

## SESIÓN ORDINARIA: 21 de Mayo de 2009

### **FORO: “FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD”. ORGANIZADO POR EL COMITÉ DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE LA ANM.**

#### **Programa**

#### **Coordinador y Moderador:**

**AN Dr. Enrique Cipriani Thorne.**

*Miembro del Comité de Salud Pública y Seguridad Social ANM.*

**Cuentas Nacionales de Salud - Perú 1995 - 2005. Indicadores del gasto en salud.**

**Mg. Margarita Petrerá Pavone.**

*Coordinadora del Observatorio de la Salud Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES)*

**Fuentes de Financiamiento: Impuestos y Contribuciones.**

**Dr. Esteban Chiotti Kaneshima.**

*Subjefe del Seguro Integral de Salud – Ministerio de Salud (MINSAL)*

#### **Palabras del AN Dr. Melitón Arce Rodríguez Presidente de la Academia Nacional de Medicina.**

El tema que nos va a ocupar hoy es muy importante, es el “Financiamiento de la Atención en Salud”. Se ha invitado para presentar el tema a tres personalidades que tienen además de conocimiento, experiencia en el mismo: Mg. Margarita Petrerá, economista, coordinadora del Observatorio de la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), coautora del estudio sobre Inversión en Salud recientemente publicado y Dr. Esteban Chiotti, subjefe del Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud (MINSAL). El financiamiento de la Atención en Salud es un tema fundamental. Nos hemos quejado en mucho tiempo y nos seguimos quejando que el financiamiento no es el más adecuado ni en su magnitud, ni en su distribución y menos en el buen uso de los recursos en términos de darle un uso apropiado dentro de las normas del costo-beneficio. En este momento que estamos viviendo la circunstancia de desarrollar aseguramiento universal, hace más importante preocuparnos del financiamiento. El aseguramiento universal plantea entre otras cosas la atención adecuada del plan esencial de aseguramiento en salud. Este plan tiene dos componentes: Un componente de carga enfermedad, esto es de dolencias que atender y otro componente de condiciones en que se debe atender, que es lo que conocemos como garantías explícitas. El primero, carga enfermedad, tiene que ver con la excelencia de los profesionales que cuidan de la salud o se dedican a su atención y eso está ligado a la formación del profesional y a la actualización en tanto y cuanto mantenga un buen nivel en este sentido. Pero el segundo, el que se refiere a las garantías explícitas

que han sido definidas en cuatro niveles (de acceso, de oportunidad, de calidad y de financiamiento) es quizá el más importante puesto que la atención de la carga de enfermedad es algo que básicamente la adquirimos al término de la formación y podemos actualizarla en el curso de la actualización continua. El otro aspecto de las garantías explícitas, no depende necesariamente de la preocupación y de la experticia del profesional, tiene que ver con una serie de factores de orden social y económico. La Ley marco de Aseguramiento Universal ha resumido en dos estas cuatro garantías: garantías explícitas en calidad y en oportunidad, es decir, si hemos estado acostumbrados a atender tales o cuales dolencias, tenemos ahora que hacerlas con la garantía que se atiendan en las mejores condiciones, esto es con la mejor calidad y que se hagan oportunamente, sin dilaciones que puedan significar una mala evolución de las enfermedades. Estamos en un momento crítico en lo que podría constituir un reto al desarrollo, al desempeño del Sistema de Salud y esto es mucho más importante si tenemos en cuenta que nuestro sistema es un sistema fraccionado en proceso de coordinación y que no tiene igualmente distribuido en todo el país los servicios de los diversos prestadores; mientras que el Ministerio de Salud tiene una distribución universal, tanto ciudadana como rural. El Seguro Social que es uno de los socios importantes, sobre todo en el aspecto económico, es eminentemente ciudadano. Tratar pues del financiamiento de la atención en salud es y será siempre una preocupación, quizá nunca nos pongamos de acuerdo en la mejor forma de hacerlo pero debemos estar permanentemente preocupados. Lo que nos digan esta noche las distinguidas personalidades sin duda va a ayudar a que clarifiquemos muchos de estos conceptos y

salgamos fortalecidos, no sólo en nuestras convicciones, sino en nuevas propuestas.

Gracias.

### **Cuentas Nacionales de Salud - Perú: 1995 – 2005. Indicadores del Gasto en Salud.**

Mg. Margarita Petrer Economista. Coordinadora del Observatorio de la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) Funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud

Buenas noches distinguidos miembros de la Academia Nacional de Medicina. Es para mí un gusto estar con ustedes y poder plantearles información sobre el financiamiento y gasto en salud referida a servicios de salud y analizar qué tiene que ver esto con las personas, en qué medida las personas se organizan y el financiamiento se realiza en torno a ellos, quiénes se atienden y quiénes no llegan a ser atendidos. El Segundo Estudio Nacional de las Cuentas se realizó hace poco y recogió información de un periodo de 11 años, del año 1995 al año 2005. Ha sido producto de un convenio entre el Consorcio de Investigación Económico Social y el Ministerio de Salud, y ha contado con la Rectoría de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del INEI. La idea que vamos a plantear ahora es: ¿Qué son las Cuentas Nacionales y para qué sirven? ¿Cuáles son los resultados del caso peruano? ¿Qué reflexiones vienen a raíz de ellas? ¿Qué son las Cuentas Nacionales y para qué son? El para qué define lo que es una Cuenta Nacional. Si mi para qué es buscar la comparación con otros países, yo voy a orientar la estructura de la cuenta de una determinada manera. Felizmente ese no es el principal interés de los países, a los países les interesa las Cuentas Nacionales no para comparar sino para conocer en qué están gastando su dinero, cómo se financia la atención de salud, quiénes son los agentes que las financian, cuáles son los centros de gastos, cómo pueden ser éstos mejorados, quienes se benefician. Entonces las Cuentas Nacionales van a ser flujos de información porque la riqueza está en seguirla año tras año, y flujos de información consistente sobre financiamiento, gasto, producción y consumo, referido a prestaciones de salud humana. El foco está en eso, en la prestación de salud, en realidad el título debería de ser entonces Cuentas Nacionales del Servicio de Salud, pero por un acuerdo

internacional se llaman Cuentas Nacionales de Salud. ¿Para qué son importantes? Primero, como un instrumento de rectoría sectorial porque si el gerente o rector de un sector no conoce lo que pasa en el sector, en la parte informal de su sector, ¿Qué pasa en el sector privado? ¿Cuáles son los vínculos que se dan entre el público y el privado, entre el formal y el informal?, entre los cuatro en conjunto y muchos otros más, si él no conoce, tiene dificultades de gerencia; por tanto, las Cuentas Nacionales lo que buscan es un vínculo entre información, comunicar y luego concertar porque, como en el sector privado, no se gobierna si no se concerta. El gobierno del sector propiamente es sobre sus recursos financieros, sus recursos humanos, pero la rectoría implica el ejercicio de la concertación en función a los fines que busca obtener un sector. Una segunda aplicación es para el diseño y evaluación de las políticas de mediano y largo plazo (sectorial o intersectorial). Es decir, ¿Qué pasó después de tantos años con el aseguramiento? ¿Qué pasó después de tantos años con el financiamiento del gobierno en relación con el financiamiento de los hogares? Es decir, mide periodos de mediano y largo plazo. ¿Cuál es el criterio principal de inclusión cuando uno dice si una actividad ingresa o no ingresa a ser contabilizada dentro de las Cuentas Nacionales? El criterio es que esté vinculada a una actividad de prestación de salud, no interesa si esta es formal o si es informal, es decir no interesa si es brindada por un curandero o si es brindada por la clínica mas prestigiada, va a ser clasificada de manera distinta, pero entra a ser considerada. Interesa distinguir también diversas formas organizativas, estamos hablando del Ministerio de Salud, estamos hablando de salud privadas, de lucro, de no lucro, y otras. Van a ver cómo vamos a ingresar como un prestador a las farmacias y boticas, porque en realidad no lo son, sobre todo cuando quien prescribe no es el químico farmacéutico sino es el expendedor de medicamentos. Si bien la comparación internacional es importante, esta no constituye una prioridad para los países, por lo que no es el principal objetivo. Eso es menos importante que cómo se está dentro en cada país y cómo se va avanzando año tras año, cómo se va retrocediendo año tras año. Vamos ahora a los resultados del caso peruano. Veamos algunas preguntas esenciales ¿Cuánto se gasta? ¿Quiénes lo financian? ¿Cuáles son los centros de gasto? ¿En qué se gasta? ¿Cuánto se gasta? En los 11 años de seguimiento

hemos encontrado que el gasto en servicios de salud más que se duplicó: pasamos de gastar de 5 413 millones de soles corrientes a 11 671 millones de soles. No obstante la capacidad de compra de dicho monto se mantuvo. La capacidad de compra de servicios de salud se mantuvo. ¿Por qué se mantuvo? De un lado el índice de cuidado y conservación de la salud creció mucho más que el Índice de Precios al Consumidor (el mayor incremento de precios en medicamentos y otros rubros diluye el mayor gasto nominal). Es decir, el Índice de Precios al Consumidor que es la medida de la inflación nacional, creció muchísimo menos que la canasta del índice de cuidado de atención de la salud, que en un momento se las muestro de qué está conformada. El mayor incremento fue en medicamentos y otros rubros similares que absorbieron esa enorme masa monetaria, que en esos 11 años más que duplicó. Veamos que pasó con el Índice de Cuidado y Conservación de la Salud: en la primera fila ustedes tienen los componentes del índice de cuidado y conservación de la salud, que son: Productos medicinales y farmacéuticos, aparatos y equipos terapéuticos, servicios médicos y similares, gastos por hospitalización, seguros contra accidentes y enfermedad. La combinación de estos da el Índice de Cuidado y Conservación de la Salud. Les he puesto el crecimiento quinquenal y luego el crecimiento en 11 años. Observen cómo el Índice de Cuidado y Conservación de la Salud creció en 86% en 11 años, mientras que el Índice de Precios al Consumidor (la inflación normal) creció en 48%; es decir, casi duplicó. La pregunta que viene a continuación es ¿Cuáles son los rubros que encarecen el Índice de Cuidados y Conservación de la Salud? Productos medicinales y farmacéuticos. Pero, si uno ve los últimos años el tema de seguros contra accidentes y enfermedad ha tenido también un incremento que no es nada despreciable, sobre todo porque el mayor incremento se va a dar en los últimos años; y, luego vamos a preguntarnos si el Índice de Seguros creció, si creció la cantidad de dinero que él maneja, crecieron o no los cubiertos por seguro. Como resultado, esta capacidad de gasto de esta enorme masa monetaria dividida entre el número de habitantes no creció. El gasto real per cápita en servicios de salud, alrededor de 230 soles en el año 1995, bajó, subió, bajó, subió y regresó a los niveles del año 1995 ¿Qué implicancias podemos derivar? ¿Es suficiente? Bueno, podemos decir que no es suficiente porque hay un porcentaje importante de población

sobre todo en condición de pobreza y distancia geográfica que no logra acceder, y ese es un porcentaje importante. La conclusión es que no es suficiente. Si quisiéramos hacer un promedio con América Latina vamos a ver que los países en América Latina destinan entre el 8 a 11% de su Producto Bruto Interno en la atención de los servicios de salud, el Perú está entre 4,5% o 4,7% del Producto Bruto Interno. Un reto, la primera implicancia que vamos a decir es ¿Cómo abaratar costos mejorando calidad? Imagínense un gobierno que dice, el primer problema entonces es, y casi el único problema, que estamos financiando muy poco la atención de salud y lo que hay que hacer es inyectarle dinero al sector salud sin ver los demás aspectos, este déficit no se puede sostener. Lo que podría ocurrir entonces es que muchas industrias aprovechen este mayor dinero y encarezcan sus productos. Entonces una implicancia tan grande en la primera implicancia no es sólo la insuficiencia en financiamiento. La segunda implicancia que tenemos es decirnos, es que los medicamentos y otros precios, la tecnología médica está creciendo a un nivel mucho más alto que el Índice de Precios al Consumidor. Entonces, qué reto tenemos para hacer una mejor elección tecnológica, para hacer una mejor compra tecnológica?, porque sino lo que simplemente vamos a tener es que un mayor gasto si no está cuidado en la efectividad, si no está cuidado en la mejor política de compra lo vamos a dilapidar. ¿Quiénes lo financian? Quisiera enfocar atención de ustedes entre lo que es el agente que decide y la fuente de financiamiento por donde discurre el dinero (modos, vías, mecanismos). Los agentes se pueden clasificar como hogares, empleadores, gobierno nacional, gobierno regional, organismo internacional y donantes internos. Los agentes, y me he permitido poner en primer lugar a los hogares, financian en el Perú fundamentalmente por pago en el bolsillo, es decir con el dinero que tienen en el bolsillo para hacer frente a un evento en la atención de salud. En muchísimo menor medida pagamos primas y hacemos ejercicio de co-pago. De hecho sólo el 5% de la población nacional tiene algún tipo de seguro privado, y luego veremos los otros tipos de seguro. El otro agente que decide es el empleador. Si bien cuando el empleador paga a la planilla resta o deduce un costo laboral pagado por el trabajador, pero quien decide si me coloca en la nómina o no me coloca es el empleador, no es el trabajador. Otro agente que decide es el gobierno nacional y el gobierno regional.

También son agente que deciden los organismos internacionales, pero en el Perú financian poquísimos. Los donantes internos son cuando por ejemplo tenemos la colecta de San Juan de Dios y recaudamos un millón o dos millones, eso es.

Las fuentes de financiamiento de salud son: Los hogares son los pagos de bolsillo, primas y co-pago. Los empleadores son cotizaciones y primas. Gobiernos nacional y regional, son presupuesto público, recursos ordinarios y endeudamiento. Los organismos internacionales son los de cooperación externa. Donantes internos son las donaciones de los pobladores del Perú.

Este es el mundo del financiamiento. Vamos a ver los resultados del caso peruano. ¿Qué vamos a encontrar en 11 años de estudio? Que los hogares han continuado siendo la primera fuente de financiamiento de la atención de salud. Yo recuerdo mucho que cuando presentamos el libro en ese entonces, yo era funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud, el Ministro presente, el Dr. Vidal, en ese momento nos dijo: “me cuesta creer que no sean los Fondos de Gobierno la primera fuente de financiamiento, yo esperaba que hogares fuera la cuarta” y tuvimos que demostrarle con los datos y el seguimiento cómo era que en el Perú, siendo un país en ese momento más pobre de lo que es ahora, siendo ahora un país de ingreso medio bajo, las estadísticas nos muestran un 38% de población en condición de pobreza, el 40% del total de financiamiento en atención de servicios de salud pública/privada, formal/informal, como fuera, venía del pago por los hogares y la principal fuente o vía era el pago de bolsillo. Las Cuentas se hacen con dos años de rezago por todos los problemas de consistencia que hay que realizar. Si se compara con el 2005 vemos que hemos logrado disminuir como país del 40% al 34% gracias a que el Presupuesto proveniente de Tesoro Público, ojo que la metodología es, yo no tomo todo el Presupuesto cuando digo que el agente que decide es el Gobierno, porque acuérdense que todo el Presupuesto tiene un rubro que ahora se llaman Ingresos directamente recaudados antes eran Ingresos Propios. Los Ingresos Propios están aquí, lo que yo tomo de la fuente de Gobierno es únicamente recursos ordinarios de endeudamiento. Vean cómo porcentualmente se ha ido incrementando

el rubro de Gobierno, aumentando su participación, no obstante 31% de participación del Gobierno versus 34% de participación de los hogares, los hogares continúan siendo la primera fuente de financiamiento. Algo que nos preocupa sobremanera es que la fuente empleadores. ¿De donde viene esa fuente? Del empleo estable del país que está en una nómina o planilla, del empleo estable donde el empresario se anima a decir esta es la fuerza de trabajo con la que cuento, estos son mis trabajadores, bueno, sus trabajadores crecieron muy poquito, en sí casi no crecieron pues la participación de los empleadores en 1996 fue de 30% y en tanto que en el 2005 fue de 31%, entre uno y otro no hay diferencia. Además estamos viendo un periodo con pequeñas bajas generalmente de crecimiento económico. Cuando hemos tenido periodos de decrecimiento económico, estos porcentajes caen, Las otras fuentes no vale la pena comentarlas, son muy pequeñas, pero ustedes ya van teniendo la idea del país, qué somos en términos de financiamiento y gasto en salud.

Un país africano tiene como primera fuente los cooperantes externos y por allí algún donante y algún chiquito de Gobierno, un poquito de los hogares y el resto simplemente se muere de hambre, los hogares no pueden aportar.

Un país centroamericano en condiciones difíciles va a tener una estructura un poco similar a África, sólo que los fondos del Gobierno van a ser un poquito más altos y los fondos de los hogares un poquito más.

Nosotros tenemos una estructura que se parece a un país del África, no del África sub sahariana, de un país africano de desarrollo medio, es decir, tampoco nos podemos creer en términos de financiamiento y gasto en salud un país desarrollado o un país en vías de desarrollo, tenemos severos problemas, pese al esfuerzo creciente de los distintos gobiernos por tratar de incrementar un poquito él y sus costos, aún todavía buena parte del Presupuesto, un tercio del Presupuesto descansa en el bolsillo de los peruanos, si tienes plata o si no tienes en el bolsillo.

Ya que la primera fuente de financiamiento son los hogares, la pregunta que uno se hace es ¿y en qué gasta el hogar, en qué rubros gasta? Boticas y farmacias fuera del prestador, la cadena de la calle. En el año 1995 los

hogares gastaban casi el 50% del financiamiento de los hogares iba directamente a la botica o a la farmacia de la calle, este porcentaje ha ido cayendo hasta 40% en el 2005, quiere decir eso que relativamente estamos comprando menos en la botica de la calle, aunque yo creo que en el 2006 y 2007 van a dar sorpresas aumentando este porcentaje. Lo que ocurre no es que las clínicas se dieron cuenta que la venta de medicamentos era un buen negocio, entonces incorporaron una mayor cantidad de boticas o farmacias de cadenas, son establecimientos de cadena los que están dentro de prestadores privados, por eso la participación de las farmacias y boticas que cayó del 49.8% al 40.1% subió por la participación de los prestadores privados de 34% a 43.3%, se dan cuenta, es un efecto sustitución. Lo que si diferencian es cuando consumen medicamentos dentro de prestadores privados, suele mediar una receta, en cambio cuando se consume medicamentos en boticas y farmacias en la calle puede mediar una receta actualizada, puede mediar una receta de ese año, o puede mediar nada. ¿En qué gastan los hogares en salud? Boticas y Farmacias. Prestadores privados. Prestadores Públicos: el pago de tarifas por los servicios, radiografías, análisis, por los gastos de hospitalización. Prestación EsSalud (no afiliado): antes había gente que no tenía un seguro con EsSalud pero se hacía atender por hospitalización y reclamaba a EsSalud. Esa gente ha ido disminuyendo hasta casi desaparecer. Compra de seguros a EsSalud: en el año 1995 un porcentaje de la cotización a EsSalud se hacía directamente de la remuneración del trabajador, el cambio fue en el año 1996. Seguros Privados: son muy poco representativos. En el 2005 sólo el 2.4% del financiamiento en los hogares se va a seguros privados. Prestadores privados EPS (copagos): ha ido aumentando el monto en copagos y ha ido aumentando la cantidad de afiliados a esta modalidad, que es un sistema enganchado que es parte del Sistema de Seguridad Social.

A qué conclusiones llegamos: ¿Qué vamos a hacer? ¿Vamos a prohibir la venta sin receta médica? La gente consulta. Cuando he tratado de cruzar la variable con nivel de educación de la persona, yo esperaba que a mayor nivel de educación, menor compra directa (sin receta, consultando directamente), pero no encontramos diferencia; o sea, las personas con mayor o menor nivel de instrucción, igual hacen uso de la farmacia e igual preguntan ¿qué es bueno para...?

El otro tema que nos viene a la mente es que si los hogares gastan respecto a salud, principalmente en medicamentos, incentivemos el uso de genéricos, pero genéricos con calidad, porque los genéricos son muchísimo más baratos y las trabas al consumo de los genéricos no siempre son las más altas. Existen muchas veces argumentos en contra del consumo de genéricos que se basan en un prejuicio. Así como hay argumentos en contra del consumo de genéricos que se basan en la experiencias de baja calidad, pero si el Estado es capaz de ejercer un buen control de los genéricos, van a ver cómo en los laboratorios que producen los genéricos en el momento de producir los genéricos, van a tener que subir la calidad de producción del genérico, porque la multa que les va a caer se los va a hacer recordar. Este es un tema de regulación simplemente. Pero con este tema de regulación simplemente, le abaratamos el gasto de bolsillo a los hogares y esto es muy importante. Recuerden que la diferencia de precio entre un genérico y un medicamento de marca no genérico es muchas veces de 4, 5 ó 6 veces.

El tema de Aseguramiento y afiliación. Les vamos a presentar el tema de Aseguramiento desde dos puntos de vista: La cantidad de gente asegurada y la cantidad de dinero que entra a estos Sistemas de Aseguramiento. He contrastado los últimos dos años (2005 y 2007) por la condición de aseguramiento y vamos a ver que la condición de aseguramiento mejora (de 15 a 18%) por la existencia del seguro integral de salud, que es un seguro bastante rudimentario frente a lo que puede ser otro tipo de seguro, es como el mamut al elefante, pero la idea es que el mamut puede llegar a ser elefante, eso es responsabilidad de una política pública. Porque, si ustedes ven la cantidad de gente, el porcentaje de la población nacional asegurada a EsSalud en el año 2005 con el porcentaje de la población nacional asegurada a EsSalud en el año 2007, 17% contra 18%, poquísimo. EsSalud y seguro privado, seguro privado está en aumento porque son años de crecimiento. Cuando es un contexto de expansión económica, van a crecer un poco más los seguros. Cuando es un contexto de recesión económica, bajan los seguros porque el comportamiento de previsión social lo tiene la gente cuando siente que tiene un horizonte temporal de vida mucho más largo, cuando siente que su horizonte de decisión es hoy y mañana, los seguros no le interesan. Seguros para las

Fuerzas Armadas y Policiales, sin comentarios. El Seguro Integral de Salu: Las cifras que estamos presentando en las cuentas nacionales son las cifras que declara la población en la encuesta nacional de hogares. Estoy totalmente consciente de que son cifras distintas a las que presentan las estadísticas administrativas del SIS que tienen un registro mayor. ¿Por qué esta diferencia? Porque puede ser que la persona estuvo afiliada en un primer momento y después cuando se le pregunta no se acuerda. Puede ser que la persona se ha afiliado en un año dos veces porque paso de un plan a otro, y porque aunque hoy en día hablamos de que no hay planes, muchos afiliadores, prestadores siguen afiliando por planes, o puede ser porque hubo un error de duplicidad, pero lo que iría a la conducta de las personas es si la persona cree que tiene o no tiene un seguro. Si tiene un seguro y la persona dice no tengo, cree que no tiene, va a comportarse como si no tuviera y nadie le va a decir tú estas asegurada. En este país tenemos el 54% de población sin seguro, y el único que ha demostrado dinamismo es el SIS (Seguro Integral de Salud) porque es un seguro privado y depende del presupuesto público. Hoy en día hay una crisis fuerte en presupuesto público que se espera que las autoridades al más alto nivel lo puedan resolver. Pero lo que yo quería enfocar la atención era que en verdad si no consideramos al SIS la dinámica en sí, la dinámica endógena de una sociedad, la dinámica voluntaria de una sociedad, no va al aseguramiento, en el Perú el aseguramiento no es parte de la cultura. ¿Cómo la hacemos parte de la cultura? Comenzar a formar compromisos, esta bien tu me pagas hoy, pero yo te aseguro que yo te atiende mañana, es parte del compromiso entre el gobernante y el gobernado, es parte del compromiso que una sociedad considera que tiene viabilidad a futuro o no la tiene, y este es un tema importante, un tema para pensar. Los asegurados porcentualmente han subido poco exceptuando los del SIS. Si no consideramos los del SIS, exceptuando los del SIS también van a ver ustedes que el porcentaje de financiamiento que pasa por la intermediación de un seguro, ha ido aumentando, los seguros privados entonces se han encarecido. La Seguridad Social concentra el mayor volumen del dinero que pasa por una forma de aseguramiento, 78% en 1995, 78% en el 2005, no es que las EPS les quitaron dinero, aunque le han quitado un 9% en el 2005, porque si ustedes ven el porcentaje de población asegurada a la Seguridad Social,

no crece o crece mínimamente, y eso de quitarle dinero tiene que ver mas con la capacidad de una institución de expandir su cobertura y mejorar su capacidad de oferta, y si hace esto, nadie le va a quitar sus afiliados.

Me preocupa un poquito que las EPS estén con 9% del total del fondo de intermediación (financiamiento) del aseguramiento y tenían, como en la transparencia anterior demostraban que tenían una menor cantidad, el crecimiento de sus afiliados no ha sido tanto.

En 11 años el porcentaje de financiamiento que pasa por algún tipo de seguro, y acá no estamos considerando el SIS, ha pasado del 31% en 1995 al 41% en el 2005, pero la cobertura de población asegurada sin considerar el SIS, ha crecido muy poco, mas se ha encarecido el aseguramiento, que lo que ha crecido su cobertura.

¿Cuáles son las implicancias de la actual modalidad de financiamiento? Inequidad, precariedad, insuficiencia, riesgo de duplicidad ¿En qué medida el contexto actual permite efectuar cambios? ¿Qué consecuencias podemos sacar de esta forma de financiar los servicios de salud que tenemos en el Perú?

Hay un problema de inequidad, si pues porque si estamos pagando mayormente con nuestro bolsillo, cuando no tienes, o si es que el SIS no tiene todos los recursos para financiar todo su compromiso, ¿qué pasa?, que no todos van a acceder, no todos los pobres van a acceder.

Precariedad, porque la mayoría de gente no está asegurada, depende del bolsillo, si hoy día tengo, hoy día me atiende, si mañana no tengo, mañana dejo de tomar el medicamento aunque tenía que haberlo tomado 10 días sin parar, por digamos. Insuficiencia, ya lo hemos dicho. También hay muchas vías de financiamiento que se entrecruzan y va a haber riesgo de duplicidad, y uno se pregunta en qué medidas del contexto actual podemos comenzar a trabajar y efectuar los cambios.

Si permiten una opinión, nos hemos demorado demasiado en nuestro país para efectuar los cambios, hemos sido increíblemente timoratos frente a la política social, sobre todo frente a una política social de educación, salud y nutrición, hemos ido postergando, postergando, postergando, pero cada vez es más industrial, porque el discurso de la oferta democrática que puede hacer cualquier gobierno democrático, está

chocando con la capacidad del MEF de reconocer un compromiso verbal o el compromiso del gobernante o del equipo gobernante.

¿Cuáles son los centros de gastos? MINSA Nacional, Sanidades y otros públicos, Farmacias y Boticas, EsSalud, Prestador Privado Lucrativo, Prestador Privado no lucrativo, Administración de Fondos.

Los centros de gastos son los establecimientos del Ministerio de Salud Nacional porque este es un país centralizado, Sanidad y otros públicos, aquí está los Municipios y aquí está Solidaridad, un día quisiera conversarles con se financia Solidaridad, cómo funciona, como está duplicando la cantidad de gente que atiende, cómo en muchos casos se convierte en competencia de salud, lo cual es impresionante. La competencia de salud en Lima Metropolitana y Piura creo que es, la otra ciudad que abrió su establecimiento de Solidaridad. Farmacias y Boticas. EsSalud Prestador Privado. Lucrativo Prestador Privado no lucrativo. Administración de Fondos, que no se va propiamente a la atención de salud, sino se queda en el trabajo de la Administración del Fondo propiamente dicha.

Una conclusión es que si bien el Gobierno no es el primer financiador, si sus establecimientos son el primer centro de ejecución del gasto, porque allí confluyen el financiamiento Gobierno, confluyen parte del gasto de bolsillo, confluye financiamiento de cooperación internacional, entonces son un importante espacio para modular el gasto y trabajar el gasto.

Flujos Financieros Perú 2005.

Fuentes de Financiamiento:

- Cooperación técnica: 2%
- Gobierno: 31% Si bien es la tercera fuente de financiamiento es casi el primer centro de ejecución, las diferencias son mínimas con EsSalud porque está recibiendo dinero de otras fuentes.
- Donación interna: 1%
- Hogares: 34% (dan dinero fundamentalmente y directamente a las farmacias sin pasar por un prestador. Los hogares cuando compran servicios al prestador lucrativo: 24% y no lucrativo: 2% están gastando).
- Empleadores: 31% (los empleadores cotizan principalmente al Seguro Social, pocas empresas se permiten tener sus seguros y autoseguros).
- Otros: 1%

Fondos de Seguros: Seguros: 11% (Autoseguros: Seguro Social EsSalud, Seguros Social EPS, SIS).

Prestadores del gasto: Sanidades y otros Públicos 5%, MINSA 27%, Privado Lucrativo 24%, Privado no lucrativo 2%, Farmacias 14%, EsSalud 27%.

Aunque todavía es un sistema bastante segmentado, si ustedes se ponen a sumar cuánto dinero se realiza, dónde hay prestadores públicos, ustedes tienen un espacio de maniobra muy interesante de ejercicio de una política pública. ¿Por qué decidimos poner como prestador las farmacias solitas? Porque funciona como un prestador, y monitorear eso es muy importante. Y acá estamos frente a algo que atraviesa desde el financiamiento, los hogares, políticas de gasto, política pública, comercio internacional, y que se llama medicamentos e insumos médicos. ¿Cómo son las estructuras de gasto? Entre las Entidades públicas y privadas, esta es la participación de remuneraciones dentro del gasto total de la institución. Cuando hemos dicho remuneraciones nos referimos al que está en planilla y al que no lo está, al que está por servicios no personales, como fuera. Lo que uno encuentra es que como porcentaje, esta en aumento en EsSalud y en MINSA, en cambio en el sector privado parece bastante controlado, en el sector privado son básicamente honorarios médicos y remuneraciones del personal médico. Algo interesante es que en el periodo 1995-2006 la participación de las inversiones ha ido en caída tanto en EsSalud como en MINSA por eso la preocupación gubernamental actual de desarrollar una política de inversiones en la estructura, mientras que la prestación privada se ha diversificado y destaca un grupo innovador. Entre el año 1995 y 2005 el excedente de explotación, es decir la ganancia en las clínicas pasó del 8% al 16%.

Las Fuentes de información con las cuales se trabaja son: Encuestas de Hogares (ENAHO), Financiamiento por grupos seleccionados (pobreza urbano/rural: edad), Compra directa de medicamento en farmacia, por Consulta en farmacia, Compra sin consulta, Encuestas económicas (EEA), Estructura de Producción del Sector Privado, Gasto público por fuentes de financiamiento y partidas de gasto Balances de oferta y demanda

## **Fuentes de Financiamiento: Impuestos y Contribuciones.**

*Dr. Esteban Martín Chiotti Kaneshima.*

*Subjefe del Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud (MINSa).*

El tema de financiamiento es muy amplio y es un poco difícil hablar cuando uno es médico, pero por la función que hemos hecho, hemos podido entrar en contacto y tener un marco teórico para poder traer y centrarnos, en el tema de impuestos versus contribuciones. El tema de financiamiento tiene 3 aspectos básicamente orientados a una política de financiamiento. Existe primero el tema de las fuentes de financiamiento, los mecanismos de financiamiento y los mecanismos de pago. Estará directamente en la obtención de resultados. ¿Qué es financiamiento? Es la provisión de recursos financieros para la producción o compra de Servicios de Salud, dependiendo del rol que se está ejecutando, si soy prestador o si soy financiador.

Principios Básicos. Hay un principio en Economía que hace su campo de estudio, que dice que los recursos financieros y económicos son finitos y las necesidades son infinitas. “Los recursos financieros y económicos que los países destinan a cubrir los costos de las atenciones a la salud de su población enfrentan la restricción normal de recursos limitados contra necesidades ilimitadas”. Si hay recursos finitos y hay necesidades infinitas, hay que tomar decisiones a la asignación de los recursos disponibles. Frente a esto primero hay una decisión a nivel macro, ¿Qué es lo que tengo que hacer, invierto en educación, en infraestructura o invierto en salud? Esta es la primera decisión, ¿Qué sector es el que va a recibir más financiamiento?, esa es una decisión política. Y el otro tema es la decisión que se tiene al interior del Sistema de Salud: ¿Lo que yo recibo de financiamiento alcanza para atender todas las necesidades? Si no alcanza tengo que ver qué va a traer mayor bienestar en el campo de la salud, esa es una decisión racional y tiene que ser tomada en función de lograr los resultados que yo deseo, los impactos con la calidad necesaria disponible con estos recursos que cuento. Allí está el quid del asunto y creo que allí está la discusión de todos los problemas, de cómo lograr el financiamiento. Entonces, el problema es cómo lograr un financiamiento óptimo combinando calidad al menor costo, como llaman los economistas:

contención de costos, y en función de una satisfacción de las necesidades de la población expresados de manera individual o de manera colectiva dentro de un sistema de salud. En este sentido, los problemas para la elección de la asignación de los recursos se dan en dos momentos. Uno, en relación a otros usos alternativos distintos a bienes y servicios de salud, por ejemplo: educación, infraestructura pública, vivienda, subsidios a personas de escasos recursos, entre otros, los cuales en ciertas condiciones pueden mejorar el estado de salud de los habitantes, tanto o más, que los gastos incurridos en servicios de salud. Y, dos, la decisión al interior del sistema de salud respecto a qué intervenciones se favorecen de manera prioritaria, pues los recursos son insuficientes para que todas las personas tengan acceso a todos los bienes y servicios de la mejor calidad posible. Problema para lograr un financiamiento óptimo. El problema es encontrar una forma de combinar calidad, contención de costos en atención al usuario y el logro de los objetivos del sistema de salud.

¿Qué aspectos son los que presionan en el gasto para que haya mayores requerimientos financieros? La transición epidemiológica, tengo problemas de enfermedades transmisibles pero también tengo enfermedades emergentes, tengo que buscar un equilibrio para poder atender esa necesidad. Por otro lado, una transición demográfica, la base de la pirámide demográfica, los menores se está reduciendo y está la punta de la pirámide que son los mayores se están ensanchando; por lo tanto, voy a tener otro escenario epidemiológico que atender. La transición social, es decir el paso de la población rural a la ciudad (urbanización) lleva adherido otro escenario. El mayor nivel educativo hace que se identifiquen mayores necesidades de salud y derechos inherentes. El mayor rol de la mujer en la economía formal hace que hay un aporte y un desarrollo y una nueva dinámica social. La innovación tecnológica y organizacional, por ejemplo, se pagaba por un equipo de cirugía alrededor de 500 dólares, luego viene la tecnología y tenemos que usar un bisturí, electrónico o eléctrico que cuesta alrededor de 10 000 dólares y ahora utilizamos la tecnología con un bisturí láser que cuesta 30 000 dólares, eso también presiona sobre la decisión de dónde voy a hacer el gasto. Un cambio político de democratización, hay mayor participación y hay una interacción de los stakeholders, de los grupos de interés, grupos de presión que también

influyen sobre qué se va a gastar, y la transformación económica de un modelo rural, un modelo industrializado que genera mayor posibilidad de medios tecnológicos que no necesariamente son los más económicos, pero sí en términos de seguridad.

El otro aspecto para la política de financiamiento y tomar decisiones, si tomo impuestos versus contribuciones, es que hay un escenario de inequidad entre las fuentes de financiamiento, depende del escenario y de la capacidad y tamaño de la economía. Si es una economía creciente es muy probable que el aporte de los empleadores sea mas grande. Si estamos en un periodo contra-cíclico, de contracción, es muy probable que esto empiece a disminuir y tengamos que echar mano de las fuentes de gobierno. Y, siempre está demostrado que en todo este periodo (11 años) el gran peso del gasto está en los hogares. Esto hace que en el escenario latinoamericano, como se describió anteriormente, la Seguridad Social siempre cuenta con mejores recursos porque la vía de contribución es más fácil de recaudar y es la más fácil de controlar ese seguimiento porque al haber una contribución yo espero un servicio, mientras que cuando hay un sistema de impuestos, generalmente tiene que haber un mecanismo de focalización y hay un riesgo de que gente que no debería recibir este financiamiento vía impuestos, entre dentro del sistema.

Al interior de los países latinoamericanos hay diferencias entre los individuos que tienen acceso a los servicios de Seguridad Social mejor financiados y los que sólo cuentan con los sistemas de salud públicos, con financiamiento claramente insuficiente.

El gasto en salud en el escenario de nuestro país tendría que estar dirigido a las políticas sociales, la salud como una política social, no como una visión individual. Hay dos formas: Por el lado de los Ingresos Públicos: Si optamos por el modelo de impuestos, pueden ser financiados sobre: Impuestos directos, se aplican sobre el patrimonio, la riqueza, ingresos, la propiedad, es decir, el que más tiene más aporta, más contribuye. Aquí está el Impuesto a la Renta. Impuestos indirectos, que sobre todo están ligados al consumo, las transacciones y la venta. Aquí estaría principalmente el Impuesto General a las Ventas. Por el lado del Gasto Público, los recursos o ingresos públicos estarían orientándose dentro de una política

social, el destino puede ser: sectoriales, a los diversos sectores regionales, a las diversas regiones, teniendo en cuenta condiciones económicas o exclusión social, sobre todo porque es un país de desigualdades. Son los temas que deberían guiar la priorización del Gasto Público. El problema económico genera la pregunta: ¿Puede el país sostener un incremento en el Gasto Público en Salud?

Fuentes de Financiamiento: Impuestos y Contribuciones Hay dos modelos: Modelo contributivo, en nuestro país el 18% de ese financiamiento viene a través de la Seguridad Social. Modelo no contributivo, que es a través de los presupuestos de MINSAL, a través de los presupuestos ordinarios o a través del financiamiento de la demanda que es el Seguro Integral de Salud (SIS). El SIS básicamente entrega subsidios. La Seguridad Social tiene dos regímenes: Seguro Regular y Seguro Potestativo. Ambos regímenes se dan en EsSalud y EPS.

Esta es una comparación rápida de qué condiciones hay si financiamos vía impuestos o vía contribuciones. Tipo de recaudación: Impuestos generales y contribuciones de la Seguridad Social. Condicionantes: situación fiscal (progresividad y regresividad tributaria); mercado de trabajo (formal e informal de la economía); oportunidad redistributiva; mayor o menor oportunidad de desarrollo, mayor o menor (depende del mercado) capacidad de recaudación, más difícil (depende de la capacidad de identificación de ingresos), fácil en el sector formal.

Los impuestos dependen de la situación fiscal, si tenemos bonanza económica o estamos en una situación regresiva, por lo tanto eso va a depender de la Caja Fiscal y de la disponibilidad. En cambio si es la contribución a través de la Seguridad Social, esto va a depender del tamaño del Mercado de Trabajo, sobre todo del tamaño de la economía formal, ya se dijo, de la planilla. La oportunidad de redistribuir, de reducir las inequidades, es mayor con los impuestos generales y menor con la Seguridad Social porque esto, a pesar de que uno de los principios es la solidaridad, está en relación con la aspiración que tiene el contribuyente de recibir algo por lo que está contribuyendo, esa es la motivación de que alguien opte por el sistema contributivo. Las opciones de desarrollo son mayores con los impuestos porque van a responder a una política social, no a una necesidad colectiva, en cambio las oportunidades de desarrollo van a ser

menores con las contribuciones porque éstas están en relación básicamente a las expectativas individuales. La capacidad de recaudación es más difícil en los impuestos porque esto va a depender de la bolsa que se genere a través de los impuestos, en cambio las contribuciones son más fáciles porque están individualizados, porque el asegurado o contribuyente va a recibir el beneficio en función de la continuidad de su aportación.

Con respecto a los mecanismos de financiamiento: El financiamiento público, lo importante es que va ligado a una política macroeconómica, va ligado con una política de largo aliento, esto es colectivo; en cambio el gasto de bolsillo va básicamente en función de la capacidad de pago de la persona, esto es individual. El seguro privado está en función de los ingresos, los lugares donde han privilegiado el tema de seguro privado va ligado en función del ingreso individual sobre el ingreso familiar, y sobre eso está su plan de cobertura, a mayor capacidad de pago, de tomar la prima, voy a tener mayores beneficios, a menor capacidad, menores beneficios. En el caso de subsidios, esto va directamente en forma de paquete como población meta, en este caso a los pobres extremos, y Financiamiento a través de programas nacionales que van directamente a un objetivo propio. Acá hay unos supuestos que tienen que darse para que estos mecanismos sean privilegiados no. Por ejemplo, ventajas en financiamiento público, está enfocado en gasto social, pero la desventaja es que está en función de los ciclos económicos, es decir la disponibilidad de la caja fiscal. En el gasto de bolsillo, permite obtener beneficios directos, obtener las atenciones en función, pero la gran desventaja es la discriminación porque está en función de cuánto yo dispongo para la necesidad de salud. En el seguro privado, la diferencia es la prima, es muy fácil entregar los beneficios porque va ligado a un pago, como es un privado, compete y tiene el tema de la calidad, pero no acceden los pobres o no son calificados aquellos que tienen enfermedades crónicas, no son sujetos porque no van a dejar margen de ganancia, se va a reducir la rentabilidad. En el caso de los subsidios la ventaja es que compensa las barreras económicas, pero necesita de una viabilidad política para su ejecución y esto tiene que ver también en la relación de cómo están los grupos de presión para recibir la asignación de estos recursos. En el caso de ramas de salud, mejora la equidad, pero necesita un fuerte componente de

planificación, un estudio de factibilidad, una decisión política que debe ser continuada, que puede cambiar de acuerdo a un régimen a otro y sobre todo el objeto ser priorizado, necesita mucho componente técnico. Entonces para poder tomar esa decisión en función de los criterios que tenemos para buscar las fuentes de financiamiento que serían: Impuestos, Aportaciones a la Seguridad Social, Seguro privado o mecanismo de Prepago privado, Gasto de bolsillo. Tendríamos que plantear estos criterios: Equidad en el financiamiento; cobertura de necesidades; eficiencia en la asignación; eficiencia del sistema; transparencia y rendición de cuentas; capacidad de elección del usuario (¿Dónde se va a atender?); macroeficiencia, es decir cómo se van a obtener resultados o impactos en la salud; aceptabilidad política; estabilidad económica, estabilidad política.

Vemos que los impuestos tienen un mayor peso en la elección porque reflejan mayor equidad en el financiamiento, cobertura de las necesidades, eficiencia en la asignación, eficiencia del sistema, capacidad de elección y macro eficiencia. Pero el gasto de bolsillo tiene que ver básicamente con los beneficios y las expectativas individuales, capacidad de elección, transparencia en la rendición de cuentas. La Seguridad Social tendría mayor peso en estos criterios que los impuestos y el gasto de bolsillo, pero en menor magnitud. Entonces esta tabla permitiría tomar una decisión en la política de financiamiento y la fuente de financiamiento a seguir.

La pregunta es ¿cómo alinear el esquema de financiamiento para lograr los objetivos de un sistema de salud?, mis fuentes de financiamiento en mecanismos, con los objetivos de un sistema de salud. De lo contrario se generaría un gasto que no va obtener un resultado y sería un gasto ineficiente.

La alternativa de financiamiento que hemos visto: gasto de bolsillo, seguro privado, impuestos o contribuciones atravesarían en algunos mecanismos de pago definidos, pero estos mecanismos tendrían que ir ligados a los incentivos de los prestadores de servicios, para poder obtener un resultado esperado, que está en función de estos incentivos a prestadores de servicios y en función a los objetivos que todo el sistema de salud plantea. Aquí analizaremos un poco los casos particulares de los seguros privados de salud con fines de lucro, para

poder tomar decisiones de cuál sería la fuente de financiamiento. No estamos de quién administra el financiamiento, porque no es el tema, porque si hay un administrador único o hay varios administradores, éste es un tema para otra discusión. Lo que estaríamos hablando es fuentes, mecanismos y cómo estaría el mecanismo de gasto. Los seguros privados básicamente tienen un carácter de búsqueda de utilidad, de renta. Los seguros privados tienen costos derivados de las utilidades y actividades de promoción que no se plantean en un sistema de seguro público de carácter obligatorio. Estos costos pueden alcanzar a casi la mitad de la prima que se paga en el caso de las pólizas individuales. Por tanto estos costos pueden influir en las utilidades, por lo tanto el seguro público tiene que tener un regulador que garantice un plan de beneficios que estén de acuerdo a lo que ellos buscan que son las utilidades y la renta. Un problema adicional es que cada asegurador individual no tiene suficiente fuerza para negociar precios favorables con los proveedores de servicios, o para exigir a los médicos participantes que se atengan a un listado de fármacos esenciales. Es decir, el asegurador lo que diseña son planes individuales y el riesgo en este caso es individual. El riesgo aumenta con enfermedades preexistentes, el riesgo aumenta con la edad, el riesgo aumenta con el nivel de ingreso. Esta es una de las condiciones que el asegurador privado busca para poder fijar la prima y a quién asegura. Con frecuencia los servicios preventivos no están cubiertos por el seguro, pues se piensa que quien paga la prima no los considera importantes. Es decir los seguros preventivos no son de peso para el asegurador privado, quienes desean cubrir con el seguro a su grupo familiar deben pagar primas sustancialmente más elevadas, lo cual suele resultar en baja cobertura de las cargas familiares dependientes. El alto costo, las primas uniformes y las primas extras para los miembros de la familia limitan la cobertura potencial de los seguros privados de salud. Es decir, quien desea transferir la prima individual a la prima familiar tiene que tener ingresos adicionales que le permitan hacer la cobertura.

El tema de las cotizaciones en el caso de financiamiento vía seguro social Como una forma de recolectar dinero, las cotizaciones para seguros de salud tienen numerosas ventajas: Las cotizaciones son fáciles de recaudar desde un punto de vista administrativo, al menos para aquellos

que tienen empleadores. Porque primeramente existe un empleador, existe una planilla. En este caso a la SUNAT se le ha dado el encargo, ellos verifican, hacen la recaudación, por lo tanto se cuenta con dinero para atender los fines que tiene la institución. Las contribuciones son pagadas con mayor interés que un impuesto ya que el empleado o asegurado tiene conciencia de que él o ella obtiene un beneficio personal, va a recibir la atención cuando lo necesite, identificable al efectuar el pago, el derecho a aquella atención de salud como está definida en la normativa con la esperanza de obtener un buen servicio. Pero el empleado solamente pagará gustoso por aquello que considere un "buen beneficio". Por esta razón incluso es aceptable que los trabajadores de bajos ingresos, a quienes parecería erróneo imponer un impuesto a la renta, coticen para salud. Pero el tema de la demanda y la capacidad de oferta hacen que haya una barrera. Las cotizaciones se pagan en función de un porcentaje y esto está ligado al nivel de ingreso. Las cotizaciones según ingreso que se pagan a cambio de un beneficio cuyas características no varían de acuerdo al monto de los ingresos que percibe cada cual, son de carácter redistributivo, desde los más ricos hasta los más pobres. No es un impuesto, no tiene que ver con la renta, es decir, aquellos que ganan menos van a tener que pagar menos, el que tiene una renta mayor va a tener que pagar más por el servicio. La renta imponible para efecto de cotizaciones de salud es predecible en el corto plazo. Financiamiento vía Impuestos: Ciertamente tales ventajas podrían ser obtenidas mediante un servicio financiado por impuestos generales, pero en la práctica suelen no serlo., por lo que habíamos dicho, las necesidades existen, el Estado a través del Gobierno toma la decisión de que gasto es el que se prioriza y no siempre el sistema de salud es prioritario para los gobiernos de turno, porque siempre se entiende que la salud es un gasto no una inversión. Es muy difícil convencer a aquellos de que hay que invertir en el tema de salud para poder mejorar el capital social. Normalmente los Ministerios de Salud eligen los métodos "directos" de provisión de servicios. Ellos son dueños de las instalaciones de salud y contratan a profesionales de salud bajo el régimen de salario para que trabajen en ellos. Es decir, como es el financiamiento vía impuestos, los Ministerios de Salud básicamente van a montar su sistema de provisión donde existe la propiedad por el Ministerio, en este caso ya está descentralizando los gobiernos regionales, pero son los

dueños de las instalaciones y se contrata a profesionales bajo el régimen de salario (por tantas atenciones usted va a recibir un sueldo que no necesariamente va a servir de incentivo para que el prestador esté motivado a dar una atención de calidad). Mecanismos de pago, incentivos a los proveedores: La competencia en la atención de salud como en cualquier otro ámbito, hace que aquellos que compiten sean proclives a satisfacer al consumidor proveyéndole un servicio satisfactorio, cordial y accesible, puesto que aquellos que no lo hagan van a perder clientes. Es bueno que el médico gane dinero cuando obtiene un paciente nuevo y que lo pierda por otro lado cuando el paciente se va con otro facultativo. Ciertamente, tales ventajas podrían ser obtenidas mediante un servicio financiado por los impuestos generales, pero en la práctica suelen no serlo. Normalmente los Ministerios de Salud eligen todos los métodos “directos” de provisión de servicios. Ellos son dueños de las instalaciones de salud y contratan a profesionales de salud bajo el régimen de salario para que trabajen en ellos. Entonces es necesario que los mecanismos de pago, es decir, ya tengo las fuentes de financiamiento, ya decidimos cuál van a ser los mecanismos de financiamiento, cómo vamos a hacer para pagar estos recursos, cómo llegan a los proveedores que es el actor principal. Si bien es cierto los seguros compran los servicios para los asegurados o para la población objetivo, quienes dan los servicios son los proveedores. En la experiencia y en la revisión comparada de los sistemas de salud, de los sistemas de provisión internacional, se ve que en donde hay competencia en la atención de salud se ve mejores desempeños. Si hay competencia, el médico que gana es aquel que da mejor atención y el que pierde es el que no da buena atención, pues el que se atiende es el usuario. Allí está un incentivo a la calidad. El otro es un servicio donde el reto es si estamos apostando a un servicio financiado por impuestos, cómo no caer en el problema anterior, en donde el Estado que tiene su propio paralelo prestador, ¿Cómo lograr su incentivo y cómo lograr esa competencia?

Cómo a parte del régimen salarial buscar una parte adicional que premie la calidad, la satisfacción. Pero este problema está en todos los sistemas, tanto en los que se financian con el aporte privado, cómo los sistemas que son financiados por el Estado o por el tema de las contribuciones en fondos solidarios como la Seguridad Social.

Financiamiento a través de aseguramiento privado: Múltiples aseguradores generan elevados costos adicionales en promoción de ventas. ¿Compensarán ellos la ganancia en eficiencia? No hay hasta aquí experiencia alguna sobre la cual apoyarse; el único caso que se puede citar es el de los EE. UU. que dista mucho de ser ejemplar. Muchos países han elegido un asegurador monopólico porque los proveedores, a su vez, tienden a actuar en conjunto como un monopsonio.

El tema de tener múltiples aseguradores privados hace que exista esta competencia y a través de esa competencia ellos buscan cómo captar la mayor cantidad de asegurados ofreciéndoles ventajas. Entonces allí hay un tema de promoción de ventas. ¿Cómo la compensarán? En función de la eficiencia. Es un sobre costo que tienen los privados al competir. En el caso de EE.UU. todo el aseguramiento es a través del aseguramiento privado en función de la capacidad de ingresos les corresponde un plan, y como la premisa es ¿cuánta renta obtengo?, la pregunta es, ¿Cuán equitativo puede ser el sistema? Esta competencia hace que los que mejor administran quedan, entonces actúan como un monopsonio, es decir pocos deciden cómo son las reglas del mercado.

Relación asegurador/beneficiario. Problemas: Naturaleza (voluntaria, obligatoria), contribución (selección adversa), altos costos de transacción, ineficiencia institucional y social, población excluida del sistema de aseguramiento, burocratización., dificultad para incorporar valores y demandas de beneficiarios, elección de destino (selección adversa), inequidad en el aseguramiento, altos costos de transacción, inequidad en el aseguramiento dependiente de mecanismos de regulación. Esto es para ver qué mecanismos tiene un problema cuando se toma el modelo de asegurador, el tema de asegurador/beneficio en el tiempo de contribución.

En el tema de contribución la selección es adversa. Aquellos que ya tienen una enfermedad, como entran al sistema, hay altos costos de transacción, es decir costo administrativo y aquellos que no tienen los recursos quedan fuera del sistema de aseguramiento. Lo mismo es en la elección de destino pues hay inequidad en el aseguramiento y también hay altos costos en la transacción. Cuando el aseguramiento es obligatorio, hay un tema de burocratización y se destaca básicamente en

el destino de los fondos, inequidad en el aseguramiento y depende de los mecanismos de regulación. Capacidades según fuentes en América Latina.

Comparando las fuentes de financiamiento en América Latina, las limitaciones en la Seguridad Social están en relación a: Inestabilidad en el mercado de trabajo, dado que no hay un crecimiento del trabajo formal, por tanto no hay un crecimiento de quienes aportan al seguro; crecimiento del mercado informal de trabajo a pesar del crecimiento macroeconómico; grandes sectores sociales que no tienen ni siquiera el ingreso formal porque no tienen los servicios, no acceden porque están fuera de la economía, fuera del Estado, en condiciones de exclusión social en salud; oportunidades del Sector Fiscal, cuando hay crecimiento del PBI mejoran las condiciones fiscales en gran parte de los países de América Latina. Eso permite una expansión de los mecanismos de protección social sobre todo en salud. Mejores condiciones de ingresos fiscales por el crecimiento de los niveles de exportación, como consecuencia de la expansión de las economías en A.L. Estas son las condiciones que permiten el mejoramiento en el gasto en salud.

Mecanismos de pago e incentivos al proveedor Incentivos: Prevención. Actividad Trato/calidad. Contención de costos. Mecanismos: Presupuesto general. Presupuesto por partidas. Capacitación. Pago relacionado con el diagnóstico. Pago por servicio.

Si tenemos un Presupuesto general podemos privilegiar como objetivo las atenciones en prevención, lo mismo que cuando asignamos partidas específicas. Si el

mecanismo es por capitación, pagamos por habitante, por beneficiario, se privilegia básicamente la prevención. Si el pago es relacionado al diagnóstico, la prevención se descuida, lo mismo que con el pago en servicios. Las actividades serían básicamente recuperativas. El trato en función al pago de servicio, la calidad estaría en relación al pago contraprestación. El tema de contención de costos que hablábamos, permite una eficiencia cuando tenemos un presupuesto limitado, nosotros gastamos lo necesario, a diferencia del pago de servicios que está ligado a cuanto más atenciones haga, más retribución vamos a tener.

Conclusiones: Muchos países usan tanto los impuestos como las cotizaciones de salud (mecanismo combinado) para financiar los servicios, pero coordinan estrechamente ambas instancias. También usan otros mecanismos como los co-pagos para poder contener demandas que no necesariamente responden a una necesidad de salud. Esta combinación de mecanismo de impuestos con cotizaciones tienen que ser coordinadas porque generalmente tienen administradores de fondos separados. Los sistemas funcionan cuando responden a una política coordinada y con objetivos, metas claras y estrategias definidas. Fuentes múltiples de financiamiento que no están coordinadas entre sí pueden conducir a grandes pérdidas. Una Alternativa: En lo que respecta a las fuentes de financiamiento de salud, las más eficaces y aceptables serían por varias razones las cotizaciones individuales según sus ingresos, complementadas y debidamente coordinadas con fondos fiscales provenientes de los impuestos generales.

Muchas gracias