afecta sus motivaciones y sus incentivos; es decir, si protegen los intereses de sus afiliados o los de sus accionistas.

**Los impuestos** pueden recaer sobre los ingresos de los individuos, los hogares y las empresas (impuestos directos) o sobre las transacciones y los bienes (impuestos indirectos). Los impuestos directos e indirectos pueden aplicarse en los ámbitos nacional, regional o local. Los impuestos indirectos pueden ser generales, tales como el impuesto al valor agregado, o específicos, como los impuestos al alcohol, el tabaco o la gasolina. Algunas contribuciones a seguros sociales obligatorios son, en efecto, impuestos sobre el salario captado por el gobierno. Pero debemos distinguir entre impuestos del gobierno y contribuciones obligatorias a la seguridad social, las cuales son normalmente recolectadas por un agente independiente o semi-independiente. Los impuestos pueden ser generales o con destinación específica, lo cual significa que se ha definido con anticipación el tipo de gasto que va a financiar.

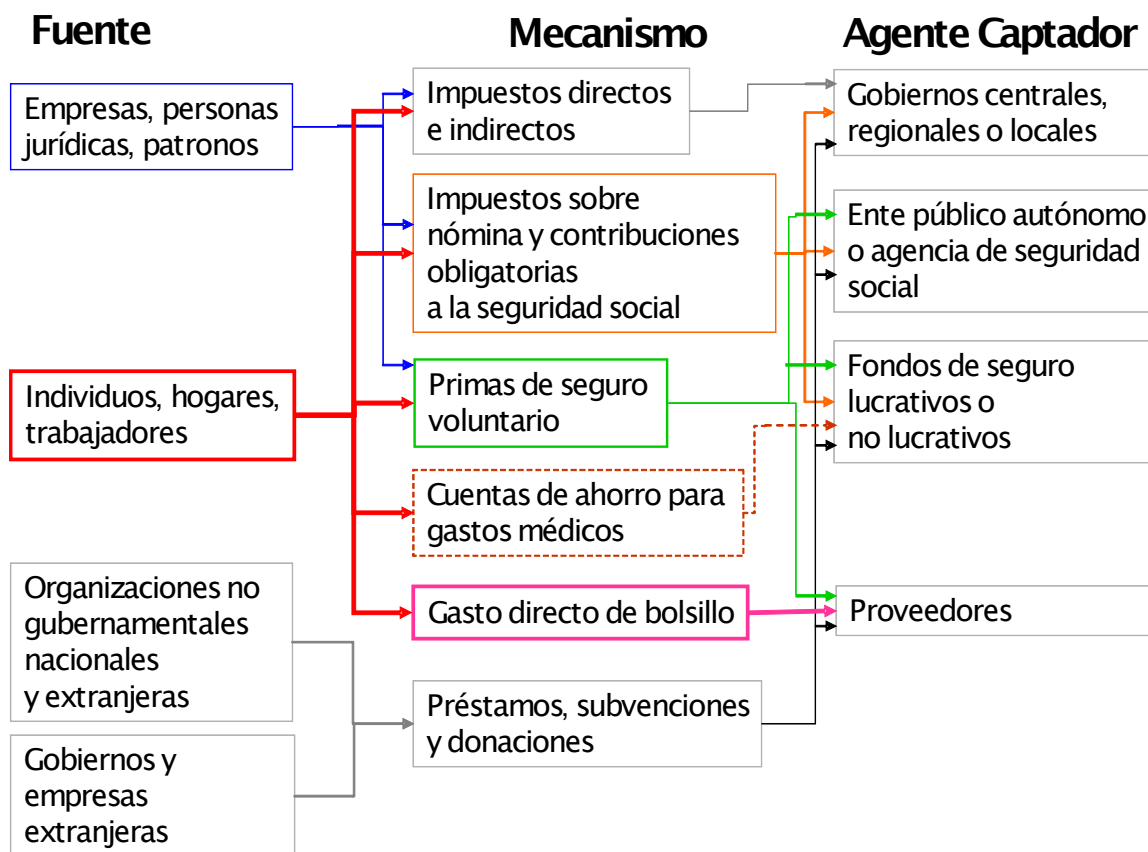
**Las contribuciones a la seguridad social** generalmente son proporcionales al ingreso, y compartidas entre trabajadores y patronos. También pueden obtenerse contribuciones de los auto-empleados, tomando como base sus declaraciones de ingresos o ganancias (las cuales pueden ser infra-valoradas en algunos países). Las contribuciones a nombre de los ancianos, desempleados o discapacitados pueden obtenerse de fondos de pensión, desempleo o enfermedad, respectivamente, o con recursos de impuestos. Los ingresos de seguridad social en salud generalmente están destinados para la salud y se recolectan en un fondo separado.

**Las primas de seguros privados** las pagan los individuos, o se comparten entre trabajadores y patronos, o bien las paga el patrono en su totalidad. Las primas pueden ser basadas en: a) una tasa de riesgo individual, que resulta de la evaluación de la probabilidad de un individuo de necesitar atención de salud; b) una tasa de riesgo comunitario, que resulta de la estimación de los riesgos en una población delimitada geográficamente; c) una tasa de grupo, resultado de la evaluación de los riesgos de todos los empleados en una firma determinada. Los agentes que captan primas de seguro privado de salud pueden ser entidades independientes, como las compañías de seguros privados, o bien, fondos y compañías de seguros privadas no lucrativas. El gobierno puede otorgar subsidios al costo de los seguros privados por medio de créditos fiscales o deducciones a los impuestos.

**Las cuentas de ahorro para gastos médicos** son cuentas individuales de ahorro en las cuales se obliga o incentiva a las personas a

depositar dinero. Este dinero puede ser destinado a gastos médicos personales. Las cuentas de ahorro médico se combinan generalmente con seguros de salud para gastos catastróficos de alto deducible. Puede requerirse a los pacientes a pagar todo o una parte de los costos de algunos tipos de atención, en la forma de aranceles a usuarios. Estos aranceles pueden ser cargados como co-pago (una tasa uniforme de pago por cada servicio), co-aseguro (un porcentaje del costo total del servicio) o un deducible (un techo hasta donde el paciente es responsable después del cual el asegurador se encarga de cubrir el costo restante). El agente captador generalmente es el proveedor, como el médico, el hospital o el farmacéutico.

**Fig. 4 Ejemplos de fuentes financieras, mecanismos de contribución y agentes captadores**



*Fuente: adaptado de Kutzin (2000)*

### 2.3.2 Integración de fondos

La captación de ingresos es distinta de la integración de fondos, porque hay formas de recolección de ingresos que no permiten que se comparta el riesgo entre contribuyentes, tales como las cuentas de ahorros médicos y los gastos de bolsillo.

Kutzin (2001) definió la integración de fondos como “la acumulación, a nombre de una población, de ingresos de atención prepagada de salud”. La

importancia de la integración de fondos es que facilita que los riesgos financieros se compartan entre la población o el sub-grupo definido.

Cuando no están separadas las funciones de captación y la integración, la distribución de recursos de agente captador a agente integrador se efectúa internamente. Como ejemplos están las contribuciones a la seguridad social que recolectan los fondos de atención médica y los retienen ellos mismos; y los impuestos nacionales, regionales y locales que son recolectados y retenidos. Si distintos agentes realizan estas funciones, hace falta un mecanismo de distribución de recursos de agentes captadores hasta el fondo compartido de riesgos. Si hay múltiples fondos, la distribución tiende a realizarse con base en el perfil de los riesgos de la población que cubre cada fondo. Este proceso se denomina “ajuste de riesgos”. El ajuste de riesgos en sistemas de seguridad social competitivos se ha desarrollado principalmente a partir de la preocupación por evitar el “cream-skimming” [*una forma de ganancias extraordinarias en servicios de salud por cobrar anticipadamente servicios que al final no se prestan, NT*] (van de Ven et al. 1994; Oliver 1999).

Al interior de los sistemas financiados con impuestos, los métodos de capitación con ajuste de riesgo surgieron de la necesidad de garantizar equidad del acceso mediante una distribución justa de recursos a las autoridades territoriales de salud, con base en las necesidades de la población. Sin embargo, independientemente de la fuente de recursos, la justificación subyacente para distribuir con un per cápita ajustado por riesgo es la misma: para asegurar que cada fondo de riesgos compartidos (fondo de seguro o autoridad territorial de salud) tiene la nivel “correcto” de recursos para la población de la cual es responsable (Kutzin 2001).

En los seguros privados se integran los fondos entre asegurados del mismo proveedor. El alcance de riesgo compartido es limitado, pero relacionado al riesgo de los individuos por medio de primas actuariales. Si las primas están tasadas comunitariamente, se comparte el riesgo entre miembros de bajo y alto riesgo de la misma región geográfica. Las tasas de riesgo ajustadas por grupo permiten compartir riesgos entre individuos de la misma empresa.

Las cuentas de ahorro para gastos médicos evitan el compartir riesgos porque mantienen los fondos en cuentas individuales. Las cuentas de ahorro para gastos médicos, por eso mismo, deben complementarse con seguros catastróficos para tratamientos muy caros. Los aranceles a usuarios se pagan en el punto de servicio y por tanto no son una forma de compartir riesgo financiero. El ingreso que proviene de aranceles a usuarios se maneja de distintas formas, según la manera en que se diseñó el sistema. Por ejemplo, los proveedores individuales de salud pueden retener el dinero como ingreso. Puede ser retenido a nivel de la clínica u hospital para que, junto con otros ingresos, contribuya al costo de mantenimiento de la prestación local de servicios. Si los aranceles a usuarios tienen recargos del asegurador o del gobierno, pueden utilizarse para cubrir cualquier brecha entre las primas o la captación de impuestos y el gasto en salud.

### 2.3.3 Compra de servicios

La compra significa la “transferencia de recursos integrados a los proveedores de servicios en nombre de la población para la cual fueron integrados dichos fondos” (Kutzin 2001). En algunos sistemas, los servicios se compran por agentes separados (por ejemplo, los fideicomisos de atención primaria de Inglaterra); en este caso, los recursos tienen que ser distribuidos a los compradores. Al buscar los objetivos ampliamente anhelados de equidad y eficiencia, hace falta distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades de atención en salud. Como se demuestra en el capítulo 11, la capitación es el método principal para calcular los presupuestos de los compradores en Europa. Sin embargo, muchos sistemas de salud continúan distribuyendo los recursos con base en negociación política, antecedentes históricos o las demandas más bajas.

## 3 REFERENCIAS

- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) **Health Care and Cost Containment in the European Union**. Aldershot: Ashgate.
- Appleby, J. (1992) **Financing Health Care in the 1990s**. Buckingham: Open University Press.
- Wagstaff, A., Rutten, F. and van Doorslaer, E. (eds) (1993) **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective**. Oxford: Oxford University Press.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H. et al. (1999) **Equity in the finance of health care: some further international comparisons**, *Journal of Health Economics*, 18: 263-90.
- Schieber, G.J. (ed.) (1997) **Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference**, 10-11 March 1997. Washington, DC: World Bank.
- Barer, M., Getzen, T.E. and Stoddart, G.L. (1998) **Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution**. Chichester: Wiley.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. et al. (1999) **The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries**, *Journal of Health Economics*, 18(3):291-314.
- Reinhardt, U.E. (1990) **Economic relationships in health care, in OECD Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Kutzin, J. (2001) **A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements**, *Health Policy*, 56(3): 171-204.
- Murray, C.J. and Frenk, J. (2000) **A framework for assessing the performance of health systems**, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 717-31.
- van de Ven, W.P.M.M., van Vliet, R.C., van Barneveld, E.M. and Lamers, L.M. (1994) **Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands**, *Health Affairs*, 13(5): 120-36.
- Oliver, A.J. (1999) **Risk Adjusting Health Care Resource Allocation: Theory and Practice in the United Kingdom, the Netherlands and Germany**. London: Office of Health Economics.