issa | ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL | AISS

Informe Técnico 05

Métodos de financiación de la asistencia médica

Utilización racional de los mecanismos de financiación para alcanzar la cobertura universal

Anne Drouin
Coordinadora
Servicio Internacional Financiero y Actuarial
Departamento de Seguridad Social
Sector de Protección Social
Oficina Internacional del Trabajo
Ginebra

Métodos de financiación de la asistencia médica

Utilización racional de los mecanismos de financiación para alcanzar la cobertura universal

Anne Drouin
Coordinadora
Servicio Internacional Financiero y Actuarial
Departamento de Seguridad Social
Sector de Protección Social
Oficina Internacional del Trabajo
Ginebra

Comisión Técnica de Estudios Estadísticos, Actuariales y Financieros
Foro Mundial de la Seguridad Social, Moscú, 10-15 de septiembre de 2007

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) es la organización internacional líder a nivel mundial que congrega instituciones de seguridad social y entidades relacionadas. La AISS brinda información, investigación, asesoramiento especializado y plataformas de cooperación para construir y promover una seguridad social dinámica y políticas a nivel mundial. Una parte considerable de las actividades la AISS en materia de promoción de buenas prácticas se realizan en el marco de sus diez Comisiones Técnicas, constituidas y administradas por organizaciones miembros comprometidas, con el apoyo de la Secretaría de la AISS.

Este informe se encuentra en: http://www.issa.int/recursos. Las opiniones e ideas expresadas no reflejan necesariamente las del editor.

Primera publicación en 2007.
© Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2008

Resumen

Las políticas nacionales en materia de salud se centran, por lo general, en la mejora de la salud de la población y en la prevención de las enfermedades y de los peligros para la salud, de modo que toda la población pueda aspirar a una vida saludable y feliz y contribuir así productivamente al próspero desarrollo del país y de su economía.

La consecución de los objetivos nacionales de salud se realiza eventualmente mediante la selección de un método adecuado de financiación, una estructura organizativa eficaz y eficiente de distribución de servicios de salud y del enfoque del pago a los proveedores de esos servicios. Además, otros elementos estructurales contribuyen al logro de los objetivos de salud tales como el marco regulatorio y los programas de educación pública.

Los enfoques para la movilización de recursos incluyen por lo general una combinación de impuestos generales y cotizaciones a los sistemas públicos de salud y a los regímenes privados de seguro de salud. Los principales métodos de financiación de la asistencia médica abarcan el sistema nacional de seguro de salud, los ingresos generales, el seguro privado, el seguro basado en la comunidad y los gastos de bolsillo. La elección del método tendrá impacto en la determinación de quién asume la carga financiera, en la cuantía de recursos disponibles y en el responsable de la asignación de recursos.

En este documento se examina la actual prioridad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) concerniente a las políticas en materia de salud - el logro de la cobertura médica universal - y se analizan diversas estrategias para la obtención de esta prioridad, las cuales han sido diseñadas de manera coherente para cada grupo de población, mediante diversos métodos de financiamiento y sistemas de otorgamiento de préstamos, garantizando al mismo tiempo la utilización eficiente de los recursos nacionales así como solidaridad apropiada en los diferentes grupos de población.

1. Financiación - columna vertebral de los objetivos nacionales en materia de salud

Las políticas nacionales en materia de salud se centran, por lo general, en la mejora de la salud de la población y en la prevención de las enfermedades y de los peligros para la salud, de modo que toda la población pueda aspirar a una vida saludable y feliz y contribuir así productivamente al próspero desarrollo del país y de su economía.

Los objetivos de un sistema nacional de salud se establecen por lo general como la intención del Estado y están inscritos en el contexto de la legislación nacional, en los documentos sobre políticas y en otras fuentes que pueden no necesariamente estar circunscritas a una sola y que podrían haber sido adoptadas en diferentes momentos.

El alcance de los objetivos del sistema nacional de salud está eventualmente limitado en la medida en que esos objetivos son viables en un contexto nacional en el que los objetivos de la salud compiten con otros programas gubernamentales. Los escasos recursos nacionales requieren ser optimizados y racionalizados. Dependiendo de la elección de los mecanismos y fuentes de financiación, el logro de de los objetivos nacionales de salud serán más o menos independientes de las restricciones del presupuesto nacional. La viabilidad necesita ser evaluada también en relación con la capacidad contributiva de los individuos, de los empleadores y de otras organizaciones que pagan impuestos al Estado y cotizaciones a otros programas públicos como los regímenes de seguro social. Por ultimo, los políticos deben determinar las áreas prioritarias del sistema nacional de salud a costa de otras. Por ejemplo, se pueden requerir elementos de compensación para asignar una determinada cuantía de recursos al suministro de servicios de salud de alta calidad que mejorarán el estado promedio de la salud y la construcción de clínicas en todas las localidades de un nivel relativamente más bajo en términos de calidad, a fin de permitir el acceso de toda la población a los servicios de salud. Las cuestiones de accesibilidad deben reconocer la presión inflacionaria que ejerce el gasto en salud a lo largo del tiempo en los presupuestos gubernamentales y en el ingreso de los hogares.

La consecución de los objetivos nacionales de salud se realiza eventualmente mediante la selección de un método adecuado de financiación así como a través de la elección de una estructura organizativa eficaz y eficiente de distribución de servicios de salud y del enfoque del pago a los proveedores de esos servicios. Además, otros elementos estructurales contribuyen al logro de los objetivos de salud tales como el marco regulatorio y los programas de educación pública.

El método de financiación consiste en el modo en que se movilizan los recursos financieros y en cómo se utilizan. Tiene múltiples facetas en la medida en que se relaciona con diferentes factores entre los que se incluyen:

- el enfoque para movilizar los recursos financieros;
- la estructura institucional y organizativa de distribución de los servicios;
- la asignación de recursos;
- el método de remuneración y de incentivos para los proveedores de salud; y
- otros.

Los enfoques para la movilización de recursos incluyen por lo general una combinación de impuestos generales y cotizaciones a los sistemas públicos de salud y a los regímenes privados de seguro de salud. Los principales métodos de financiación de la asistencia médica abarcan el sistema nacional de seguro de salud, los ingresos generales, el seguro privado, el seguro basado en la comunidad y los gastos de bolsillo. La elección del método tendrá impacto en la determinación de quién asume la carga financiera, en la cuantía de recursos disponibles y en el responsable de la asignación de recursos. Por ejemplo, la movilización de recursos mediante

los ingresos generales requiere, en principio, que el grupo que constituye el objetivo al que se asignan los recursos y por el que se pagan los gastos, sea toda la población. El modo en que se distribuyen los riesgos y la determinación de quién está cubierto determina, en definitiva, quién puede permitirse servicios médicos caros. El enfoque elegido para la financiación debería hacer posible la distribución colectiva del riesgo lo que contribuye al cumplimiento de los objetivos más amplios de equidad, solidaridad y accesibilidad. La equidad se concreta a diferentes niveles: equidad en la financiación, equidad en el acceso a la asistencia médica, nivel equitativo del estado de salud y equidad en términos de la protección brindada ante la ocurrencia del riesgo.

Dependiendo de la elección del método utilizado para la financiación de los servicios de salud, el tipo de organización de esos servicios mediante proveedores públicos, privados o semi-públicos, se pondrá en práctica casi inmediatamente. Los dispositivos institucionales seleccionados indican a quién se otorgan los poderes de administración y de control de la puesta en marcha del sistema de salud, incluido el poder de decisión en relación con la asignación de recursos. La elección de la organización de los servicios de salud refleja la medida en que es deseable, en virtud del sistema nacional de salud, la competencia entre proveedores públicos y privados de servicio de salud, la propiedad de ese sistema, la descentralización y la integración de los servicios de salud.

Además, los otros elementos que definen la financiación incluyen la manera en que se asignan los recursos a los proveedores de salud y su racionamiento. Una vez que los recursos se movilizan, se debe establecer un criterio para su asignación entre todas las categorías de servicios de salud, los programas de prevención y el desarrollo de la infraestructura. La asignación se refiere también a otras consideraciones como las asignaciones regionales entre diferentes tipos de proveedores de salud. El conjunto de los criterios de asignación debe ser aceptable públicamente.

El enfoque utilizado para remunerar a los proveedores de salud y para crear incentivos destinados a los mismos, tendrá un gran impacto en el costo, eficiencia y calidad de los servicios de salud brindados. Los dos elementos principales del sistema de pago incluyen el método de pago y la cuantía del pago por unidad. Existen distintos métodos de pago a los proveedores de salud como el pago por servicio, el salario pagado al personal sanitario, el pago por servicios por paciente, etc. Los proveedores de salud pueden ser remunerados con arreglo a diferentes métodos de pago que influirán en su comportamiento de modo distinto. Los hospitales también tienen la tendencia a organizar y administrar sus actividades y su personal de modo diferente en función del enfoque de remuneración. La elección del sistema del método de pago determina en gran medida si es el proveedor de servicios salud o el usuario de esos servicios quien asume el riesgo financiero.

Cuando se selecciona un método de pago y una modalidad de organización de la asistencia médica, se debe reconocer que eventualmente éstos desempeñan un papel clave en el control

de la inflación de los costos de la salud. Se trata de una importante consideración por cuanto el gasto *per cápita* en salud aumenta constantemente y, a menudo, a un ritmo superior a la tasa de crecimiento del PIB *per cápita*. El enfoque de la financiación de la salud mediante los ingresos generales es, con frecuencia, considerado como el que ofrece la posibilidad más eficiente para el control de la presión inflacionaria del gasto en salud aunque este enfoque a veces genera efectos secundarios no deseados como cuando induce a comportamientos incorrectos de algunos proveedores de salud. Tal y como se ha mencionado antes, esto implica que el presupuesto de salud compite con otras prioridades del gobierno para los programas sociales y económicos. El objetivo es un equilibrio razonable entre la demanda y la oferta de servicios de salud.

La elección del método de financiación se puede regir por la medida en que sea deseable permitir la influencia del gobierno, de los interlocutores sociales y de otros grupos de interés, para desempeñar una función en la puesta en marcha y en la administración actual del sistema nacional de salud. Por ejemplo, los ciudadanos suizos votaron recientemente mediante un referendo, contra la adopción del principio de un sistema nacional de seguro de salud. Esto se explicó por varios factores incluida la notable reticencia de una gran parte de la población a permitir que el Estado desempeñe un papel dominante en la administración del sistema nacional de salud.

2. Perspectiva global sobre el gasto en salud y los mecanismos de financiación

Según las cifras del Banco Mundial publicadas en 2006, el gasto total en salud en los últimos años representó el 7,7% del PIB en los países de ingresos elevados, el 5,8% en los países de ingresos medios y el 4,7% en los países de bajos ingresos. La participación del gobierno en el gasto total en salud fue del 70, 62 y 52% del total, en los países de ingresos elevados, medios y bajos respectivamente. Se ha observado que conforme evoluciona el desarrollo económico de un país con el tiempo, este país tiende a gastar más en la salud pública, debido a que la población demanda una mejor protección social. A este respecto, el seguro nacional de salud brinda una de las modalidades más efectivas de extensión de la protección a tantas personas como sea posible, fundamentándose en los principios de solidaridad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gasto público en 2003, a través de los programas de seguro nacional de salud fue especialmente dominante entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y las economías en transición de Europa así como en países del Pacífico Occidental y de África del Norte, mientras que el seguro privado de salud desempeñó un papel clave en muchos países de América Latina y en los Estados Unidos. En Europa, el sistema público de salud y el seguro nacional de salud representaron el 70% del gasto total en salud en promedio, al tiempo que se cubrió aproximadamente al 100% de la población. Se debe tomar nota de que aquí se tiene en cuenta la cobertura obligatoria del seguro de salud privado en los países Bajos y en Suiza.

La cobertura personal en virtud del sistema nacional de seguro de salud u otras formas de cobertura varía en gran medida entre los países. En general se considera deficiente en la mayoría de países en desarrollo. El análisis pormenorizado de las tendencias de la cobertura personal está más allá del alcance del presente documento. No obstante, se puede decir que está estrechamente relacionada con el nivel del gasto *per cápita* en salud. Ese gasto varía significativamente entre los países de ingresos elevados, medios y bajos. El gasto en salud financiado con recursos públicos privados o de otras fuentes oscila entre USD 1 527 en países de ingresos elevados, USD 176 en países de ingresos medios y USD 25 en los países de bajos ingresos.

Según las cuentas nacionales de salud de la OMS de 2004, la financiación del gasto en salud a escala global se caracteriza por lo siguiente:

- los gobiernos contribuyeron al 33% del gasto global en salud;
- los regímenes de seguro social de salud cubrieron el 25% del gasto global en salud;
- el seguro privado de salud cubrió el 20% del gasto global en salud; y
- los gastos de bolsillo y otros gastos privados representaron el 22% del gasto global en salud.

La principal conclusión de estas estadísticas se relaciona con la participación global significativamente elevada de los gastos de bolsillo, debido a que es más alto en los países de ingresos bajos[1]. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha mostrado su preocupación por el hecho de que los sistemas nacionales de salud en demasiados países de la categoría de bajos ingresos dependen básicamente de los gastos de bolsillo para servicios de salud, por cuanto, se considera que éstos pasan la carga del riesgo y del gasto en salud a las personas cuyas familias tienen la mayor tendencia a caer en la pobreza si alguno de sus miembros sufre una grave enfermedad. Esto lleva a concluir que existe una falta de medidas públicas para proporcionar cobertura de salud sistemática a las personas, especialmente en los países pobres.

Se ha observado que la tendencia es utilizar varios métodos complementarios de financiación para movilizar recursos destinados a la asistencia médica, especialmente en el período desde la década de los años 90, debido a que el acceso universal a los servicios de salud ha sido progresivamente adoptado como una prioridad del desarrollo en los países de ingresos bajos y medios.

El envejecimiento de la población en todo el mundo ejerce una enorme influencia en la evolución proyectada del gasto en salud. Se deberán gastar más recursos en la atención de larga duración y en diferentes servicios de salud específicos de la población de edad avanzada.

[1] Los gastos de bolsillo se ubican entre el 50 y el 80% del gasto total en salud en varios países de África y Asia. Por ejemplo, las cuentas nacionales en salud de la OMS correspondientes a 2006, indican que los gastos de bolsillo representaron el 77% del gasto total en salud en Burundi, el 82% en Congo, el 58% en Bangladesh y el 70% en Camboya.

Con arreglo a los datos del OECD para 2003, el gasto promedio *per cápita* en salud para las personas de 65 y más años de edad en los países de la OCDE se estima en tres veces más elevado que el de las personas jóvenes. La OCDE ha estimado que el impacto del envejecimiento aumenta el gasto total en salud en cerca del 3% del PIB en el período hasta el año 2050. El aumento esperado en la demanda de servicios de salud en las edades más avanzadas y la asistencia de larga duración requieren que los sistemas nacionales de salud se ajusten para atender a este gran número emergente de servicios de salud requeridos por las personas mayores.

3. Promoción de la cobertura universal por la OIT mediante la utilización racional de mecanismos de financiación

En 2001, los mandantes tripartitos de la OIT llegaron a un consenso durante la discusión general relativa a la seguridad social realizada en el marco de la Conferencia Internacional del Trabajo del mismo año, en el sentido de que la cobertura de seguridad social debe llegar a todos. La cobertura de la salud se ubica en el centro de las prioridades. Un reto difícil es la extensión de la cobertura de la seguridad social para alcanzar a los pobres y a las personas del sector informal y a través de todos los tipos de mecanismos de distribución de servicios. En el caso de los riesgos relacionados con la salud, esto otorga el derecho a servicios de salud para todos. En la mayoría de países, los servicios de salud se brindan, en principio, a un nivel mínimo a todas las personas. Sin embargo, muchas barreras impiden la consecución de este objetivo digno de atención.

Los objetivos de eficiencia y equidad de los sistemas nacionales de salud están enormemente influenciados por la elección del método de financiación para movilizar los recursos financieros a fin de distribuir colectivamente los riesgos, distribuir los servicios de asistencia médica y remunerar a los proveedores de salud. La mayoría de sistemas nacionales de salud dependen de más de un método de financiación para satisfacer las necesidades de los distintos grupos de población mientras que, algunos de éstos a menudo permanecen aún sin cobertura por el sistema.

La OIT otorga prioridad al logro de la cobertura universal en salud e incentiva a los países en los que la cobertura personal es todavía deficiente, a que racionalicen los recursos disponibles para la asistencia médica a través de una mejor utilización de los mecanismos disponibles de financiación de la salud. A este respecto, la OIT presta especial atención al papel activo del Estado en la adopción de la legislación que haga posible la cobertura universal y en la elección de un enfoque financiero que pueda garantizar satisfactoriamente que los recursos estén disponibles para proporcionar todas las prestaciones de salud que se juzga son de responsabilidad del sistema nacional de salud y a las que deben tener acceso todas las partes interesadas. El papel de regulador del Estado cuando se cuenta con un seguro privado de salud, incluidos los regímenes de seguro basados en la comunidad y otros regímenes de seguro de tipo mutual, es clave para garantizar una gobernanza adecuada. Estos elementos sirven

para establecer el enfoque basado en derechos de los sistemas nacionales de salud, a saber, la inclusión de los grupos de población y la adopción de métodos de financiación que cubran las prestaciones de salud para toda la población, al tiempo que se considere en su justa medida la capacidad de pago de cada grupo de la población.

Cuando se juzga conveniente, la OIT incentiva la adopción de planes de acción para la cobertura universal de la salud que sean diseñados de modo coherente para cada grupo de la población mediante métodos pluralistas de financiación y sistemas de distribución de servicios, garantizando al mismo tiempo, el uso eficiente de los recursos que permita la solidaridad suficiente entre todos los grupos de la población. El sistema nacional de salud de Tailandia es considerado como un ejemplo pertinente de un país que hace un uso racional de métodos de financiación pluralistas. Tailandia brinda cobertura universal a través de múltiples regímenes públicos: se otorga la cobertura automática a todas las personas inscritas con un proveedor local de servicios de salud (y que de otro modo no están cubiertas por otro programa público), que se financia gracias a los ingresos generales; el seguro social de salud se proporciona a los trabajadores del sector privado por medio de la Oficina para la Seguridad Social SSO); el reembolso por gastos de salud está disponible para los trabajadores del sector público y sus dependientes a través del régimen público de salud.

La utilización combinada de los servicios de salud públicos, del seguro nacional de salud, de los regímenes de seguro basados en la comunidad y de la cobertura del seguro privado de salud autorizado, proporciona las opciones para el desarrollo de una estrategia nacional integrada y de un marco orientador cuyo objetivo es la cobertura universal.

4. Desarrollo de un presupuesto nacional de salud

4.1. Consideraciones generales

A efectos de desarrollar un plan de acción para la extensión de la cobertura universal, la OIT incentiva el desarrollo y el mantenimiento de un presupuesto nacional de salud que refleje todas las partidas de gasto en prestaciones, administración y otros propósitos, y todas las partidas de ingresos procedentes de los impuestos, cotizaciones y primas del seguro privado. Un presupuesto nacional de salud que permite un suficiente nivel de desglose de los datos debería poner de relieve la medida de la accesibilidad y de la cobertura, de modo que se apoye a los responsables de las decisiones a la hora de la adopción de ajustes al sistema nacional de salud.

El presupuesto nacional de salud evalúa la situación financiera y el desarrollo del sistema nacional de salud y de sus diferentes componentes organizativos/institucionales. Cuando se elabora un presupuesto nacional de salud, la compilación de las series de tiempo de todas las partidas de gastos e ingresos con arreglo a las distintas instituciones y organizaciones que proporcionan prestaciones de salud, es utilizada para el diseño de una estructura que refleje

fácilmente el contexto del país. Cada partida de gasto se analiza con la finalidad de entender los patrones de utilización, cómo evoluciona con el tiempo una unidad de costo, el desarrollo de la infraestructura, los costos administrativos, etc. El análisis debería poner de manifiesto las estadísticas de la población de referencia y los factores externos con los que se vincula el uso de algunas prestaciones y el costo unitario. Esto sirve para el establecimiento de los factores de elasticidad que servirán para las proyecciones futuras. Las proyecciones del presupuesto nacional de salud son realizadas, por lo general, para el corto y mediano plazo y deberían efectuarse en paralelo con las proyecciones demográficas que indican el alcance de la cobertura personal.

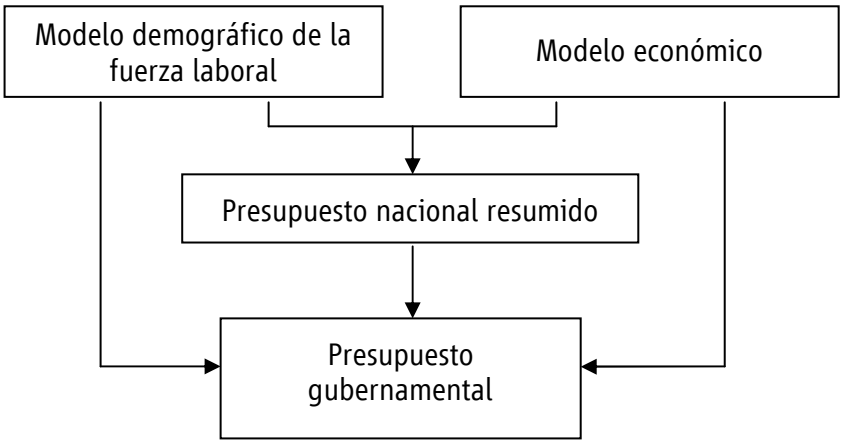
La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) cuenta con un modelo genérico de salud que puede ser utilizado como punto de partida para el desarrollo de un presupuesto nacional de salud.

4.2. Modelo de presupuesto nacional de salud de Tailandia - una ilustración

El modelo de presupuesto nacional de salud de Tailandia fue elaborado gracias a una estrecha colaboración entre el Programa Internacional de Políticas de Salud de Tailandia y el Departamento de Seguridad Social de la OIT, en 2004. El citado modelo figura a continuación a título de ilustración

La estructura básica del modelo se traza en la Figura 1 siguiente. El enfoque básico de la elaboración de este modelo sigue el concepto general de la OIT de presupuesto social[2]. El análisis presupuestario se limita al sector salud y a su impacto en el presupuesto gubernamental.

Figura 1. ***Estructura de un modelo de presupuesto nacional de salud para Tailandia***



Fuente: OIT, 2004.

[2] W. Scholz et al. (2000): *Social budgeting*, OIT, Ginebra.

El modelo contiene proyecciones clásicas y pragmáticas "si-entonces" debido a que depende de supuestos demográficos y económicos exógenos y, a continuación, simula su impacto en los gastos e ingresos del sector salud y en el presupuesto gubernamental.

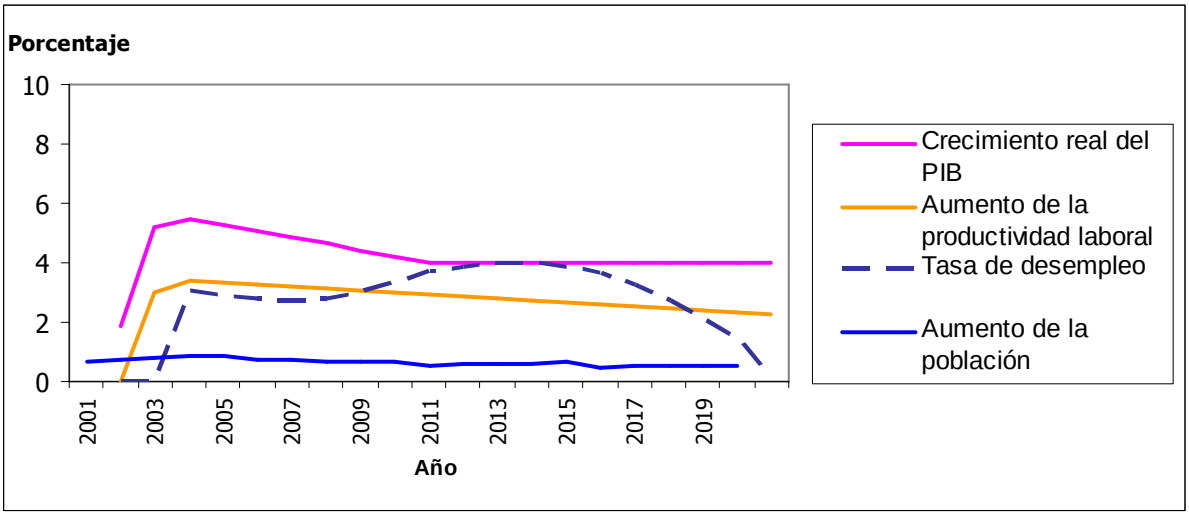
El modelo de presupuesto nacional de salud está formado por cuatro módulos deterministas proyectados en base a un conjunto de supuestos exógenos:

- El primer módulo es una proyección demográfica para la población general y la fuerza laboral fundamentada en hipótesis sobre la evolución futura de la fertilidad, mortalidad, migraciones y tasas de participación de la fuerza laboral.
- El segundo módulo es uno de proyección económica que deriva el empleo y los salarios en base a supuestos exógenos como las tasas de crecimiento del PIB, la productividad del trabajo y la participación de los salarios en el PIB.
- El tercer módulo es el principal y consiste en un módulo de presupuesto de salud en el que se realizan las proyecciones de los gastos en salud. Su estructura sigue la de los cuatro regímenes de salud fundamentales: el régimen de cobertura universal financiado por el Gobierno (UC), el régimen administrado por la Oficina para la Seguridad Social (SSO), el régimen de prestaciones de salud de los funcionarios públicos (CSMBS) y los regímenes de salud financiados por el sector privado. Refleja los principales métodos de financiación para movilizar los recursos financieros mediante los impuestos generales, las cotizaciones sobre los ingresos, los gastos de bolsillo y otros desembolsos privados. Los resultados clave son los gastos nacionales globales en salud y los requisitos financieros para la asignación de los ingresos generales al régimen de cobertura universal.
- El ultimo módulo consiste en el modelo del presupuesto gubernamental que expresa el gasto público en salud y el requerimiento de recursos con cargo a los ingresos generales en el contexto del presupuesto gubernamental y sus proyecciones futuras. El resultado principal variable es el déficit anual del presupuesto gubernamental.

El modelo de presupuesto nacional de salud se ha elaborado en su forma resumida y ello permite rastrear los efectos de los cambios en la distribución de servicios de salud y en el sistema de financiación, en el gasto nacional global en salud y en el equilibrio del presupuesto gubernamental, es decir, en un indicador del rendimiento del sistema global de salud y en un indicador del rendimiento de las finanzas públicas. Se elaboraron dos escenarios modelo. El primer escenario, status quo, refleja la situación legal status quo. El segundo escenario para el UC utiliza supuestos demográficos y económicos idénticos y difiere sólo en el módulo de presupuesto de salud que simula la introducción del régimen UC y la aplicación de dos medidas de reducción de costos en la perspectiva de la Oficina del Sistema Nacional de Salud (NHSO) (extensión de la cobertura de la SSO y cotizaciones del CSMB) después de 2005.

El modelo se basa en una serie de supuestos demográficos y económicos resumidos en la Figura 2.

Figura 2. ***Supuestos económicos para las proyecciones del modelo de presupuesto nacional de salud de Tailandia, 2002-2020***



Fuente: Proyecciones elaboradas por la OIT.

Las proyecciones del presupuesto gubernamental se basan en el supuesto de que el crecimiento nominal del PIB constituirá el motor principal de todas las partidas de ingresos de las cuentas del gobierno central que no están explícitamente vinculadas con los salarios, tales como el impuesto sobre la renta, y que no se importan del módulo de presupuesto de salud resumido. Otros supuestos se documentan en el propio modelo y están fuera del alcance del presente trabajo.

Los resultados principales de las proyecciones se resumen en las Figuras 3 y 4. Se ha proyectado que los gastos globales de salud, medidos en porcentaje del PIB, aumentarán en aproximadamente 0,3 puntos porcentuales del PIB durante la próxima década comenzando con un nivel del 3,5% del PIB. Esto es, en gran medida, un efecto de dos factores: las tasas supuestas del aumento sustancial real del PIB durante la próxima década y el hecho de que la evolución del costo de la participación fundamental del gasto público en salud, se controlará gracias al uso del mecanismo de capitación que ejerce un efecto de contención global del costo en el sistema de financiación de la salud en su conjunto. Se espera que el gasto total nacional aumente lentamente y vuelva a su nivel original hasta 2020, por cuanto disminuirán las tasas de aumento del PIB.

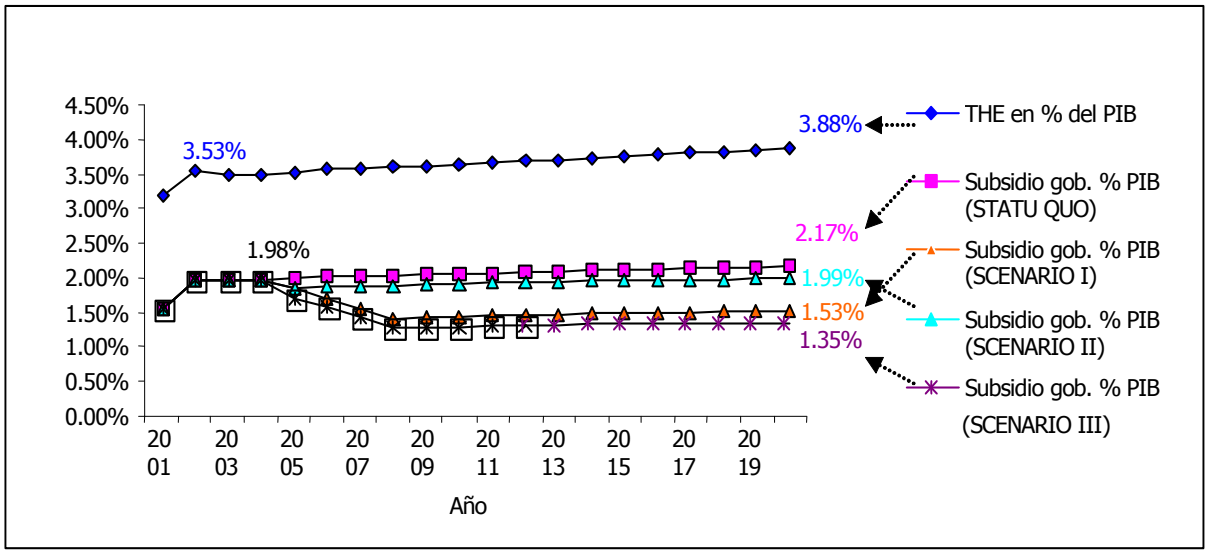
Para el escenario status quo, en virtud del cual se asume que el sistema actual sigue siendo el predominante, la participación de los ingresos generales en la financiación del gasto total en salud se estanca durante todo el período en el nivel del 1,98 al 2,17% del PIB.

El primer escenario simula el impacto de los aumentos de los ingresos y las reducciones del costo sugeridos para el gobierno y la introducción de un régimen UC especial que generaría ingresos asignados para ese régimen procedentes de los impuestos sobre el alcohol y los cigarrillos.

El segundo escenario se elaboró en base a la hipótesis de que el régimen de seguro social de salud para los trabajadores del sector privado cubiertos por la SSO extendería su cobertura a las cónyuges que no trabajan y a los dependientes de modo que su cobertura de aproximadamente 8 millones de personas aumentaría en aproximadamente 6 millones de personas más en 2005. Esto implica que esas cónyuges que no trabajan y los dependientes que en la actualidad están cubiertos por el régimen UC del gobierno, ya no necesitarían ser cubiertos por el UC y esto reduciría la carga en el presupuesto gubernamental. Se supone que si el régimen administrado por la SSO aumentaría su cobertura de ese modo, sin incrementar la tasa de cotización en el período inicial - un supuesto planteado en vista del elevado superávit observado en los recursos disponibles en la rama de salud de la SSO - y asumiendo que el Estado no introduciría impuestos adicionales, esto tendría el efecto de reducir el gasto del gobierno en asistencia médica, gracias a una reducción de su asignación al régimen UC, del 2,17% inicialmente al 1,99% del PIB en 2020.

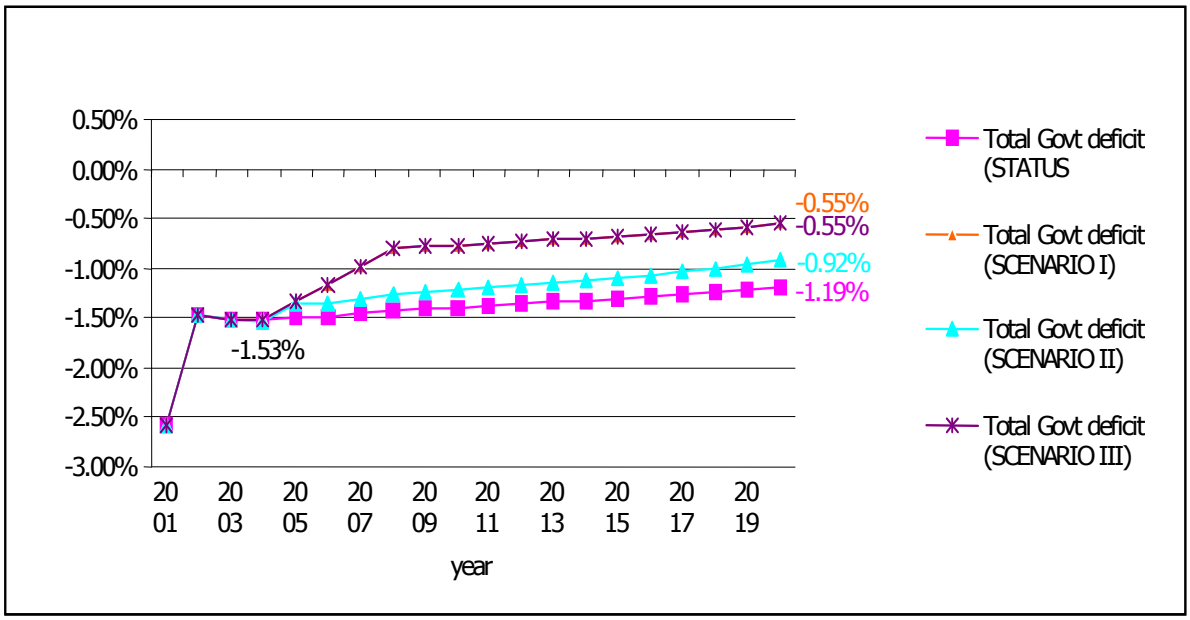
El primer y segundo escenarios se combinaron en un tercer escenario por el que el régimen administrado por la SSO extendería su cobertura a las cónyuges y dependientes y el gobierno introduciría impuestos adicionales. Esto se traduce en una reducción del gasto gubernamental en salud del 2,17% inicial al 1,35% del PIB hacia el final del período de proyección en 2020.

Figura 3. ***Proyección del gasto total en salud, Gasto Total en Salud (THE) en virtud del modelo de presupuesto nacional de salud de Tailandia, 2001-2020 (% del PIB)***



Fuente: Proyecciones de la OIT, 2004.

Figura 4. ***Resultados de la proyección seg´un el modelo de presupuesto nacional de salud de Tailandia, Déficit del gobierno, 2001-2020 (% del PIB)***



Fuente: Proyecciones de la OIT, 2004.

5. Revisión de un enfoque pluralista para la financiación de la salud

En base a los resultados del presupuesto nacional de salud, se pueden identificar las áreas de mejora que permitan optimizar el uso y la asignación de los recursos para la salud. Esto puede lograrse mediante la adopción o la extensión de uno o más métodos de movilización de recursos que, en definitiva, lograrán la cobertura universal, algunos de ellos son:

- Ia introducción de servicios universales de asistencia médica financiados con cargo a los ingresos generales;
- la mejora de la cobertura efectiva de los regímenes vigentes de seguro social y la extensión de la definición de su cobertura legal en la medida de lo posible;
- el estímulo para la creación de regímenes de microseguros cuando se juzgue adecuado; y
- la autorización del seguro privado de salud, cuando sea pertinente.

Las ventajas e inconvenientes de cada una de estas alternativas necesitan ser discutidas cuidadosamente tal y como se presenta en el Cuadro 1. Las siguientes cuestiones deberían ser abordadas en el análisis que permita llegar a un paquete optimo:

- ¿Cuál es la capacidad contributiva de la población y de sus subgrupos?
- ¿Cuál es la capacidad de un método para movilizar recursos financieros?
- ¿Es el método eficiente en la asignación de los fondos públicos a los pobres?

- ¿Qué estrategia permitirá el movimiento de recursos financieros y de poderes de la oferta a la demanda, para mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud?
- ¿Cuál es el grado de responsabilidad y la calidad del presupuesto con arreglo a un método?

Las consideraciones que afectan la elección de mecanismos de financiación para subgrupos particulares de la población, se refieren al número, estructura y rendimiento de los regímenes vigentes, al contexto político y cultural, al tamaño de la base contributiva, al tamaño de la economía informal, a la carga que representa la enfermedad, a la disponibilidad de la infraestructura, a la capacidad de recaudación de impuestos, cotizaciones o primas, a la capacidad administrativa, a las posibilidades para hacer cumplir la legislación y la reglamentación y al impacto de éstas en la equidad.

Cuadro 1. ***Ventajas e inconvenientes de los principales métodos de financiación de la asistencia médica***

Cobertura de la salud mediante impuestos		Seguro social de salud (incluidos el microseguro y los regímenes basados en la comunidad)		Seguro privado de salud	
Ventaja	**Inconveniente**	**Ventaja**	**Inconveniente**	**Ventaja**	**Inconveniente**
Reparte el riesgo entre el 100% de la población. Redistribuye totalmente entre el riesgo elevado y el riesgo bajo y entre los grupos de elevados ingresos y los de bajos ingresos de la población cubierta. Potencial para la eficiencia administrativa y el control de los costos.	Riesgo de financiación inestable y a menudo insuficiente financiación debido a la competencia entre gastos públicos. Puede ser ineficiente debido a la falta de incentivos de competitividad para los proveedores de salud y a una supervisión pública potencialmente ineficaz.	Genera ingresos estables. A menudo gran apoyo de la población. Brinda acceso a un amplio paquete de servicios. Implicación de los interlocutores sociales. Redistribuye entre el riesgo elevado y el riesgo bajo y entre los grupos de elevados ingresos y de bajos ingresos de la población cubierta.	Los pobres son excluidos a menos que sean subsidiados por el gobierno. Las cotizaciones basadas en la nómina pueden reducir la competitividad y conducir a un desempleo más alto. Complejo de administrar. La gobernanza y la responsabilidad pueden ser problemáticas. Puede llevar a una escalada de costos a menos que exista un mecanismo eficaz de contratación. Los regímenes basados en la comunidad pueden ser vulnerables financieramente si están apoyados por subsidios nacionales.	Preferible al gasto de bolsillo. Aumenta la protección financiera y el acceso a los servicios de salud para quienes pueden pagarlo. Incentiva una mejor calidad y la eficiencia en términos de costo de la asistencia médica. providers	Elevados costos administrativos. Ineficaz en la reducción de las presiones del costo en los sistemas de financiación de la salud pública. No es equitativo sin primas subsidiadas o contenido y precio del seguro regulado. Requiere infraestructura administrativa y financiera y capacidad.

En términos generales, se considera que los impuestos constituyen una fuente eficiente y equitativa de ingresos para el sector salud. Los impuestos pueden ser considerados como recursos que conducen a un modo más eficaz de distribución nacional del riesgo entre toda la población y a la redistribución entre los riesgos bajos y altos y entre grupos de ingresos elevados y bajos. Los servicios públicos tienen el potencial de desempeñar una administración eficiente y de controlar los gastos.

Sin embargo, su potencial para contribuir a la financiación de la asistencia médica depende en gran medida del rendimiento macroeconómico nacional y de las demandas que compiten con las de otros sectores, de la calidad de la gobernanza, del tamaño de la base contributiva y de la capacidad humana e institucional del gobierno para la recaudación de impuestos y la supervisión del sistema. En la práctica, los regímenes gubernamentales a menudo tienden a no contar con la suficiente financiación, lo que podría conducir a una escasez de bienes y servicios, a pagos ilegales y a la falta de una gobernanza eficaz.

El éxito de los regímenes de seguro de salud depende de la generación de recursos estables, del apoyo a menudo importante de la población, del suministro de un paquete amplio de servicios, de la implicación de los interlocutores sociales y de la redistribución entre los riesgos y los ingresos de los grupos de la población. Sin embargo, en términos administrativos los regímenes son complejos y la gobernanza y la responsabilidad pueden ser problemáticas. Además, desde una perspectiva macroeconómica las cotizaciones basadas en la nómina pueden reducir la competitividad y conducir a un desempleo más elevado.

Por otra parte, si la cobertura no es universal, el seguro social de salud podría tener un impacto en la equidad en los países con importantes economías informales. Debería ocupar un lugar central el hecho de que la asistencia médica para la fuerza de trabajo no es gratuita y que las empresas y la economía tienen que asumir su parte respectiva de la carga financiera. En el caso de los regímenes de seguro social de salud, la financiación debería consistir en la aportación de recursos tanto por los empleadores como por los trabajadores. Prestaciones específicas como las de maternidad deberían estar sujetas a reglas propias, es decir, la cobertura total mediante recursos públicos a fin de evitar los inconvenientes que pudieran surgir para los grupos específicos protegidos.

Los regímenes especiales como los regímenes de seguro de salud basados en la comunidad pueden ser eficientes para recaudar las cotizaciones no relacionadas con el salario y reducir los costos para los más pobres en el momento de la distribución de los servicios. No obstante, éstos con frecuencia experimentan problemas de cobertura y por tanto no se produce la suficiente distribución del riesgo, se plantean dificultades en la organización de los afiliados entre los distintos grupos étnicos, y surgen problemas vinculados con la capacidad administrativa y con la insuficiencia de recursos.

Una tendencia actual en los países de bajos ingresos incluye el aumento del papel de las mutuales de salud y del seguro social de salud a la hora de racionalizar políticas en favor de los pobres para la protección social en salud y de abordar la cuestión de los pagos elevados a cargo del usuario. También los regímenes voluntarios y basados en la comunidad están obteniendo apoyo en muchos países de bajos ingresos. Su éxito y sostenibilidad dependen enormemente del grado de atractividad de los paquetes de prestaciones y de la calidad de los servicios. El mayor interés en estos regímenes está relacionado con la cobertura de los trabajadores del sector informal y de sus familias. Las cuestiones clave de cara a la sostenibilidad es decir, respecto de la capacidad de pago y de la selección adversa, están siendo abordadas en la actualidad gracias a la creación de vínculos financieros y administrativos entre los regímenes a diferentes y en base a distintos tipos de apropiación de esos regímenes. En la actualidad, los ejemplos de los países apuntan al hecho de que los regímenes pueden funcionar exitosamente, por ejemplo, el régimen Yeshasvini de la India que cubre aproximadamente a 2 millones de trabajadores y sus a familias. No obstante, en otros países, hasta la fecha, la cobertura sigue siendo a menudo limitada.

Regímenes privados de salud con fines lucrativos se encuentran también en muchos países desarrollados y en desarrollo y van desde los países de la OCDE hasta Perú y Filipinas. Si no están subsidiados cubren a la franja más acomodada de la población en base a primas relacionadas con el riesgo. Con frecuencia, su carácter exclusivo y sus elevados costos administrativos son criticados pero, al mismo tiempo, se aprecia la mayor calidad de sus servicios.

Las ventajas e inconvenientes de los distintos mecanismos de financiación pueden ser superados a través de la mejora y de la vinculación de los distintos enfoques. En el contexto del desarrollo de un plan de cobertura, se debería emprender una evaluación que identifique los mecanismos que mejor se acomodan al aumento de ingresos suficientes y sostenibles de un modo equitativo, para el suministro de paquetes de prestaciones adecuados y de una protección financiera a toda la población.

Habida cuenta de la naturaleza específica de la evaluación, no hay una regla general sobre una composición optima de una cartera de subsistemas nacionales de financiación de la salud que un país debería constituir. Sin embargo, se sugiere que se aplique un conjunto de principios orientadores durante la constitución del sistema incluida la equidad y la solidaridad con miras a la capacidad de pago y a la equidad en el acceso a los servicios de salud. Esto incluye la distribución del riesgo y compartir las cotizaciones al seguro social entre trabajadores y empleadores, la inclusión de todos los ciudadanos sin discriminación de género, pertenencia étnica, religión, etc.

En el siguiente recuadro se presenta una lista de verificación de las políticas en materia de financiación de la salud.

Lista de verificación: Políticas clave sobre la financiación de la asistencia médica

- Movilización de los recursos suficientes para el logro de los objetivos de las políticas
- Equidad y solidaridad en la financiación mediante la participación compartida en la carga por niveles de ingresos
- Establecimiento de la igualdad de los riesgos y de fondos de solidaridad cuando sea pertinente
- Maximización de la distribución del riesgo y reducción de la fragmentación
- Subsidios gubernamentales para los regímenes de seguro destinados a los pobres y a los trabajadores informales y a sus familias (directos o para cotizaciones/subsidios)
- Minimización de los gastos de bolsillo
- Pagos a cargo del usuario en relación con la capacidad de pago
- Sostenibilid financiera
- Utilización de una combinación de mecanismos de financiación de la salud a fin de acelerar el logro de la cobertura universal y de equilibrar la equidad, eficiencia y calidad de la atención
- Uso eficiente y eficaz de los recursos

En general, la extensión de la protección social en salud requiere un aumento de los recursos, especialmente para el gasto público en salud. No obstante, en muchos países de ingresos medios y elevados, la recaudación de ingresos basada en fondos públicos o en impuestos sobre la nómina a menudo hacen frente a límites que se perciben. El gasto en salud es considerado como un costo improductivo que obstaculiza el desarrollo económico. En muchos países de bajos ingresos el espacio fiscal y los ingresos nacionales son considerados demasiado limitados para garantizar el acceso a los servicios de salud de la mayoría de la población.

Además, la movilización de recursos gubernamentales requiere, por lo general, una economía formal que funcione mientras que, en muchos países de bajos ingresos existen grandes sectores de economía informal. El aumento del espacio fiscal es clave para una mayor sostenibilidad de la protección social en salud. Con frecuencia implica cambios en las políticas del gobierno y - para la mayoría de países que dependen de la ayuda internacional - un apoyo más sostenible por parte de los donantes. Los métodos más exitosos para el aumento del espacio fiscal gracias a políticas gubernamentales incluyen:

- una utilización más eficaz del gasto público;
- una mayor eficiencia de las instituciones públicas y de la distribución de servicios;
- reasignaciones presupuestarias;
- el aumento de los esfuerzos para recaudar impuestos y cotizacíones; y
- la introducción de nuevas fuentes de financiación para el presupuesto nacional de salud.

Estos enfoques requieren un sólido compromiso político, el establecimiento de prioridades para la extensión de la protección social en salud y el abordaje de las cuestiones relativas a la transparencia y a la responsabilidad. En este contexto, es decisivo que se establezca una administración democrática basada en la gobernanza tripartita. Esto se refiere también al enfoque participativo en la administración de los regímenes y a la gobernanza basada en el diálogo social entre responsables de las políticas, interlocutores sociales, grupos de la sociedad civil, aseguradores privados, proveedores de asistencia médica y otros.

Anne Drouin