

TENDENCIAS MUNDIALES EN EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD*

Brian Abel-Smith

Atención médica básica a toda la población, garantizada por un seguro de salud obligatorio —principio imperante en la mayoría de los países industrializados—, es el objetivo que hoy se proponen alcanzar también muchas naciones en vías de desarrollo. En consecuencia, el dilema que afrontan estas últimas —se señala en estas páginas— es cómo ampliar la cobertura de los servicios médicos a toda la población y, al mismo tiempo, asegurar equidad, calidad, trato satisfactorio y mantención de costos viables.

A través de una reseña de las bondades y desventajas que presentan las distintas alternativas de seguro de salud obligatorio vigentes en las naciones industrializadas, el autor señala cuáles son, a su juicio, las opciones que parecen más adecuadas para lograr dicho objetivo en los países en vías de desarrollo. En lo que respecta a las fuentes de financiamiento del seguro de salud, las más eficaces y aceptables serían, por varias razones, las cotizaciones individuales-según-ingresos, complementadas y debidamente coordinadas con fondos fiscales provenientes de los impuestos generales. El autor destaca también las ventajas de la competitividad entre proveedores públicos y privados,

BRIAN ABEL-SMITH. Profesor del Departamento de Ciencias Sociales y Administración, London School Economics and Political Science.

* Traducido del inglés por el Centro de Estudios Públicos.

así como la libre opción del consumidor en materia de elección de médicos. En cuanto a los métodos de pago de pago a los facultativos, el autor analiza los pros y contras de diversos sistemas de reembolso y capitación.

Muchos países en vías de desarrollo están insatisfechos con sus servicios de salud. Una causa de ello es el limitado financiamiento disponible en períodos de ajuste estructural. Una segunda razón estriba, sin embargo, en la falta de motivación del personal que labora en ellos, en recursos que no se aprovechan cabalmente y en un trato insuficientemente cortés y respetuoso a los pacientes. Muchas naciones en vías de desarrollo están considerando la posibilidad de introducir un sistema de seguro de salud obligatorio, como una forma de resolver tales problemas. En Asia, entre los países que apuntan en esa dirección, se incluyen Indonesia, Malasia, Papua Nueva Guinea, Tailandia y Vietnam. En el caso de África, se incluyen Ghana, Zimbabwe, Nigeria y, tal vez, Tanzania. Todos ellos esperan atraer mayores recursos al sector salud. Sin embargo, en algunos de los países que ya han desarrollado un régimen de seguro de salud obligatorio también se plantean quejas muy similares a las mencionadas, en especial en Europa del este y en América Latina. Es más, al interior de los países latinoamericanos hay diferencias entre los individuos que tienen acceso a servicios de seguridad social mejor financiados y los que sólo cuentan con los sistemas de salud públicos, con financiamiento claramente insuficiente.

¿Cómo ampliar la cobertura de los seguros de salud y, al mismo tiempo, garantizar equidad, calidad, contención de costos y asegurar la atención deferente al usuario? Estos parecen ser los problemas claves. ¿Hay lecciones derivadas de la experiencia de los países desarrollados que sirvan de ayuda para encontrar las soluciones?

¿Será la mejor alternativa, por ejemplo, promover al máximo la utilización de los servicios del sector privado y los seguros privados de salud, estimulados, si fuera preciso, con exenciones tributarias para quienes recurran al mercado de los seguros privados de salud? Al menos los que tengan acceso al mercado privado recibirán buen trato. Y si quienes disponen de un seguro privado se financian en buena medida a sí mismos, el financiamiento del sector público podrá concentrarse en los más pobres, incluyendo a los sectores de más bajos ingresos. A primera vista, tales argumentos resultan muy seductores, pero existen desventajas muy serias que deben ser consideradas.

Los seguros privados de salud con fines de lucro

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. Otro factor que hace subir los costos es el hecho de que quienes optan por asegurarse tienden a ser más propensos a enfermarse que los que no lo hacen, y el asegurador se protege a sí mismo con una serie de limitaciones incluidas en la póliza. 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. Por ende, suelen verse obligados a reembolsar a sus pacientes una fracción de sus cuentas de salud, las que pueden venir abultadas por servicios innecesarios cuando el proveedor (médico) está consciente de que la mayoría de los costos recaerá, en última instancia, en el asegurador. Con frecuencia, los servicios preventivos no están cubiertos por el seguro, pues se piensa que quien paga la prima no los considera importantes.

En lugar de cotizaciones proporcionales a los ingresos, que es la práctica habitual en los sistemas obligatorios, el cotizante potencial enfrenta no sólo primas elevadas sino también uniformes. Aún más, 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. Se pueden apreciar los efectos sobre los costos a partir de la experiencia del único país desarrollado cuyo sistema de salud descansa, mayoritariamente, en los seguros privados de enfermedad: Estados Unidos. Los costos de la atención de salud han aumentado hasta llegar al 12,2% del PGB, pese a lo cual aún existen 40 millones de personas sin cobertura y muchas más con una cobertura decididamente inadecuada. Ningún país en vías de desarrollo podría sobrellevar las consecuencias de largo plazo de la aplicación generalizada del modelo en cuestión, sustentado en los seguros privados de salud.

En Europa occidental el modelo de seguros privados de salud sería inaceptable por las siguientes razones:

- 1) En primer lugar, se consideraría inaceptable que los sectores de más altos ingresos no tuvieran que subsidiar, dentro de un esquema obligatorio, a los de menores ingresos.
- 2) En segundo lugar, todos los obligados a asegurarse deben tener igual

- acceso a los mismos servicios. Un servicio utilizado mayoritariamente por los más pobres terminará convirtiéndose en un servicio pobre. Si la gente desea atención extra debe pagar, aparte de su contribución obligatoria, una cuota adicional para obtenerla.
- 3) En tercer lugar, a todos los proveedores de un sistema compulsivo de seguro se les paga sobre la misma base. Francia es la única excepción al respecto, caso en el cual el 30 por ciento de los médicos insiste en cobrar por encima de los aranceles negociados. No cabe esperar que el médico brinde el mismo servicio y trate a los pacientes de igual modo si las tarifas que se le pagan son radicalmente distintas.
 - 4) En cuarto lugar, la idea de compartir costos elevados es totalmente inaceptable en Europa.
 - 5) En quinto lugar, las exenciones tributarias a los seguros de salud privados son muy poco usuales en Europa. Incluso Margaret Thatcher las autorizó tan sólo para las personas mayores de sesenta años.

Los países de Europa occidental concuerdan en que los servicios de salud no pueden quedar al arbitrio del mercado y de los aseguradores privados. De ser así, la atención de salud se volvería muy costosa y habría, de todas formas, grandes vacíos en la cobertura del seguro.

Fue para evitar la "tarificación según el tamaño del grupo familiar" y la "tarificación por riesgo de enfermedad" que, al ser introducido en Europa el sistema obligatorio de seguros privados, se fijó por lo general una cotización estándar a los empleados y empleadores. Ella fue casi siempre una proporción de los ingresos, para reflejar la capacidad de pago de cada cual, y pretendía evitar que se castigara en exceso a los empleadores del personal con bajos ingresos. Esto último obligó a establecer arreglos especiales para que operaran subsidios cruzados o un asegurador monopólico que emparejara los riesgos entre las empresas con trabajadores de menores ingresos y aquellas con trabajadores mejor remunerados. Una sola entidad de seguridad social tenía, a la vez, la ventaja adicional de mantener bajos los costos administrativos y evitar los costos derivados de la promoción de ventas.

Las distinciones lingüísticas entre "seguros de salud" y "servicios nacionales de salud", y la retórica política, pueden llegar a encubrir fácilmente la convergencia existente en Europa occidental sobre los siguientes principios vitales:

- 1) A nadie se le niega la atención médica esencial por su incapacidad para pagarla. La atención dental —no la odontología de urgencia— y la atención óptica suelen considerarse servicios menos relevantes —al

menos para los adultos— que la gente puede financiar con sus propios ahorros.¹ La proporción de tales servicios que ha de quedar cubierta por la seguridad social es una decisión política.

- 2) Con la probable excepción de los grupos de altos ingresos, se tiende a evitar que el sistema de salud opere sobre la base de tarificación por riesgos, ya sean de salud individuales o riesgos relativos al número de cargas de un asegurado. El seguro nacional de salud evita de manera deliberada aplicar principios aduanales estrictos. En este sentido, es un sistema muy distinto al de los seguros privados de salud.
- 3) También, con la probable excepción de los grupos de altos ingresos, los servicios de salud destinados a los obligatoriamente asegurados no quedan al arbitrio del libre mercado no regulado, pues faltan tres elementos claves para el funcionamiento pleno de un mercado semejante. El primero es la existencia de consumidores informados, que sepan con exactitud lo que desean adquirir. En segundo término, no es posible conocer por anticipado la necesidad de atención de salud y, cuando ella sobreviene, puede resultar muy cara. El tercer elemento es que no existe separación entre las funciones de autorizar una adquisición y la provisión de la misma. Los médicos y dentistas realizan, en rigor, ambas funciones.² Por tales razones:
 - a) los servicios de salud se pre-pagan mediante alguna mezcla de impuestos y cotizaciones para salud (que puede ser, en algunos países, voluntaria para los grupos de mayores ingresos).
 - b) los gobiernos intervienen de muy diversas formas para intentar sacarle el mayor provecho al dinero o garantizar que ello suceda.

Extensión de la cobertura del seguro de salud

¿Cómo se las ingeniaron tantos países desarrollados para alcanzar una situación en la que toda, o prácticamente toda, la población quedara cubierta por el mismo sistema de servicios de salud?

Una vez que la mayoría de la población con empleo regular estuvo cubierta, el problema que enfrentaron los diseñadores de políticas interesados en extender los derechos de atención de salud fue cómo dar cobertura a los

¹ Abel-Smith(1992).

² Barr(1987).

trabajadores independientes —particularmente granjeros, pescadores y otros—, muchos de los cuales tenían relativamente bajos ingresos y ningún empleador para compartir las cotizaciones. Una solución fue mantener el costo de los seguros suficientemente bajos para *todas* las personas aseguradas, proveyéndoles servicios altamente subsidiados en hospitales públicos de calidad aceptable, como ocurrió en Escandinavia.³ Una segunda solución consistió en hacer que los fondos de otros seguros subsidiaran en forma cruzada los fondos para los trabajadores independientes de bajos ingresos. Una tercera solución fue subsidiar todo el sistema de seguros compulsivos con fondos públicos o solamente destinar algunos fondos para el caso de los trabajadores independientes,⁴ Muchas formas se han diseñado para intentar recaudar algunas contribuciones de parte de los granjeros —impuestos sobre la tierra, de acuerdo con sus utilidades potenciales (como en Italia), impuestos sobre el producto agrícola (como en el caso de Brasil) y contribuciones recaudadas como parte del impuesto a la renta—, a sabiendas de que los granjeros estaban en buena posición para declarar menos ingresos que los percibidos (como en los Países Bajos, Francia y Bélgica).

Casi todos los países que han alcanzado una cobertura elevada, o completa, han tenido previamente un sistema de seguro de salud compulsivo que sólo estaba disponible para aquel segmento de la población que pagaba cotizaciones o compartía el pago con sus empleadores. ¿Cómo evolucionaron hacia una situación en que los servicios estuvieron disponibles para todos? Corrientemente, la población sin cobertura comprendía a los desempleados, ancianos y minusválidos. Algunos países otorgaron cobertura a los ancianos como dependientes de las personas aseguradas. Otros desarrollaron derechos a la atención de salud sobre la base de beneficios en dinero entregados como parte de sus programas de seguridad social. Así, se consideraba que las personas que recibían beneficios por enfermedad, invalidez o desempleo, o pensiones por viudez o ancianidad, habían pagado en forma anticipada, en el curso de su vida laboral, por los servicios de salud que precisarían una vez estuviesen acogidos al régimen de beneficios de la jubilación o pensión. Luego, una modesta contribución era sustraída de las pensiones mientras éstas se pagaban. Aquellos bajo un sistema de asistencia social tenían sus contribuciones pagadas por parte del gobierno local o central que proveía dicha asistencia.

Los países desarrollados no encontraron mayores dificultades para extender el seguro de salud obligatorio; esto debido a un número de razones que

³ Borgenhammer (1984).

⁴ Powell(1990).

no son aplicables en el caso de los países en vías de desarrollo. Primero, el sector formal de la economía representaba alrededor del 80 por ciento o más de aquellos que trabajaban, por lo que el problema era intrínsecamente manejable. Segundo, estos países tenían sistemas de beneficios monetarios muy extendidos y en muchos casos ya tenían identificados a los pobres a través de programas de asistencia social. Tercero, muchos tenían un sistema de impuesto a la renta relativamente bien desarrollado, que comprendía a toda o gran parte de la población. Las cotizaciones podían ser recaudadas, por tanto, junto con el impuesto a la renta.

La etapa final de este proceso de desarrollo ha sido la extensión de los servicios a toda la población. Gran Bretaña estableció en 1948 el precedente en Europa occidental. Escandinavia y Japón siguieron en la década de los sesenta,⁵ Canadá en los años setenta,⁶ Italia en 1980.⁷ Portugal, España y Corea del Sur en los ochenta junto con Taiwán, que siguió en 1984. (Sin embargo, cabe señalar, además, que los sistemas de seguros de salud de los restantes países de Europa occidental tienen una elevada cobertura.)

Dos importantes aspectos debieran destacarse respecto de esta etapa de desarrollo:

- 1) La mayoría de los países ha mantenido las cotizaciones para los seguros de salud como una de las fuentes del financiamiento de sus servicios universales.
- 2) El hecho de que el sistema de provisión universal de salud haya sido denominado "servicio nacional de salud", "seguro de salud nacional" o "sistema nacional de salud" es simplemente una cuestión de opción política. No es sorprendente que el término "seguro de salud" se haya mantenido en países como Japón, Corea y Canadá, donde el uso del término "servicio nacional de salud" podría sonar socializante, y que, por similares razones, acabara imponiéndose en Taiwán. Tampoco es sorprendente que la denominación "servicio nacional de salud" haya sido preferida por algunos gobiernos centro-izquierdistas. Los escandinavos han sido mucho más flexibles respecto de la nomenclatura. Ellos no consideran que hablar de un "servicio nacional de salud" o de un "servicio nacional de educación" tenga alguna ventaja. Ambos son percibidos principalmente como funciones normales del gobierno local, análogos al servicio que éste presta en el caso de incendios.

⁵ Powell (1990).

⁶ Soderstrom(1978).

⁷ Ministero della Sanita(1979).

De este modo, el principio del derecho universal a utilizar el mismo sistema de atención de salud, entendido como un derecho ciudadano, se ha ido diseminando a través de los países desarrollados hacia las naciones en vías de desarrollo recientemente industrializadas y luego a Brasil y Costa Rica. ¿Cómo se explica esta tendencia mundial? De cierta manera, es una respuesta a las presiones democráticas. En parte, es el reconocimiento de que en una sociedad en la cual las desigualdades en los ingresos son inevitables (aunque modificables), las desigualdades en los derechos a la atención de salud, así como a la educación, son inaceptables. Esta es, por lo tanto, la forma como los países aspiran a alcanzar estabilidad social, y mantener, al mismo tiempo, modos de producción capitalistas. Es uno de los precios que hay que pagar para que las consecuencias del desarrollo capitalista resulten aceptables en una sociedad democrática. Tal vez no sea coincidencia que en las dos economías capitalistas más exitosas en el período de post-guerra, Japón y Alemania (yo no incluiría en lo sucesivo a los Estados Unidos), el grueso o la totalidad de la población goce de iguales derechos, desde hace mucho tiempo, en materia de acceso a los servicios médicos.

El significado actual del término "seguro de salud"

Pero ¿qué es lo que realmente se quiere decir con seguro de salud en un sistema de seguridad social? El seguro de salud tiene dos aspectos. Primero, es una forma de recaudar todo o parte del dinero para pagar la atención de salud. Segundo, es una forma de asegurar la provisión de los servicios. Cada aspecto necesita ser considerado en forma separada.

A. Financiamiento de los servicios

Como una forma de recolectar dinero, las cotizaciones para los seguros de salud tienen numerosas ventajas:

- 1) Las cotizaciones son fáciles de recaudar desde un punto de vista administrativo, al menos para aquellos que tienen empleadores.
- 2) Las contribuciones son pagadas con mayor interés que un impuesto, ya que el empleado tiene conciencia de que él o ella obtiene un beneficio personal, identificable, al efectuar el pago —el derecho a aquella atención de salud como está definida en la normativa—. Pero el empleado solamente pagará gustoso por aquello que considere un "buen servicio".

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.

- 3) 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 hacia los más pobres.
- 4) La renta imponible para efectos de cotizaciones de salud es predecible en el corto plazo.

Muchos países usan tanto los impuestos como las cotizaciones de salud para financiar los servicios, pero coordinan estrechamente ambas instancias. Fuentes múltiples de financiamiento que no están coordinadas entre sí pueden conducir a pérdidas, como en el caso de Estados Unidos.

B. Provisión de los servicios

Como una forma de proveer servicios, los seguros de salud tienen la ventaja de que la institución o instituciones aseguradoras tienen una amplia variedad de opciones para asegurar la disponibilidad de los servicios. El problema es encontrar una forma de combinar calidad, contención de costos y buena atención al usuario. No es necesario usar el método *directo* del trabajador asalariado como proveedor, si es que se concibe alguna alternativa que pueda producir mejores resultados. El asegurador puede establecer contratos sólo con aquellos proveedores que brindan un servicio de calidad a un precio conveniente. Si lo desea, cada persona asegurada puede escoger su proveedor, generando de esta manera competencia para hacer del asegurado un cliente fijo. 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 los métodos "directos" de provisión de servicios. Ellos son dueños de las instalaciones de salud y contratan a profesionales de la salud bajo el régimen de salario para que trabajen en ellos.

De este modo, aunque los efectos de un sistema no regulado de aseguradores privados en el área de la salud es algo inaceptable en Europa, ello no significa que los proveedores debieran estar protegidos y aislados de las fuerzas del mercado. Sin duda, la tendencia a lo largo de la última década ha sido en dos direcciones que, a primera vista, parecen contradictorias. La primera es aplicar constantemente mayores regulaciones a la oferta. Así, por ejemplo, la proliferación de nuevas camas hospitalarias puede ser controlada, dado que en este campo la oferta tiende a crear la demanda. Se puede establecer una lista restringida de drogas para las cuales se fija el precio por ley. La segunda tendencia es al fortalecimiento o creación de presiones de mercado sobre los proveedores, sean públicos o privados. Ambas son formas distintas que pueden ser usadas paralelamente para asegurar mayor retorno de cada dólar gastado en atención de salud. Los objetivos son, primero, mantener los costos de atención de salud bajo control y, segundo, asegurar un uso más eficiente de los recursos en el mercado de la atención de salud. Las regulaciones apuntan a superar las imperfecciones detectadas en el mercado. Las presiones del mercado o de los mercados internos buscan compensar algunas de las prácticas restrictivas que pueden desarrollarse al interior de los sistemas de atención de salud.

Métodos para asegurar que los proveedores (médicos) sean remunerados

Una pregunta clave se refiere a la forma mediante la cual los proveedores son remunerados. Por limitaciones de espacio, sólo se puede hacer referencia a una de las partes contratantes, pero probablemente se trata del contratante crucial: el médico. El método directo —de pagarle un salario— tiene evidentes ventajas teóricas. Cuando menos en teoría, los médicos pueden ser asignados a los lugares donde son necesarios, previo entrenamiento para usar los recursos en forma económica y actuar con un sólido criterio preventivo.

En países como Suecia, con una larga tradición en que los médicos son asalariados, el sistema ha funcionado razonablemente bien, aunque es oneroso. Pero incluso Suecia se está desplazando hacia un sistema de mercado competitivo. La tradición del médico asalariado, dedicado y consciente es muy difícil de instaurar. En la mayoría de los países, la provisión directa dista mucho de ser exitosa —al menos en lo que respecta a brindar un servicio aceptable en atención primaria y usar eficientemente los recursos—. En muchos países latinoamericanos, tal como en Europa central y oriental, los médicos llegan tarde y se van temprano; los pacientes se quejan de falta de cortesía, y la

motivación de los propios facultativos es, por lo general, muy baja. En algunos países, a los pacientes se les asignan los médicos que los atenderán (ellos no tienen opción); existen largas listas de espera para tratamiento, y los facultativos usan el servicio público para reclutar a los pacientes más pudientes para sus prácticas privadas lícitas o ilícitas luego de las horas de trabajo. Además, el funcionamiento del sistema no es siempre tan económico de operar como debiera si los doctores insisten en atender solamente a un número limitado de pacientes por hora y derivar a una elevada proporción de ellos a especialistas dentro del centro de salud. ¿A qué se debe, por ejemplo, que el tiempo de consulta sea dos a dos veces y media más largo en Colombia que en Alemania o el Reino Unido? Por encima de todo esto existen problemas de "deudas de gratitud", las consideraciones para con la "gente de mayores ingresos" o los "sobres" recibidos de parte de los pacientes decididos a obtener la mejor atención y recursos en lo que es, nominalmente, un sistema de servicios gratuitos. Aquellas prácticas van en desmedro de los pacientes más pobres que carecen de los recursos necesarios para pagar. Debido a la insatisfacción con los servicios médicos asalariados, Costa Rica intentó cambiar el sistema de pago de los médicos de los centros de salud, desde el régimen de salario al de la capitación o cooperativas.⁸

Sin embargo, los servicios de profesionales asalariados funcionan exitosamente, en forma más frecuente, en los hospitales. Se les considera exitosos en Alemania, el Reino Unido y en los hospitales públicos de Francia y otros países de Europa.

Una forma de remunerar a los médicos es simplemente reembolsando a los pacientes por los aranceles de los doctores a quienes ellos les han pagado en forma directa. Cualquier sistema de reembolso tiene también la desventaja que el paciente debe disponer del dinero para pagar los servicios antes de que él pueda recibir la atención y reclamar el reembolso. A la gente más pobre esto le puede resultar difícil y, por lo tanto, vacilará en usar los servicios.

Se puede permitir a los médicos fijar libremente sus aranceles y reembolsar luego al paciente la totalidad o bien una parte de ellos, o bien reembolsarlo sobre la base de aranceles referenciales establecidos por el asegurador. El efecto es obvio. De este modo, los médicos son estimulados a aumentar sus cargos o aranceles y también la cantidad de servicios proporcionados. Esto es exactamente lo contrario de frenar los costos. Esto ha sido parte de la historia de los Estados Unidos. El único sistema nacional de seguro de salud exclusiva-

⁸ Abel-Smith (1989).

mente basado en este modelo es el de Filipinas, el que ha logrado resultados predecibles.⁹

Allí donde se utiliza el sistema de reembolsos, un esquema de seguro obligatorio normalmente negocia los aranceles con las asociaciones que representan a los proveedores y espera que todos ellos los cumplan. Frecuentemente existe un conflicto permanente con aquellos proveedores que se niegan a cumplir los contratos negociados por sus asociaciones. Ésta ha sido la experiencia de Francia a lo largo de muchos años.¹⁰ Existió un conflicto similar con los médicos en Canadá, hasta que finalmente se promulgó una ley federal, en virtud de la cual al paciente no se le reembolsaba a menos que el doctor cobre exactamente los aranceles pactados. Naturalmente, los pacientes evitarán cualquier facultativo que, por esa vía, los deje fuera.

Debido a estos problemas, la mayor parte de los aseguradores de salud en regímenes obligatorios pagan a los proveedores aranceles acordados de antemano mediante negociaciones. Estos aranceles no pueden ser sobrepasados. Cualquier cargo que se efectúe adicionalmente sobre los pacientes o copagos forman también parte del contrato.

Este sistema es empleado en países como Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón, Corea del Sur, Bélgica, Alemania occidental y Noruega. En muchos de ellos fue adoptado porque los médicos se negaban a participar en un sistema que les pagara sobre cualquier otra base. La ventaja para el médico es que le da flexibilidad para aumentar su ingreso mediante la provisión de servicios adicionales. El pago es por trabajo efectuado. La desventaja es el tiempo requerido para registrar y para luego efectuar la cobranza por cada servicio y lidiar con las preguntas formuladas por el asegurador.

La ventaja para el paciente es que le proporciona completa libertad en la elección del doctor, ya sea médico general o especialista, para cualquier enfermedad o aun durante el curso de una misma. En la práctica, este sistema incentiva a los pacientes a que vayan directamente al especialista, quien puede ordenar muchos más exámenes de diagnóstico que un médico general. Y si el médico tiene acceso a un hospital, el paciente puede ser tratado por el mismo doctor dentro y fuera del hospital. El sistema incentiva al facultativo a brindar un servicio atractivo, oportuno y con buen trato. Adicionalmente, no existen incentivos para proveer menos servicios que los necesarios. Como resultado, la persona asegurada habrá de considerar altas las primas cobradas, a causa de la elevada utilización que ellas fomentan.

⁹ Patag (1983).

¹⁰ Saint-Jours(1982).

Las desventajas para el asegurador son la escalada de costos debido a la creciente utilización y a los gastos administrativos de hacer el seguimiento de las cobranzas. Bajo un sistema de aranceles estándares negociados, la única forma en que un médico puede aumentar su ingreso es proveyendo más servicios —lo cual está en posición de hacer—. Ciertos procedimientos habrán de resultar particularmente rentables para el facultativo por el poco tiempo que involucran y, por lo tanto, esto incentivará su empleo. Por ejemplo, sólo cuando se redujeron los pagos por concepto de exámenes de diagnóstico, estos últimos dejaron de representar un problema en Bélgica. Y en aquellos casos en que el doctor ha comprado un equipo médico particular existen fuertes incentivos financieros para emplearlo, de manera de pagar los costos de capital tan pronto como sea posible. Ese ha sido un problema especial en Alemania occidental. Hoy en día, los costos son contenidos fijando un presupuesto para todos los servicios técnicos provistos por el conjunto de doctores que operan bajo el régimen de seguros de salud institucionales. Si el número de acciones médicas aumenta, los aranceles pagados por cada uno de ellos disminuye proporcionalmente.¹¹

Consultas reiteradas al médico pueden conducir a nuevas prescripciones. Existe evidencia de que los doctores que son pagados por acción de salud tienden a prescribir más fármacos que otros. Esta es una de las razones por las cuales Italia introdujo un sistema de pago por capitación para todos los médicos generales. Si es el médico, como ocurre en Japón, quien provee las drogas que prescribe, obteniendo una utilidad por cada una, y particularmente si se le paga extra por las inyecciones, hay aun mayores incentivos para sobre prescribir.¹²

La preocupación por la calidad puede surgir en variados contextos. En aquellos lugares en que a los doctores se les paga sobre la base de acciones de salud, como es el caso de las cirugías, existe la posibilidad de que algunas de éstas sean innecesarias. Un estudio muy citado sobre los Estados Unidos mostró que la variabilidad de los aranceles por cirugía entre localidades parecía explicarse por el número de cirujanos en cada una de esas áreas geográficas.¹³ Puede ser que los médicos se sientan tentados a realizar procedimientos quirúrgicos respecto de los cuales ellos no tienen experiencia reciente. Los pacientes que acuden a varios doctores durante el curso de una enfermedad y reciben fármacos de cada uno de ellos pueden llegar a consumirlos en una combinación peligrosa.

¹¹ Hurst(1991).

¹² Powell(1990).

¹³ McPherson(1981).

Para reducir estos problemas, el asegurador necesita monitorear las cobranzas en forma muy estrecha y mantener estadísticas del grado de uso de cada doctor —"perfiles de los doctores"—, con el fin de determinar quiénes cobran excesivamente y en qué. Se pueden aplicar sanciones en contra de aquellos que efectivamente lo hacen. Esas cobranzas pueden ser investigadas cuando los procedimientos parecen inconsistentes con el diagnóstico, en los casos en que ello sea apreciable. Aún más, siempre existe la posibilidad de fraude, tanto de parte de los pacientes (cambiar las prescripciones de drogas por cosméticos en las farmacias) o de parte de los doctores (coludirse con un laboratorio para compartir las utilidades de los exámenes de patologías que nunca fueron efectuados). Una forma alternativa de limitar la sobreutilización es exigir aprobación previa para admisión en los hospitales o en el caso de cirugías. Todo esto hace que aquellos sistemas sean caros de administrar. Es más, mientras el pago por acción de salud parece a primera vista interferir menos con la libertad clínica del doctor, puede terminar haciéndolo mucho más que bajo cualquier otro régimen de pago.

Otra forma de mantener los costos bajo control es hacer que el paciente pague una parte de ellos. En Corea del Sur, las visitas al médico aumentaron desde 4,8 por persona al año en 1980 a 7,4 en 1985, lo que sólo se verificó luego que los co-pagos fueron más que duplicados. Pero a esas alturas se le exigía al paciente que pagara el 65% del costo de la consulta médica.¹⁴ Esta medida redujo considerablemente el valor del seguro, lo cual había sido la intención original.

Debido a estos problemas, los pagos por capitación están siendo empleados crecientemente en Europa. Irlanda, Finlandia e Italia se han desplazado hacia los pagos por capitación, uniéndose a los Países Bajos y al Reino Unido. Existen planes para emplearlos también en Chipre. La capitación también se está usando en Indonesia y Tailandia y se planea hacerlo en Nigeria. Bajo este sistema, al doctor se le paga una suma negociada por mes por cada persona que elija libremente registrarse con él para obtener atención primaria, independientemente de que la persona emplee el servicio o no. Así, el paciente puede visitar solamente al doctor seleccionado hasta que el asegurador sea informado de un cambio hacia otro médico. El acceso a los especialistas está restringido a casos que son referidos por el médico general (*general practitioner*), excepto en el caso de emergencias, y esto contribuye a mantener los costos bajos. En la mayoría de los sistemas, el doctor tiene la responsabilidad por los pacientes registrados durante las 24 horas del día en los 7 días de la semana, aunque un asistente puede ser designado por el

¹⁴ Kim(1987).

doctor para algunas noches y los fines de semana. El médico no está autorizado para cobrarle en forma particular a un paciente registrado en su lista. De este modo, se logra una continuidad importante en la atención.

La ventaja para el paciente, en comparación con emplear a un doctor asalariado en un centro de salud, está en que dispone de su propio médico personal, que él mismo ha elegido (dentro de los límites impuestos por el tamaño de la lista de doctores). El médico tiene la responsabilidad permanente por la atención ambulatoria del paciente. Cuando éste debe ser hospitalizado, el médico general recibe un informe del establecimiento con recomendaciones para el cuidado posterior del paciente. La desventaja es que no puede consultar directamente a un especialista y que es otro doctor quien se hace cargo de su atención en el caso de ser derivado al hospital. El médico general puede tener instalaciones pobremente equipadas y amobladas, ya que en un sistema de capitación puro el doctor debe pagar por el mantenimiento de sus instalaciones con los recursos obtenidos del pago por capitación.

La ventaja para el doctor radica en que él es su propio jefe y puede realizar su práctica conforme a sus costumbres. El único trabajo administrativo, aparte del mantenimiento de las fichas clínicas de sus pacientes, es el informe de aumentos y disminuciones de su lista de pacientes. La única limitante a su libertad clínica es que su forma de prescribir puede ser monitoreada por el asegurador. Si él pertenece a una asociación de médicos, ésta ha sido su decisión, y él ha elegido con cuáles colegas trabajar, cuál será su personal de apoyo y cuánto se le pagará. Por otra parte, la desventaja para el doctor es que él puede alcanzar el máximo permitido de pacientes alrededor de sus treinta años, y entonces, a diferencia de otros profesionales, su ingreso no podrá aumentar, excepto a través del proceso de negociación que afecta al conjunto de los médicos. Aún más, el médico que desee combinar la práctica general con trabajo en los hospitales encontrará dificultades para hacerlo.

La ventaja para el asegurador está en que el arancel es predecible, aun cuando el costo de las prescripciones médicas no lo sea, en caso de que se paguen en forma separada. Adicionalmente, la cancelación por capitación crea algún incentivo para que los doctores se distribuyan homogéneamente en relación a la población. También hay un incentivo para que los médicos adopten un enfoque preventivo cuando piensan que de este modo ahorrarán tiempo en el largo plazo. La probabilidad de que el sistema logre conformar a médicos y pacientes es alta, ya que un paciente insatisfecho puede cambiar de doctor. Los costos administrativos son bajos, en la medida en que lo único que se requiere es mantener registros de a qué médico debe pagársele y por cuáles pacientes y establecer un procedimiento para manejar los reclamos o para sancionar a los

doctores que no cumplen con la regla elemental de que los médicos no pueden atender, en un régimen de pago privado, a sus propios pacientes adscritos. Puede haber preocupación por aquellos doctores que tengan instalaciones muy pobres o por el sobreabuso de ayudantes o derivaciones excesivas hacia los especialistas. Pero la evidencia de los países donde el sistema de capitación es empleado muestra que esto último no constituye un problema mayor.

Un sistema puro de capitación puede ser modificado de modo de considerar problemas especiales. Por ejemplo, se pueden cancelar pagos por capitación más elevados en el caso de los pacientes ancianos; se pueden hacer asignaciones adicionales por antigüedad, por trabajar en áreas remotas y por prestar servicios en cursos de educación continua. Los pagos por arriendo de instalaciones pueden ser reembolsados al médico con el fin de incentivar instalaciones más espaciosas, las cuales pueden quedar sujetas a inspección. Pueden pagarse bonos o aranceles adicionales por servicios en el área de la prevención, como se hace en el Reino Unido, o por cada consulta de los pacientes, como en Dinamarca. Se puede hacer que el doctor adquiera los remedios para sus pacientes financiados con los pagos por capitación, como en Bali, o como está comenzando a aplicarse en Nigeria.

Cada régimen de pago a los doctores tiene desventajas potenciales. Se han descubierto vías, sin embargo, para superar las peores desventajas de prácticamente todos los sistemas; pero algunos están condenados a incrementar los costos y, por lo tanto, es poco sabio que un país en desarrollo los adopte.

Conclusión

La competitividad entre proveedores, sumada a la elección por parte del consumidor, puede contribuir en buena medida a la eficiencia del sistema y a la plena satisfacción del consumidor. Los métodos para controlar la oferta y asegurar una distribución equitativa de los recursos disponibles para salud y las formas de pago a los proveedores son fundamentales en la consecución de los objetivos de equidad y contención de costos. Al elegir entre distintas formas para pagar a los proveedores, el costo administrativo de los distintos sistemas no debe ser mirado en menos. El objetivo no es minimizar aquellos costos, pero al menos asegurar que ellos estén balanceados con las ganancias en eficiencia que pueden ser generadas mediante su introducción. Todo esto puede ser logrado sin sacrificar el principio esencial de "los seguros nacionales de salud", que Chile ha desafiado: el mismo derecho de atención de salud para todos los ciudadanos.

Con esto se sugiere que, por razones de equidad, es necesario que haya un sistema central de financiamiento, y que, a la vez, exista competitividad entre los proveedores privados y públicos. ¿Debiera haber un solo asegurador monopólico o varios aseguradores competitivos dentro de este sistema, tal como se propone para los Países Bajos? Un asegurador monopólico puede tornarse remolón e inoperante frente a la demanda de eficiencia. Por otro lado, 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 Estados Unidos, 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 monopolio. Así como la situación presente debe jugar un papel importante en el diseño de cualquier plan de reforma, también las consecuencias de largo plazo de las acciones emprendidas deben necesariamente ser consideradas.

Referencias bibliográficas

- Abel-Smith, B. *The Hospitals 1800-1948*. Heinemann, 1984.
- _____ y Créese A. *Recurrent Costs in the Health Sector*. WHO, 1989, pp. 129-161.
- _____ , "The Rise and Decline of the Early HMOs." *Milbank Quarterly*. Vol. 66, N°4, 1989.
- _____ et al. *Health Insurance in Developing Countries*. ILO, 1990.
- Barr, N. *The Economics of the Welfare State*. Weidenfeld y Nicholson 1987, pp. 293-362.
- Borgenhammer, E. "Health Services in Sweden." Raffel MW. (comp.) *Comparative Health Systems*. Pennsylvania State University Press, 1984.
- Cichon, M. "Health Sector Reforms in Central and Eastern Europe: Paradigm Reversed." *International Labour Review* Vol. 130, N° 3, pp. 311 -327.
- Hogarth, J. *The Payment of the General Practitioner*. Pergamon, 1963.
- Hurst, J. W. "Reforming Health Care in Seven European Nations." *Health Affairs*. (otoño 1991), pp. 7-21.
- Kaser, M. *Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe*. Croom Helm, 1976.
- Kim, Y. K. "Health Care Financing in Korea." *Seminario en tomo al financiamiento de la salud*. Asian Development Bank, Manila, 1987.
- Luft, H. S. "Translating U.S. HMO experience to other health systems." *Health Affairs* (otoño 1991), pp. 172-189.
- McPherson, K. et al. "Regional Variations in the Use of Common Surgical Procedures." *Social Science and Medicine*, (1981), pp. 273-288.
- Ministero della Sanita, *Towards the National Health Service of Italy*. 1979.

- Patag, F. "Medical Care System in the Philippines." ISSA/ASIA/RT SEO 1983.
- Powell, M. y Anesaki, M. *Health Care in Japan*. Routledge, 1990.
- Saint-Jours, Y. Francia. Kohler P. A. y Zacher K. F. (comp.) *The Evolution of Social Insurance 1881-1981*. Francis Pinter, 1982.
- Sooderstrom, L. *The Canadian Health System*. Croom Helm, 1978.
- Zollner, D. Alemania. Kohler P. A. y Zacher K. F. (comp.) *The Evolution of Social Insurance 1881-1981*. Francis Pinter, 1982. □