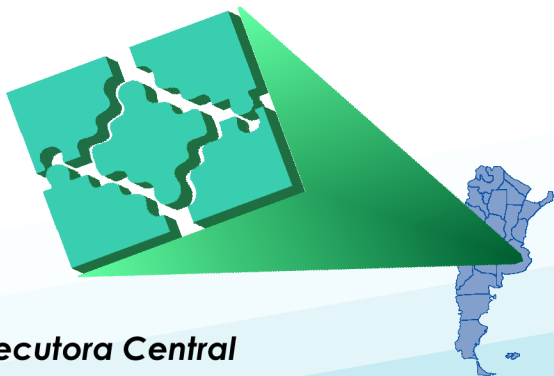


Financiamiento en el Sector Salud

Documento de Trabajo



Indice

1. Introducción	2
<i>PRIMERA PARTE</i>	
2.- La especificidad del sector salud.	3
3.- Agentes que intervienen en el financiamiento de los servicios de salud	5
4.- Tipología de Mercados y relaciones contractuales	6
<i>SEGUNDA PARTE</i>	
5.- Modelos de Organización del Sistema de Financiamiento y Prestación de Servicios de Salud.	9
<i>TERCERA PARTE</i>	
6.- Estructura de incentivos y Mecanismos de pago	17
Bibliografía	19

1. Introducción

El análisis del sistema de financiamiento en el sector salud, y más precisamente, de los diferentes aspectos vinculados con su proceso de reforma implica la necesidad de evaluar la transformación que se produce en la estructura institucional del sector.

De esta forma se pone énfasis en las transformaciones vinculadas a mejorar la eficiencia organizativa del sector salud. Este recorrido identifica al modelo de gestión como variable promotora de los cambios.

Las estrategias necesarias deberán introducir criterios de economía de la salud, que permitan construir una estructura de incentivos para los agentes protagonistas de la gestión de cada una de las unidades micro-organizativas, a través de un conjunto de normas y reglas, identificando oferentes y demandantes de cada servicio. Se requiere redefinir nuevos arreglos contractuales para motivar a los agentes a desplegar interacciones que conduzcan a situaciones socialmente deseables.

Las fuentes de financiamiento, el diseño de los flujos de transferencia de recursos, así como la modalidad de contratación entre los diferentes agentes y roles contenidos en este escenario constituirán factores determinantes de la estructura de incentivos de la racionalidad, conducta y estrategia de los diferentes actores sociales y económicos que participan en el sistema de salud.

El objetivo de este trabajo es permitir una visión panorámica de los aspectos conceptuales. Para ello; en primer lugar, se debe circunscribir los contornos del objeto de análisis, desarrollando analíticamente la problemática asociada a las características institucionales del sector salud en nuestro país.

Específicamente, se plantea la necesidad de incorporar al análisis el escenario en el cual se despliega la problemática de la concurrencia del Estado como prestador y financiador de servicios, lo cual más adelante identificaremos como "modelo público integrado", sin diferenciación de funciones como proveedor y comprador de servicios de salud.

Este documento de trabajo está estructurado en tres unidades.

Una **primera**, donde se identifican los aspectos conceptuales, que desde la economía de la salud se destacan como determinantes de un resultante institucional particular en la organización del sector. En ese momento se destacarán las especificidades del sector salud como proceso productivo y bien económico. Esta descripción dará lugar al análisis del fenómeno del "tercer pagador" con importantes consecuencias en la organización del financiamiento de servicios de salud, identificando los diferentes agentes intervinientes, sus roles, y relaciones vinculares.

La **segunda** parte describe los modelos alternativos de organización del sistema de financiamiento hallados en la experiencia internacional.

La **última parte** sistematiza las relaciones entre financiamiento y prestación de servicios, con especial énfasis en la explicación de los diferentes mecanismos de pagos posibles y la estructura de incentivos resultantes.

PRIMERA PARTE

2.- La especificidad del sector salud.

La necesidad de construir modelos de organización y financiamiento del sector salud, redefinir el rol del Estado e identificar cursos de transformación que permitan alcanzar un rumbo de mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos requiere necesariamente reconocer las especificidades propias que posee el sector salud.

Estas particularidades pueden caracterizarse en función de:

- 1) Las características del proceso productivo de los servicios de salud,
 - en donde es el paciente (o su estado de salud y la información correspondiente) el insumo principal, o clave,
 - por las propias dificultades de normatización de los procesos de trabajo,
 - por las características "artesanales" del servicio médico,
 - o por la asimetría de información entre las distintas manifestaciones de oferta y demanda, que se expresan en los mercados de salud, etc.

2) La condición de aleatoriedad o no completa previsibilidad en la generación de necesidades de consumo de los productos vinculados a los problemas de salud constituye uno de los componentes determinantes del sistema asegurador del sistema de financiamiento. La necesidad de minimizar el riesgo económico y financiero que determina esta situación requiere previsionarlo con pagos anticipados.

3) El componente social del servicio de salud, vinculado a la necesaria cobertura básica de salud para toda la población, constituye un factor adicional, no sólo al involucrar la consideración de derecho de la salud para toda la población, (tanto a su cobertura, como al acceso), sino fundamentalmente por las relaciones sociales que se construyen en la organización de tales servicios.

4) Por último es necesario identificar las especificades del sector salud, relacionadas a la caracterización de los servicios de salud como bien público. Más específicamente utilizando principios económicos, es posible subdividir la atención médica en tres categorías principales: pública, meritoria y privada.

Será socialmente óptimo para el gobierno financiar y posiblemente proveer los dos primeros tipos de servicios. Los bienes públicos son no-exclusivos y/o no-rivales en el consumo. No rivales significa que el consumo por parte de una persona de un bien público no disminuye la cantidad de ese bien disponible para otro consumidor. La no-exclusividad estará dada por la imposibilidad o por lo prohibitivo (en función de los costos) de convertir el consumo de un bien público en exclusivo, para aquellos que demandarían y pagarían por consumirlos.

En el sector salud la mayoría de las medidas preventivas de salud públicas son bienes públicos. Los ejemplos incluyen programas de saneamiento, agua potable, control de vectores, seguridad en los caminos, control de polución de aire y agua, fluoración y educación masiva.

Los bienes meritorios se pueden identificar con aquellos servicios cuyo consumo producen mayor beneficio social que privado, tales como planificación familiar y ciertos servicios de atención primaria. Otro tipo de bienes meritorios producen externalidades, tales como vacunación y control de enfermedades de transmisión sexual. Por último cada sociedad tiene una población vulnerable, (niños, o minorías) que puede no estar en condiciones de hacer elecciones de consumo en función del beneficio privado. En este caso los bienes meritorios incluyen servicios a aquellos individuos que carecen de educación o racionalidad suficiente para tomar decisiones de consumo racional. El caso típico son los servicios preventivos que producen beneficios futuros.

Según esta clasificación los bienes privados son aquellos que benefician exclusivamente a las personas que los consumen, y si son consumidos por una persona, no pueden serlo por otras. Por esta razón de exclusividad, la teoría económica tradicional nos indica que el mercado representa el escenario institucional que permite producirlos y distribuirlos en forma eficiente. En esta categoría de bienes privados estarían incluidos los servicios médicos curativos y los medicamentos.

Sin embargo, en función de lo planteado en este mismo punto, cuando se destacaban las especificidades del sector salud como proceso productivo, se puede concluir que el mercado no cumple con las condiciones necesarias para asignar libremente los recursos, garantizando eficiencia social.

Actualmente existe un consenso importante con respecto a que los mecanismos contractuales condicionan y modifican las conductas y estrategias de los agentes intervinientes en el sector. De esta forma, en el mercado de seguro, los consumidores lo demandan porque neutralizan el riesgo, optimizando la utilidad ínter-temporal. El seguro a su vez modifica las demandas por servicios médicos, ya que reduce el monto que los pacientes pagan directamente cuando usan estos servicios.

Por otro lado, el seguro modifica la conducta de médicos y hospitales, ya que de esta forma se sentirán menos limitados por consideraciones éticas y psicológicas a aumentar sus precios dado que reciben el pago de una tercera institución (la organización aseguradora).

Los mecanismos de pago establecen una estructura de incentivos que determinan qué servicios son más lucrativos para realizar

Esta fuerte determinación de oferta sobre demanda, en función de la especificidad de cómo se produce el servicio, imprime al mercado una dinámica particular, ya que lo que se conoce como mercado competitivo presupone soberanía del consumidor y competencia de precios. Sin estos requisitos se vuelve imperfecta esta solución institucional, requiriéndose estrategias de intervención del Estado para neutralizar estas fallas o imperfecciones.

El análisis de las especificidades del sector salud como bien público nos advirtió las limitaciones del mercado como mecanismo de asignación eficiente de recursos de aquellos bienes públicos. Mientras el punto anterior destacaba que el servicio de salud, como producto es diferente, en este punto se especifica la particularidad de su proceso de producción.

El análisis de las especificidades del sector salud como proceso productivo nos señaló que las organizaciones productoras de los servicios de salud tienen una función de producción particular, no permitiendo una adecuación automática del mercado como solución única a los problemas de asignación de recursos.

Como conclusión **se revaloriza la investigación de los incentivos y las conductas de los agentes y actores económicos y sociales como determinantes del funcionamiento del sistema y de sus resultados en términos de eficiencia.**

3.- Agentes que intervienen en el financiamiento de los servicios de salud

La descripción de la modalidad de los vínculos entre los agentes que intervienen en la organización del sector salud permite comprender la dinámica del funcionamiento de los modelos de financiamiento alternativos.

Como parte de la caracterización económica del sector salud la asimetría de información entre médico y paciente, representa una de las causas que los mercados en el sector salud sean imperfectos. No sólo se hace referencia en este caso a la imperfecta información que tiene la demanda de los servicios de salud, en elegir con soberanía y racionalidad el servicio en función de sus costos y calidad, sino y fundamentalmente, a la asimetría de información técnica, inevitable en la construcción del vínculo médico-paciente, por las características que tiene el mismo, de ser demanda y oferta al mismo tiempo, durante el proceso productivo de los servicios de salud.

En otras palabras, será el médico y no el paciente, el que decide que prácticas diagnósticas son necesarias para la confirmación del diagnóstico, y las prácticas y los medicamentos necesarios en el tratamiento correspondiente. Esta asimetría, se refiere no a la elección de qué consultorio, o institución, sino a la dirección del proceso de atención futuro.

La asimetría de información, en el escenario de un tercer pagador, produce el conocido fenómeno de "free rider" o un "comportamiento sin restricciones", en donde el que consume no decide el gasto en el proceso de producción, es decir el volumen del gasto prestacional generado. Por otro lado el que financia ni decide ni consume, lo que

distancia su capacidad de control y su responsabilidad financiera. Por último el que decide (el prestador) no consume ni es responsable del costo producido.

Las conductas de cada uno de los actores, financiador, prestador y consumidor estarán condicionadas por la asimetría de información en cada una de sus relaciones recíprocas. Estas relaciones contractuales jugarán un rol activo por las mismas características del proceso de producción que comprende, y se constituyen como condicionantes y herramientas de organización del sistema de financiamiento de los servicios de salud. Al mismo tiempo, caracterizar las relaciones entre estos diferentes actores, significa identificar los vínculos institucionales entre los actores sociales que participan en la organización del sistema de salud.

4.- Tipología de Mercados y relaciones contractuales

Tres tipos de mercados, o en términos más amplios, tres espacios institucionales de asignación de recursos y de intercambio, se presentan en el sector salud. El llamado mercado asegurador, en el cual se vinculan beneficiarios y entidades aseguradoras de salud, el mercado prestador, en donde se encuentran las aseguradoras y los prestadores, y finalmente el mercado de los factores de producción, (recursos humanos, proveedores de equipamiento médico, etc.) en el cual, éstos se vinculan con los prestadores.

Este último mercado, al incorporar los factores, y más especialmente las relaciones contractuales con el profesional médico al interior de la institución prestadora, constituye un aspecto central en el análisis microeconómico. La forma especial de funcionamiento del mercado médico, su fuerte componente de autonomía en su práctica, y la alta influencia de su conducta, estímulos y expectativas con la generación del gasto, requiere vincular estas variables con la eficiencia productiva de la firma en salud.

Identificaremos a continuación los principales vínculos contractuales entre los actores protagónicos del sector salud:

1) La relación entre el financiador y paciente o individuo (o demanda o beneficiario del sistema de cobertura) comprenderá distintas connotaciones, en función del carácter privado o social del vínculo.

De esta forma se puede identificar una relación contractual privada, en el caso del seguro privado. En esta oportunidad, la intervención del Estado puede manifestarse tanto en término de "regulación" o como "mandato", en función al nivel de determinación de las reglas del juego definidas por la autoridad estatal.

En el primer caso, se puede pensar en un sistema de seguro privado voluntario, con pautas de regulación por parte del estado, tanto en términos de cobertura, garantía o solvencia financiera de las empresas oferentes de servicios. Como mandato, puede considerarse a los sistemas de seguro privado obligatorios, como es el caso de las ISSAPRES chilenas. De una u otra forma, el estado interviene en esta relación, ordenando el espacio institucional.

Otra situación estaría dada por una participación del Estado, directamente como financiador. En este caso es necesario identificar la fuente del financiamiento, ya sean impuestos directos o indirectos nacionales, o a través de aportes de empleadores y/o empleados. Si bien es posible identificar diferencias de equidad y/o eficiencia entre estos distintos sistemas, se revaloriza el rol que asume el Estado en la relación social con el sistema de salud.

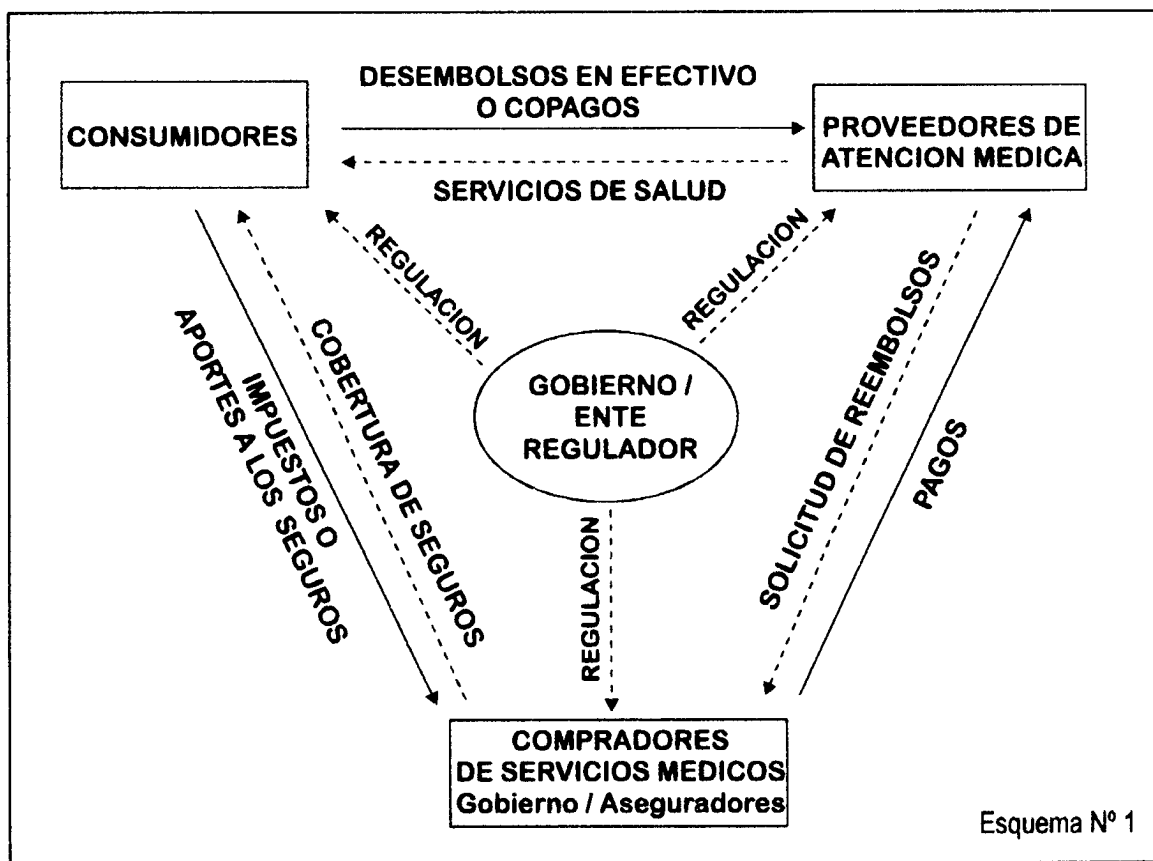
En términos generales, esta relación entre actores debe ser pensada como institución social, ya sea como vínculos de mercado privado de oferta y demanda de sistemas de cobertura, o como relación social entre el mismo Estado (en este caso financiador) y la población destinataria de la cobertura de salud.

2) La relación entre financiador y prestador, representa uno de los mecanismos contractuales disparadores de los sistemas de incentivos económicos más importantes, como condicionante del funcionamiento de los servicios de salud.

Se abren en esta relación nuevas herramientas de gestión vinculadas con innovaciones en las modalidades de pago desde la institución financiadora hacia el prestador, funcionando como estrategia de control y productora de incentivos.

Si bien, no es objetivo describir en este informe las consecuencias analíticas de las alternativas de modalidades de pago, es necesario aclarar que representan un factor clave como generadora de incentivos financieros, jugando un doble rol. Por un lado como asignadora de recursos, y de distribución de los riesgos económicos. Por otro lado como condicionador del perfil productivo prestacional.

En este caso, el Estado puede asumir ya sea el rol de financiador, prestador o simplemente regulador de tal relación contractual, definiendo precios, formas de pago o criterios de garantía de calidad.



3) La relación consumidor-prestador en primer lugar constituye el espacio de consumo y de producción de los servicios de salud. Las asimetrías de información tanto de elección del prestador como del curso del propio proceso de producción ya comentada definirán parte del diseño del modelo prestacional, (con mayor o menor presencia del primer nivel de atención, o con posibilidad de libre elección en algún producto, formas de acceso, etc.).

Las relaciones anteriores pueden considerarse contenidas en el esquema 1. Las líneas y flechas que unen a cada agente, identifican en el caso de las líneas gruesas los flujos de fondos. Las relaciones entre compradores de servicios y consumidores pueden ser consideradas como las fuentes de financiamiento. Las relaciones entre consumidores y proveedores, como los copagos o desembolsos en efectivos. Las relaciones entre compradores de servicios y proveedores, los mecanismos de pago de los productos o servicios de salud.

Las líneas de punto identifican relaciones contractuales más heterogéneas: entre consumidores y compradores de servicios el contrato de cobertura de seguros, entre consumidores y proveedores las prestaciones de servicios de salud, y entre proveedores y compradores, el sistema administrativo de facturación o solicitud de reembolso. Las líneas que expresan la regulación vinculan al gobierno con cada uno de los actores.

SEGUNDA PARTE

5.- Modelos de Organización del Sistema de Financiamiento y Prestación de Servicios de Salud.

Para hacer una evaluación de los diferentes modelos de financiamiento y formas de pagos se requiere utilizar una taxonomía útil, para una comparación de paradigmas de organización del sistema de financiamiento y modalidades de pago entre prestadores de servicios de salud e instituciones financiadoras.

Se consideran dos tipos básicos de financiamiento de la atención médica:

- 1) privado (voluntario)
- 2) y público (obligatorio),

y se distinguen cuatro formas de pago a los prestadores de servicios:

- 1) pago directo de bolsillo por parte de los consumidores sin seguro,
- 2) pago directo con reembolso por los seguros,
- 3) pago indirecto por parte de un tercer pagador mediante contratos,
- 4) pago indirecto por un tercer pagador bajo la modalidad de presupuesto o de salarios dentro de organizaciones integradas.

Al combinar la fuente de financiamiento y la forma de pago a los prestadores se observan:

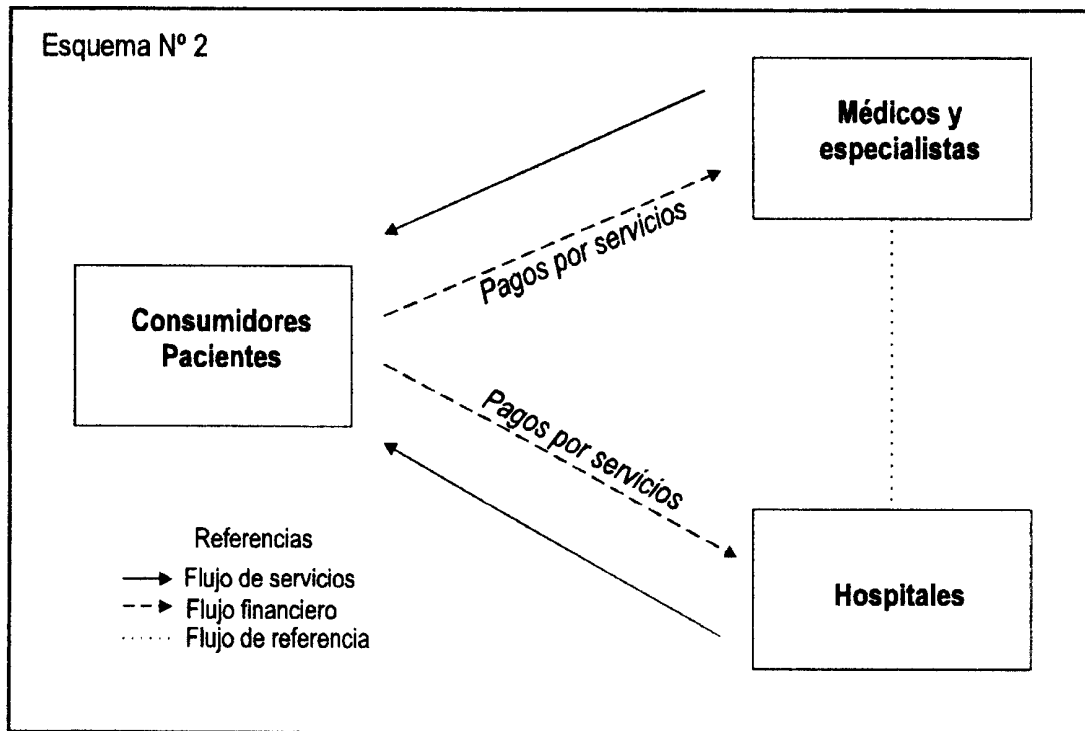
- 1) en el esquema privado: con pago de bolsillo, con reembolso a los pacientes, por contrato y con financiamiento privado dentro de organizaciones integradas.
- 2) en el esquema público: sólo las tres últimas formas de pago.

Modelo voluntario, out of pocket o financiamiento privado con pago de bolsillo

Este modelo representa la forma más simple de mercado privado de la salud. El pago de los pacientes a los prestadores es por servicio y el acceso depende del poder adquisitivo.

Aunque el consumidor será completamente consciente del costo y gozará de elección del proveedor, no resulta claro que la soberanía del consumidor prevalezca o que la competencia efectiva tome lugar. Esta situación se vincula con la asimetría de información (y conocimiento) entre pacientes y médicos, y con la posesión de un monopolio de poder colectivo por parte de éstos últimos. Es probable que el modelo resulte más satisfactorio para gastos de salud menores y de rutina.

En la mayor parte de los sistemas, este modelo sólo tiene un papel complementario, limitado al pago de medicamentos, a los copagos y, en algunos casos, al pago de consultas médicas.



Modelo de financiamiento con reembolso

En este modelo la relación es directa entre pacientes, prestadores y el pago de servicios. No existe conexión entre aseguradores y proveedores. El paciente paga directamente por los servicios de salud consumidos, y recibe un reembolso por parte de los aseguradores en función de la cobertura definida por su pólizas de seguro.

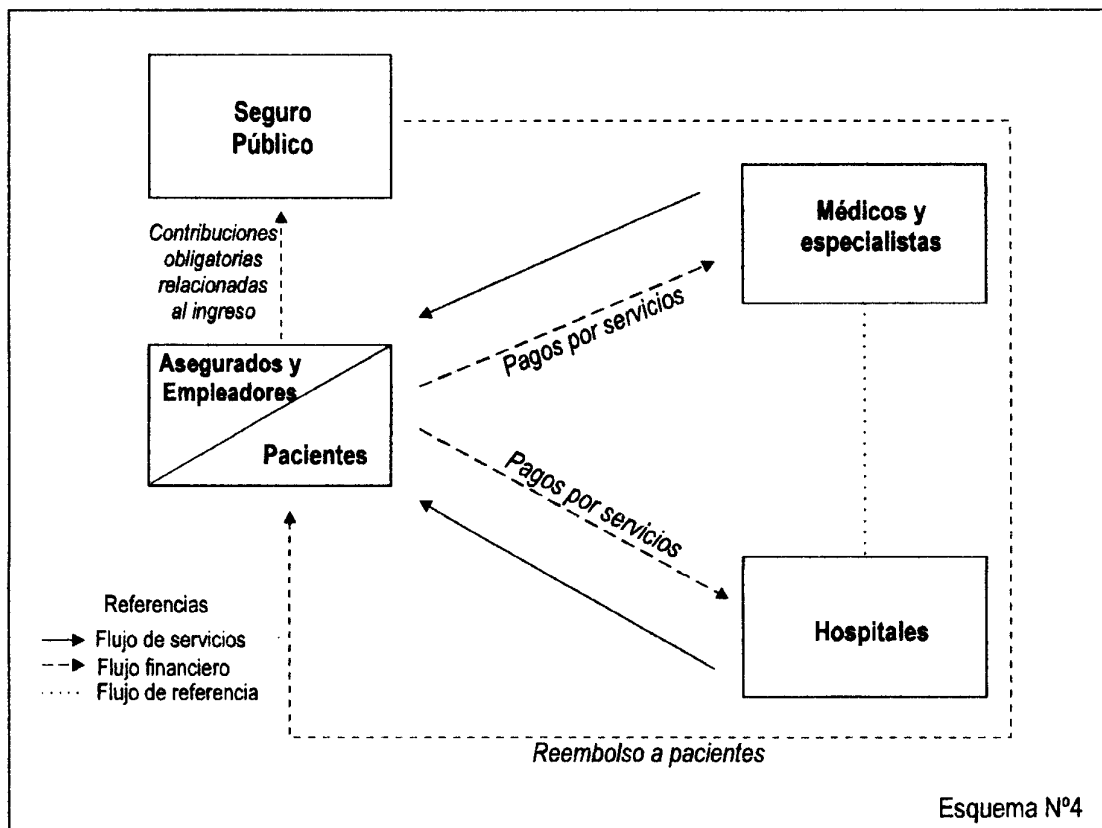
El sistema de seguro privado convencional, de tipo indemnizatorio, supone el reembolso a los pacientes por gastos de atención médica, en parte o totalmente, con interferencias mínimas en las transacciones médico-paciente.

Este sistema permite la constitución de un pool de riesgo, aunque como desventaja genera un aumento de costos por gastos administrativos.

Dos limitaciones son asociadas con este tipo de organización:

1) Cuando el consumidor está protegido por el seguro, no tiene incentivos para limitar su demanda. La competencia puede servir para estimular el volumen y la calidad de los servicios, aumentando sus precios. Por esta razón el modelo de reembolso está generalmente acompañado por modalidades de costos compartidos.

2) No existen mecanismos institucionales que contrarresten la desigualdad del sistema. La capacidad de pago regulará la accesibilidad del mismo. Los aseguradores



El Modelo voluntario por contrato

En este modelo la agencia aseguradora contrata las prestaciones de salud. En este caso el financiador (privado) es un agente independiente del agente prestador. Este modelo privado apunta a resolver los problemas relativos al costo de los servicios. Nos referimos de esta forma tanto a los costos prestacionales, como a los administrativos.

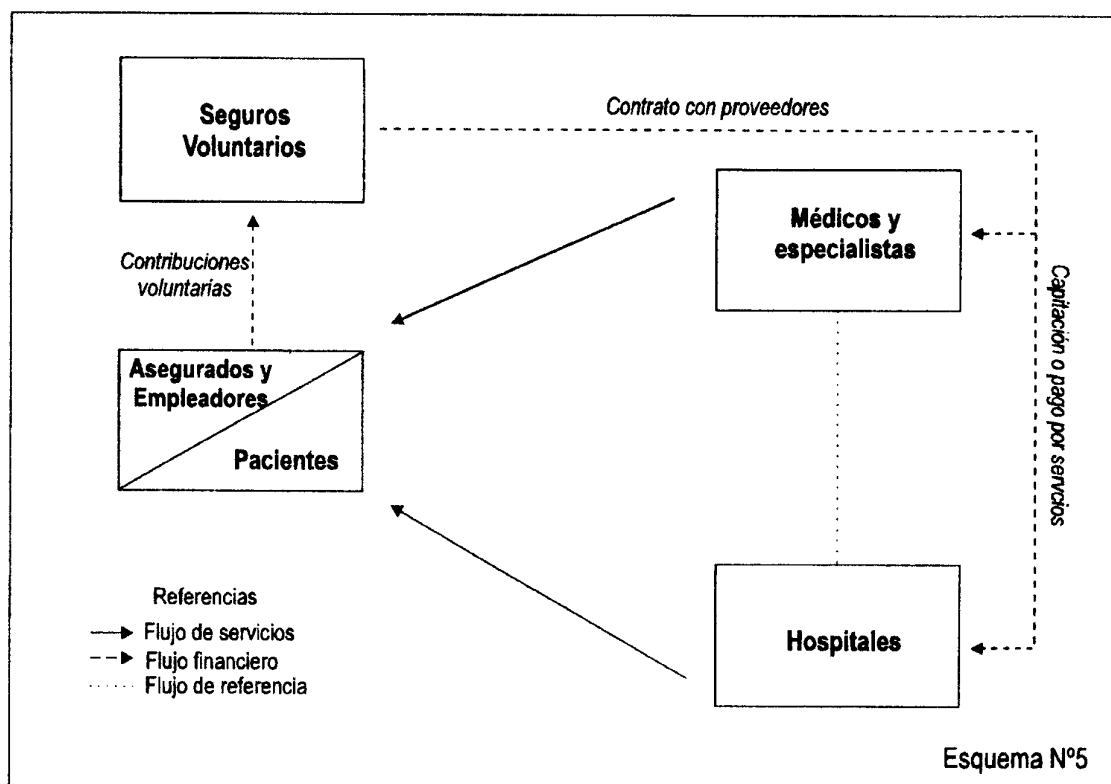
En este caso la competencia es conducida por los aseguradores más que por los consumidores individualmente.

En función a las mejores condiciones del asegurador para contratar servicios, se fortalece su capacidad de negociación en términos de precios y calidad. Al mismo tiempo, se potencia el uso racional de los recursos de atención a través del establecimiento de mecanismos de selección en la puerta de entrada del sistema.

La mayor contención de costos, asociada con una mejor utilización de recursos constituye el aporte producido por este modelo versus el anterior. Sin embargo en este caso no se eliminan los problemas de desigualdad ya comentados.

En términos generales, los esquemas de seguro de salud voluntarios tienen mayor potencial para lograr eficiencia económica macro (asignativa) y micro (productiva) que el seguro convencional. Esto es causa del poder de equilibrio (countervailing) ejercitado por los aseguradores y el rol del gatekeeper de los médicos de atención primaria. El sistema de seguro en manos de consumidores o aseguradores independientes y con

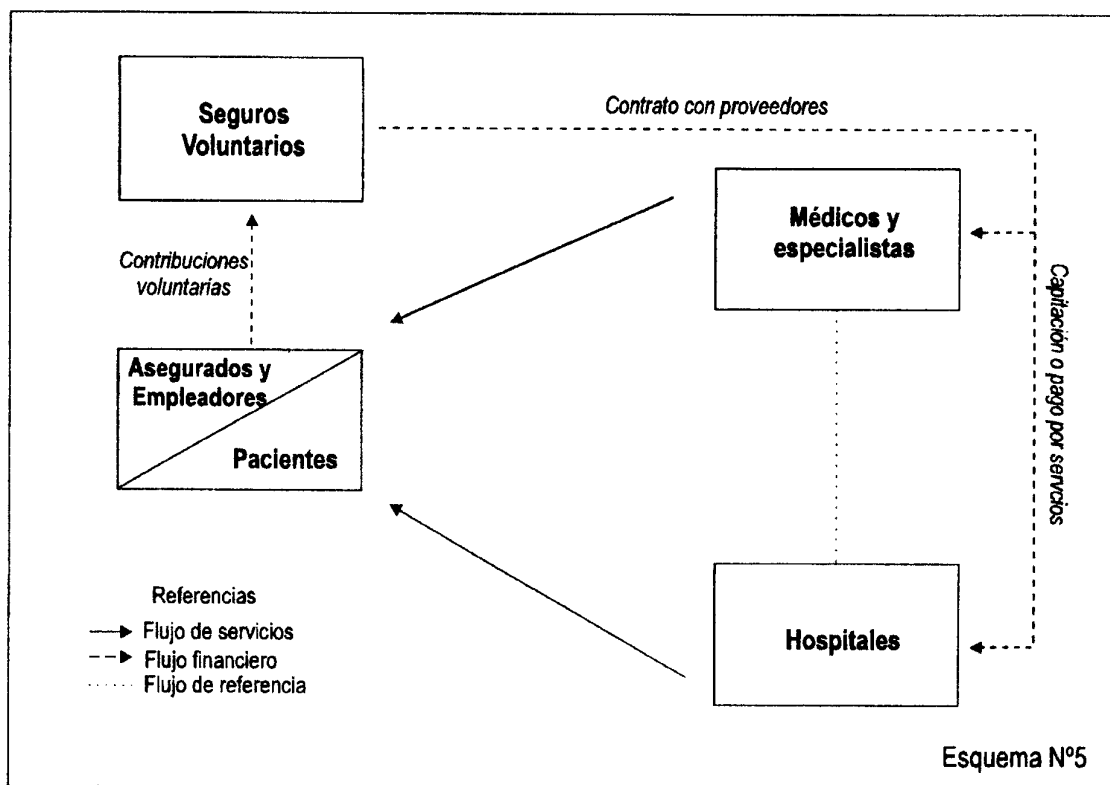
pagos por capitación a los médicos, puede producir mayores ahorros con menores pérdidas de calidad.



El modelo público de contrato, fue frecuentemente incorporado en Europa como esquemas de seguros de salud obligatorios. Este modelo se presenta en diferentes versiones. La fuente de financiamiento puede ser la imposición general más que las contribuciones. En vez de los "fondos de enfermedad" (u obras sociales) las terceras partes pueden ser los gobiernos centrales o locales.

Los principales rasgos de este modelo es que las terceras partes son públicas y que tienen relaciones contractuales con los proveedores. Esto significa que existe separación entre proveedores y financiadores. Es probable también que el método de pago a los proveedores sea, al menos en parte, relacionado con la carga de trabajo. Generalmente la negociación sobre honorarios y costos se produce entre asociaciones de fondos de enfermedad regionales o nacionales (o cuerpos del gobierno central) y proveedores bajo monopolio bilateral del otro lado. Cuando se combina con elección del proveedor por el paciente conduce a competencia por el consumidor sobre cantidad y calidad de servicios, pero no sobre precio.

El modelo público de contrato comparte muchas de las características de la versión voluntaria. Tiene capacidad para preservar la libertad de elección del proveedor por los consumidores, aunque esto depende del alcance de los contratos negociados por las terceras partes. Generalmente no ofrece libertad de elección del asegurador. La eficiencia macro-económica tiende a convertirse en responsabilidad del gobierno.

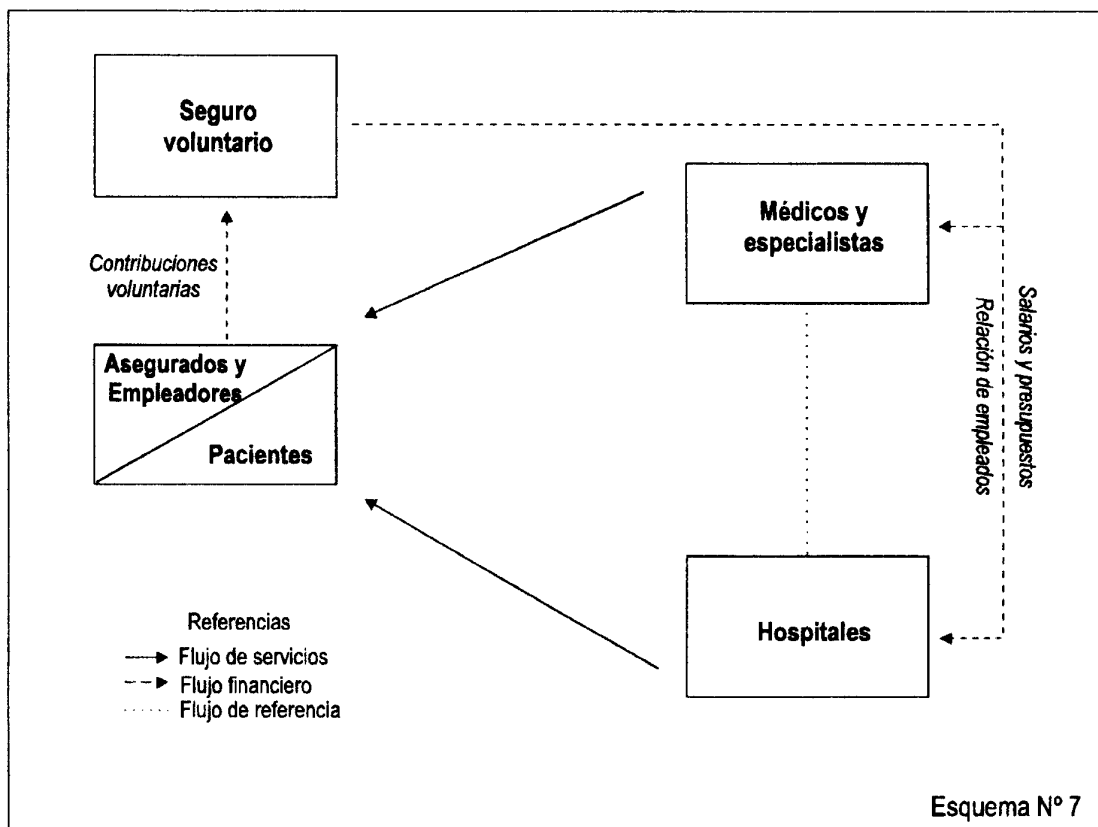


El modelo de financiamiento privado o público dentro de organizaciones integradas

Se definen por la integración vertical entre el asegurador y los prestadores, que a diferencia del modelo por contrato son empleados que reciben un salario o una contribución prospectiva.

El modelo voluntario integrado

En el desarrollo temprano de los mercados privados de atención médica europeos algunos grupos de consumidores así como algunos aseguradores encontraron preferible el empleo de médicos bajo salario en atención primaria y aún para servicios hospitalarios. Más tarde, este tipo de organización fue redescubierta en los EEUU y se conoció como el modelo de staff de las HMO.



El modelo integrado voluntario preserva la libertad de elección del asegurador a costa de la restricción en la elección de proveedor. Limita la autonomía de gestión de los médicos, aunque puede existir autonomía clínica. Posee un buen potencial para lograr eficiencia macro y micro económica porque hay incentivos de competencia, buenas oportunidades de gestión para la provisión de atención (a través de gatekeepers y el contrato de empleo) y perspectivas para realizar ahorros de administración en virtud de la integración vertical.

Aunque hay incentivos para el servicio, están contrabalanceados por la necesidad del asegurador de atraer y mantener al consumidor en un marco competitivo de seguro.

Es improbable que este modelo logre un nivel deseado de protección o equidad para grupos vulnerables. La compra del seguro dependerá de la capacidad de pagar y habrá incentivos para la selección de riesgo en un mercado competitivo.

El modelo público integrado.

La versión pública del modelo anteriormente descrito ha sido ampliamente adoptada en los esquemas obligatorios.

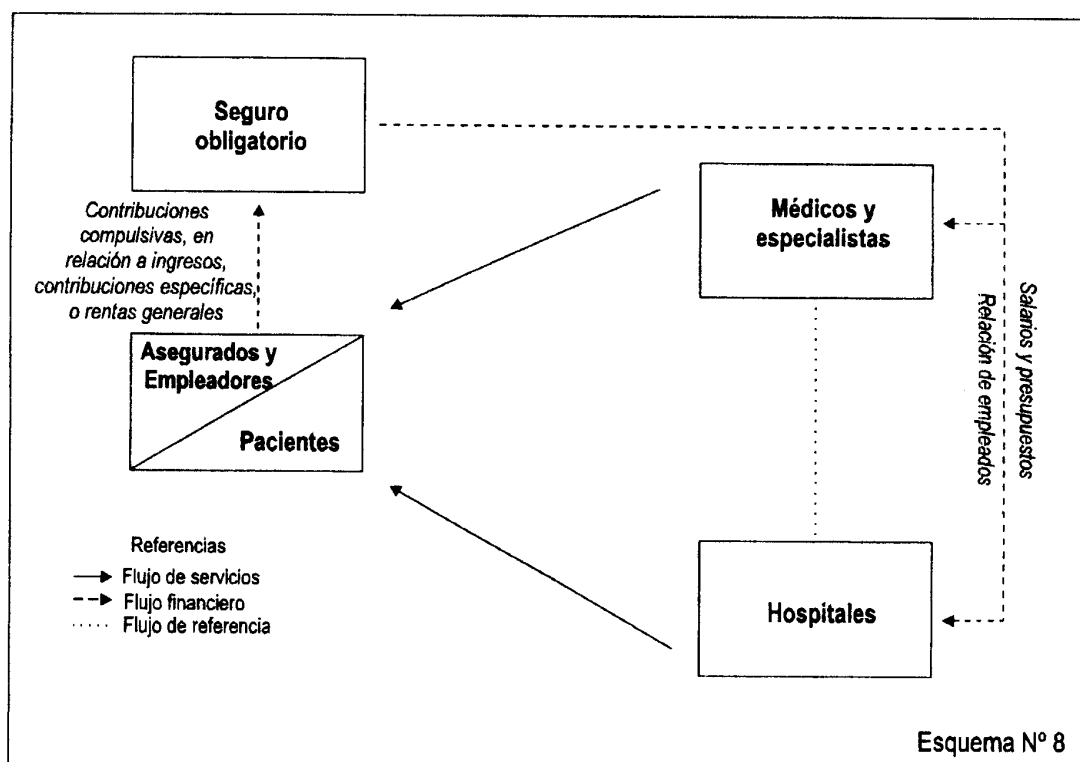
En el esquema público los prestadores son empleados del Estado o de la seguridad social, coincidiendo en gran medida la figura del asegurador y la del prestador.

El tercer pagador se organiza a través de Instituciones públicas, ya sean gobiernos centrales o locales. La fuente de financiamiento es a través de contribuciones

obligatorias, relacionadas con el ingreso, a menudo a través de imposición general, y pagos a los proveedores por salario y presupuestos prespectivos.

Aquí el gobierno es la vez el principal asegurador y el principal proveedor. En general, los consumidores no tienen elección de asegurador dentro del esquema público. En la versión pura del modelo es probable que también esté limitada su elección del proveedor.

Comparada con la versión voluntaria del modelo integrado, el incentivo para la subprestación no está contrabalanceada por la necesidad de la tercera parte de mantener al asegurado como cliente.



En este caso, el dinero no sigue al paciente cuando los proveedores son pagados con salarios y presupuestos globales. Esto significa que los incentivos para los proveedores son perversos, ya que aquellos que son eficientes, son recompensados con más trabajo, pero no con recursos incrementados. Los proveedores ineficientes, son recompensados con menos trabajo y recursos ociosos. Las colas por servicio son frecuentes, y los pacientes tienden a convertirse en usuarios agradecidos, más que en clientes dotados de poder de elección. Por otro lado, no existen incentivos para los proveedores para minimizar los costos unitarios.

La eficiencia macro económica se convierte en responsabilidad del gobierno y en razón de la naturaleza integrada del modelo es relativamente fácil para éste controlar el total del gasto en salud en el nivel deseado.

Es probable que el modelo integrado sea capaz de lograr mayores economías administrativas en comparación con el modelo por contrato. Dado que se supone

obligatorio por parte de este modelo lograr cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

En cada uno de los sistemas de salud se reconoce una combinación entre los diferentes sistemas, con predominio o hegemonía en el funcionamiento de alguno de ellos.

TERCERA PARTE

6.- Estructura de incentivos y Mecanismos de pago

El análisis de las relaciones contractuales entre comprador de servicios de salud y prestador nos enfrenta al problema de la definición del servicio de salud como producto o output. Como se ha planteado anteriormente el consumidor juega un papel diferente al que le toca desempeñar en otros mercados.

Es necesario plantear con claridad los efectos sobre incentivos que tienen los distintos mecanismos de pago y las potenciales ventajas y desventajas que se presentan.

Uno de los criterios generales de clasificación de las modalidades de financiamiento se asocia a la definición del momento de la liquidación. De esta forma nos encontramos con dos grandes formas alternativas puras:

1. Pagos retrospectos o de recuperación de costos y
2. Pagos prospectivos.

Mientras en el primer caso la estimación del financiamiento se calcula un vez realizada la prestación, en los pagos prospectivos se predetermina parámetros de asignación con anterioridad a la producción de los servicios de salud.

El sistema de reembolso de costos sufre como desventajas:

- La inexistencia de incentivos que promuevan por parte del prestador una producción eficiente de los servicios intermedios. De esta forma nos referimos a la eficiencia productiva.
- La inexistencia de incentivos que alienten la prestación de la cantidad e intensidad de aquellas prestaciones socialmente óptimas. Este punto hace referencia a la eficiencia asignativa, lo que significa que no incentiva mejores mezclas de producción.

En términos de ventajas se puede mencionar que:

- No genera incentivos a la selección de riesgo por parte del prestador, ya que éste recuperará los costos correspondiente a las prestaciones requeridas para atender la patología presentada por el paciente.
- No crea incentivos de subprestación.

En este modelo el médico goza de mayor discrecionalidad en su perfil prestacional vinculado tanto a la realización del diagnóstico como al mismo tratamiento.

Los sistemas de pago prospectivos comparten la característica de generar incentivos para minimizar costos en la producción de los servicios utilizados. Sin embargo se requiere en este caso especificar las características de las alternativas más relevantes para identificar con mejor precisión sus diferencias.

Las siguientes modalidades constituyen sólo algunas de las formas más utilizadas:

- *Pagos por Servicios:* con este método el pagador y el prestador convienen un precio para cada servicio y el pagador transfiere los recursos según la cantidad de servicios prestados. Tiene como ventaja que incentiva incrementos en la producción, aunque para tratamientos iguales en efectividad tiende a preferir aquel de mayor número de acciones de salud. Este sistema generalmente hace descargar el riesgo económico en el pagador, ofreciendo una alta autonomía y arbitrariedad de la unidad prestadora.
- *Pagos asociados a Diagnóstico:* En este caso la tarifa corresponde al costo del conjunto de las prestaciones necesarias para la atención de una determinada patología. Se paga un costo estándar por tratamiento otorgado a un paciente frente a una patología dada. La principal ventaja es que traslada el riesgo de los costos derivados al prestador, incentivando contener los gastos, insumos y servicios intermedios utilizados. De esta forma, en algunos casos se buscarán mejores mezclas de servicios por tratamientos, o en otra situación, cuando la metodología de cálculo utilizada ha permitido un detalle analítico de las prácticas asociadas al tratamiento de cada patología, se define un patrón de normas de calidad, permitiendo protocolizar la atención.
- *Capitación:* comprende un pago fijo por cada persona beneficiaria del sistema de cobertura. Este sistema es empleado generalmente como modalidad de pago en las prestaciones de atención primaria, en el pago a los médicos generalistas o de familia a cargo de un número determinado de personas. Esta modalidad si bien alienta una contención de costos por parte del prestador, pudiendo incluso incentivar la búsqueda de tratamientos más costos efectivos, tiene como principal desventaja que puede alentar situaciones de subprestación por lo que requiere de usuarios más educados y más activos. En esta metodología el riesgo económico queda trasladado al prestador.
- *Presupuestos Fijos Globales:* son presupuestos operativos generales establecidos con antelación, diseñados para proporcionar un tope de gastos pero permitiendo (en general) flexibilidad en el uso de los fondos dentro de este límite. Su base de cálculo está determinada por las transferencias

históricas. Tienen como principal desventaja que a medida que pasan los años, la cantidad de recursos no guarda relación con variaciones relevantes de costos o de nivel de producto. Es muy probable que en las negociaciones para su definición, intervengan otros intereses. Con este mecanismo no existe la posibilidad de que el personal del hospital se apropie de algún tipo de compensación o estímulo, ya que los controles con respecto al uso de los recursos son escasos y los incentivos llevarían a prestar muy pocos servicios. Generalmente perpetua ineficiencias e inequitativas, manteniendo una concepción factorial en el financiamiento hospitalario. Este método es el más utilizado por las provincias para transferir recursos debido a su simplicidad operativa. Como ventaja podemos mencionar que no genera incentivos a la selección del riesgo.

- *Presupuesto asociado a compromiso de gestión o ajustados al cumplimiento de metas de producción o productividad:* Generalmente se negocian entre el pagador y el prestador sobre una o más variables, comprometiéndose para que alcancen un determinado valor en el siguiente período. Los incentivos que genera el sistema dependerán en primer lugar del sistema de premios y castigos que pueda aplicar el pagador, lo cual debe ser factible de ser implementado efectivamente. Otro de los factores condicionantes será la definición de las variables sobre la cual se negocia. Esta deberá ser perfectamente observable, siendo fundamental que mida de la manera más precisa el nivel de producción del prestador.

En realidad la práctica demuestra que las alternativas observables generalmente muestran combinaciones de las opciones desarrolladas anteriormente.

Bibliografía

Musgrove Philip. Cost-Effectiveness and Health Sector Reform, Prepared for the Seminar on Health Sector Reform in Latin América, Buenos Aires, March 1994.

Musgrove Philip. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns, Human Development Department, mimeo, april 23 1996.

Evans, R.G. "Integración vertical incompleta: la particular estructura de la industria de atención médica", Health, Economics and Health Economics. 1981.

OECD, The reform of Health Care. A comparative Analysisi of Seven OECD Countries Heath Policy Studies n° 2, Paris, OECD, 1992.

Evaluación de Cambios Recientes en la Financiación de los Servicios de Salud. OMS, Serie de Informes Técnicos. 829.

Hsiao, William C. "Economía anormal en el sector Salud".