



Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS
Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe
México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999

EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:
RAZONES DE EFICIENCIA PARA LA EXTENSIÓN
DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

PRESENTACIÓN

Existe un consenso en las Américas sobre la creciente importancia y tamaño de la población no cubierta por las prestaciones de salud de la seguridad social, principalmente en el sector informal urbano y rural. En ciertos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta el número de personas protegidas como las contingencias cubiertas.

En virtud de esta situación y en conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se proponen llevar adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud para la población excluida, que sean efectivas, sostenibles y basadas en la evidencia.

La OIT, por medio del Departamento de la Seguridad Social y su programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza (STEP) y de su Oficina Regional para las Américas y el Caribe, y la OPS llevaron a cabo los siguientes estudios:

- (i) Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe;
- (ii) Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe;
- (iii) El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud;
- (iv) Síntesis de estudios de caso de microseguros y de otras modalidades de extensión de la protección social en América Latina y el Caribe.

Estos estudios servirán de base a los trabajos de la reunión de México (29 de noviembre - 1 de diciembre de 1999), reunión que constituye el punto de partida de esta iniciativa.

Asimismo, la OIT y la OPS han preparado un documento que expone su posición frente el tema de la extensión de la protección social en salud para los excluidos en América Latina y el Caribe.

El presente informe “El gasto de bolsillo en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud”, intenta contribuir a la reflexión sobre el papel del gasto de bolsillo en la región.

El objetivo principal de este análisis es fundamentar los argumentos de eficiencia que justifiquen el esfuerzo de extender la cobertura de protección social en salud resultaría en un mejoramiento de la asignación y uso del gasto de bolsillo en salud.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	I
RESUMEN EJECUTIVO	V
I. INTRODUCCIÓN	1
II. CARACTERIZACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y SUS CAUSAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	3
1. LA DEFINICIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO	3
2. COBERTURA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, LOS SUBSIDIOS IMPLÍCITOS Y EL GASTO DE BOLSILLO EN LA REGIÓN	5
3. IMPACTO DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD PARA LAS FAMILIAS. MAGNITUD DEL PROBLEMA EN LA REGIÓN	7
III. ARGUMENTOS DE EFICIENCIA QUE JUSTIFICAN EXPERIENCIAS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA, PARTICULARMENTE SEGUROS VERSUS GASTO DE BOLSILLO	12
IV. RAZONES DE EFICIENCIA DERIVADAS DE LA TEORÍA CLÁSICA DE SEGUROS	14
V. RAZONES DE EFICIENCIA DERIVADAS DE LA AGRUPACIÓN DE PERSONAS Y ORGANIZACIÓN DEL GASTO/CONTRIBUCIÓN	16
1. EL NIVEL DE DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO Y SU EFECTO EN LA MAYOR PREDICTIBILIDAD DE GASTO	16
2. LA DISMINUCIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LA DEMANDA Y EL EFECTO EN LA MAYOR ESTABILIDAD DE INGRESOS PARA LOS PRESTADORES Y LA VIABILIDAD DE OFERTA SUFICIENTE	17
3. EL EFECTO DEL TAMAÑO DEL GRUPO EN MEJORAR LA CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN CON LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD RESPECTO A PRECIO, CALIDAD Y OPORTUNIDAD	18

4. DISMINUCIÓN DEL COSTO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL GRUPO Y PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS	18
VI. LA EFICIENCIA DERIVADA DE ORGANIZAR LOS SUBSIDIOS IMPLÍCITOS A LOS TRABAJADORES "INFORMALES"	20
VII. LOS DESAFÍOS DE LA ORGANIZACIÓN DEL GASTO DEL BOLSILLO PARA EL AUMENTO DE COBERTURA	22
1. EL "RIESGO MORAL" Y EL ROL DEL COPAGO	22
2. EL PAQUETE DE BENEFICIOS: ¿UN ROL POTENCIAL ADICIONAL PARA EL COPAGO?	24
3. ALGUNAS ÁREAS DE INVESTIGACIÓN NECESARIAS	25
BIBLIOGRAFÍA	27

Índice de figuras

Figura 1: Cobertura en salud de la población	7
Figura 2: Gasto de los hogares como porcentaje del gasto nacional en salud	8
Figura 3: Porcentaje del gasto directo de los hogares en el gasto total en salud en algunos países de la OECD	9
Figura 4: Peso relativo del gasto privado en salud en diferentes países ordenados según PIB per capita en US\$	10

RESUMEN EJECUTIVO

La introducción de mecanismos y esfuerzos para la extensión de cobertura de protección social en salud para los grupos marginados no sólo se justifica sobre bases de equidad sino que existen bases de eficiencia del gasto en salud que también soportan la necesidad de dicho esfuerzo. Como se analiza en este documento, el alto gasto de bolsillo de los hogares así como la existencia de subsidios públicos implícitos no focalizados u organizados, es también un importante problema por cuanto significa una pérdida de eficiencia en la utilización del financiamiento en salud a nivel sistémico.

Los principales efectos sobre la eficiencia, se pueden dividir en dos grupos. El primero de ellos, resulta del impacto directo de la falta total o parcial del seguro y tiene que ver con la pérdida de bienestar social que conlleva la ausencia de seguros óptimos. El segundo, cuya magnitud es mucho menos conocida, se origina en los mecanismos que utilizan las personas para compensar la falta de seguros, las cuales pueden ser prácticas aceptadas, como el uso indiscriminado de servicios de urgencia o bien prácticas ilegales como la suplantación del beneficiario del sistema. Estos dos efectos se traducen en la práctica en pérdidas de eficiencia derivadas del alto gasto de bolsillo y pérdidas de eficiencia derivadas de subsidios públicos implícitos no organizados.

El diagnóstico del problema requiere información precisa para determinar el gasto de bolsillo.

En este documento hemos optado por realizar una clasificación que permita clarificar los distintos conceptos existentes tras el rótulo de gasto de bolsillo. Para ello, hemos distinguido tres tipos de gasto de bolsillo: el pago de bolsillo puro, las contribuciones de los usuarios y el copago.

Desgraciadamente, la gran mayoría de la información disponible respecto a gasto en salud en la región incluye generalmente la compra de seguros privados y las distintas formas de gasto de bolsillo en la categoría de gasto “de los hogares en salud”. Por esta razón, las cifras de gasto de bolsillo contenidas en las encuestas de gasto familiar en salud, deben ser analizadas tomando en cuenta esta precaución.

La falta de cobertura previsional y por tanto el alto gasto de bolsillo es una realidad en América Latina

Pese a la intención de los gobiernos latinoamericanos de garantizar acceso universal a la salud de la población, un número significativo de personas (aproximadamente el 20%), no tiene acceso a atención médica. La dificultad de acceso de estos grupos obedece adicionalmente a la falta de oferta y de recursos, a factores culturales - grupos indígenas que en gran medida recurren a medicina tradicional-, inaccesibilidad económica, geográfica -comunidades principalmente rurales alejadas de los centros de atención-, y restricciones funcionales.

Otro grupo excluido de la población corresponde a los trabajadores informales de bajas rentas. La importancia de distinguir a este grupo se debe a que la mayor parte de estos trabajadores no están asegurados, por lo que no obtienen cobertura de salud, aun cuando en algunos países pueden optar por seguros formales en el sector público o privado. En Chile, por ejemplo, alrededor del 12%¹ de este segmento de la población, pudiendo hacerlo, no adquieren un seguro de salud. Estos trabajadores, con frecuencia, acceden a servicios de salud en establecimientos públicos en calidad de indigentes, práctica que es posible realizar debido a la incapacidad de los sistemas de distinguir entre usuarios efectivamente carentes de recursos y quienes no lo son. Así, este grupo recibe servicios subsidiados, pudiendo realizar aportes en términos de cotizaciones, para el financiamiento, al menos de parte de sus requerimientos de salud.

Por último, los trabajadores informales de altas rentas, acceden a seguros privados de cobertura incompleta. El grado de cobertura al que acceden, varía en función al costo del plan, esto es, la prima del seguro es creciente a medida que aumenta la bonificación o cobertura. No obstante, los seguros privados no ofrecen cobertura total. En efecto, normalmente los planes de salud privados contemplan algunos mecanismos que limitan el riesgo financiero para el asegurador, los cuales toman la forma de copagos para algunas prestaciones que se combinan con topes máximos de beneficios y con deducibles.

En América Latina el gasto de bolsillo constituye la fuente más importante de financiamiento del sector salud.

Múltiples factores contribuyen a explicar la falta de adhesión a los seguros

Un primer elemento que explica la falta de seguro, es el comportamiento oportunista. Existe evidencia importante de que estos grupos acceden a servicios en establecimientos públicos de salud bajo la categoría de indigentes (FONASA en Chile, 1998). Lo anterior, no incentiva la contratación de seguros que impliquen pagar por lo que puede obtenerse sin costo.

Otro de los motivos que determinan la marginación de estos grupos a esquemas formales de cobertura de salud, viene dado por limitaciones impuestas por la oferta. Al respecto, un problema que enfrentan los aseguradores, tiene que ver con la dificultad de precisar el valor de la prima a cobrar a estos grupos de la población, que por lo general, poseen estructuras de rentas variables. Esto hace que el precio estimado de la prima esté muy por encima de lo que costaría si estos individuos pertenecieran a grupos que afilian.

Un tercer elemento, lo constituyen los mayores costos de transacción asociados a la administración de carteras compuestas por trabajadores informales, debido al aumento de la desafiliación y, posterior reintegro, en función a la temporalidad de sus ingresos. Adicionalmente a lo anterior, la inestabilidad de ingresos, aumenta los costos de

¹ Estimación propia en base a Boletines de la Superintendencia de ISAPRE, de FONASA y de AFP y proyecciones de población por sexo y edad total país 1950 – 2050 INE (1995)

transacción por la vía de incrementar esfuerzo que deben realizar los aseguradores para el cobro de las primas, situación que, en última instancia, se refleja en un aumento de la morosidad de la cartera.

Los aseguradores, como una forma de protegerse frente a los mayores costos de administración y riesgo asociado a estos grupos de la población, aumentan las primas de los planes.

Los costos de la falta de cobertura y las estrategias para reducirlos

La marginación de los trabajadores informales se traduce en costos sociales e ineficiencias en la asignación de los subsidios. En primer término, se tiene que la excesiva utilización de los servicios de urgencia, que se caracterizan por ser más caros genera un mayor costo en salud con relación al de una atención adecuada. Adicionalmente, la marginación se traduce en el uso de servicios por la vía de suplantación de personas. Por este mecanismo, un individuo no asegurado utiliza los servicios simulando ser un beneficiario. Lo anterior, se traduce en subsidios indeseados, ya que no siguen criterios de eficiencia ni equidad.

Las posibles soluciones a este problema, pasan en primer lugar, por implementar medidas que permitan reducir los factores que producen el encarecimiento de la prima de riesgos asociados a estos grupos. Esto es, reducir los incentivos para el comportamiento oportunista, lo cual se facilita en la medida que existan mecanismos de cobertura gratuita por la vía de la urgencia. La simulación de ser asegurado se puede atacar mejorando los controles para que no permitan el acceso de personas sin derechos a la cobertura establecida para los asegurados y los costos asociados a la evasión de cotizaciones y a la administración.

En este sentido, una manera plausible de reducir los componentes señalados, es a través de políticas que promuevan la afiliación colectiva de este segmento de la población a seguros de salud. Ello por cuanto, la contratación de seguros en forma colectiva, permite reducir, tanto, el riesgo de comportamientos oportunistas como los costos asociados a la administración en cuanto al esfuerzo de recaudación, lo cual tendría por consecuencia una reducción de la prima a cobrar.

El uso del gasto de bolsillo (copagos) para la definición del paquete de beneficios

La búsqueda de la eficiencia en la asignación de los recursos basada en medidas que actúen sobre la demanda, como es la utilización de copagos, han sido insuficientes para lograr los objetivos de contener la escalada costos en el sector. Cualquier plan de seguro público o privado, debe determinar los servicios a cubrir y en qué proporción. El diseño de una estructura de copagos óptima o adecuada no es trivial, por cuanto una incorrecta definición puede introducir importantes problemas en la asignación de los recursos y pérdidas de bienestar para las personas.

Uno de los aspectos más controvertidos sobre la incorporación de copagos, dice relación con que su uso no se traduzca en limitar el acceso a prestaciones que son

indispensables en la recuperación del estado de salud, lo cual es un grave riesgo, especialmente en las poblaciones de menores ingresos.

Una práctica frecuente de uso de copagos afecta a los “eventos catastróficos”, que suelen quedar fuera de las coberturas de los seguros de salud. En virtud de lo anterior, existen numerosos ejemplos prácticos que avalan la necesidad de complementar la estructura de copagos porcentuales con la obligación de establecer en los esquemas de seguros, principalmente privados, topes máximos de gasto aportado por los usuarios a partir del cual operaría un esquema libre de pago.

A pesar de lo anterior, existe una razón adicional que avala el uso adecuado de copagos. La evidencia muestra que es políticamente muy difícil excluir prestaciones de salud de los Planes de salud (público o privado). Sin embargo una alternativa es no excluir, sino excepcionalmente, ninguna prestación y utilizar el copago como herramienta de priorización de las coberturas en cada seguro a través de su diferenciación por intervención.

Las ganancias en eficiencia que se derivan de una mejor organización del gasto de bolsillo de las personas

Desde la perspectiva teórica, se puede concluir que el gasto de bolsillo podría ser un factor de mejoramiento de la eficiencia del gasto en salud, en los siguientes ámbitos:

1. *Ganancias de eficiencia en el gasto de los individuos basado en los argumentos que derivan de la teoría clásica de seguros*, que se justifica por la naturaleza aleatoria de los episodios de enfermedad y el riesgo financiero que surge a partir de los gastos asociados a la satisfacción de la demanda por servicios de salud. La evidencia disponible respecto de que los segmentos poblacionales más pobres tienen una mayor elasticidad precio-demanda por servicios de salud, lleva a concluir que la separación de la contribución - consumo que permiten los esquemas de aseguramiento, también se traducirá en un consumo más adecuado de servicios de salud, en comparación con el modelo en el cual estos usuarios deben afrontar directamente todo el costo de la prestación al momento de ser requerido.
2. *Eficiencia derivadas de la agrupación de personas y organización del gasto/contribución*, esto permite generar ganancias por economías de escala, dado por la posibilidad de disminuir la incertidumbre individual en la predicción del gasto futuro y por lo tanto es posible reducir el costo de la prima². Un segundo beneficio se deriva del hecho de que al poderse asegurar un flujo financiero estable para comprar servicios de salud se reduce la incertidumbre de los prestadores, haciendo más atractivo comprometer una oferta de prestaciones

² La existencia de esquemas de seguros muy pequeños, donde el factor que determina la varianza del gasto futuro puede ser muy importante, podría anular este beneficio, ya sea porque la prima que debiera pagarse sea muy elevada para obtener cobertura integral o porque el paquete posible de ofrecer para lograr una “prima pagable” sea poco atractivo

estable. Adicionalmente la asociación aumenta la capacidad de negociación del grupo con los prestadores en términos de precio, oportunidad y calidad.

3. *Eficiencia derivada de organizar los subsidios implícitos a los trabajadores informales*, que usufructúan de los beneficios estatales dirigidos a los indigentes y más pobres. La marginación de ciertos grupos de trabajadores de los esquemas formales de cobertura de salud, que lleva a que ellos no aporten la cotización obligatoria a estos sistemas, podría reducirse en estas experiencias. Esta condición solamente es posible si el sistema de aseguramiento está de algún modo integrado al resto del sistema evitando la duplicación de subsidios.

Un desafío que surge a partir de este análisis teórico, es la necesidad de un mayor estudio y verificación de los supuestos esbozados, por lo cual, el documento presenta una agenda de futuros campos de investigación.

EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZONES DE EFICIENCIA PARA LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD³

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que enfrenta el sector en el ámbito mundial es la falta de financiamiento existente para cubrir necesidades básicas de salud. Esto es especialmente cierto en el caso de los países más pobres de la región, pero también lo es para los sectores informales y marginales de las economías de ingresos medios de los países latinoamericanos. Es evidente, como lo reflejan las políticas públicas de todos los países de la región, que por razones de equidad es necesario incrementar los esfuerzos y los recursos destinados a la protección social de los sectores más pobres de la economía. Sin embargo, la introducción de mecanismos y esfuerzos para la extensión de cobertura de protección social en salud para dichos segmentos de población no sólo se justifica sobre bases de equidad sino que existen bases de eficiencia del gasto en salud que también soportan la necesidad de dicho esfuerzo. Como se analiza en este documento conceptual, el alto gasto de bolsillo de los hogares así como la existencia de subsidios públicos implícitos no focalizados u organizados, es también un importante problema por cuanto significa una pérdida de eficiencia del sistema en su conjunto, en la utilización de financiamiento en salud.

Las razones de equidad para los esfuerzos de extensión de la protección social en salud están siendo analizadas con detenimiento en documentos de trabajo elaborados en paralelo a este documento. Por esta razón, y con el objetivo de contribuir a la elaboración del marco teórico de apoyo a la justificación de los esfuerzos conjuntos OIT-OPS para la expansión de la cobertura de protección social en salud en la región, este documento se concentra fundamentalmente en el análisis de los argumentos de eficiencia que justifican también dicho esfuerzo.

Los principales efectos sobre la eficiencia, se pueden dividir en dos grupos. El primero de ellos, resulta del impacto directo de la falta total o parcial de seguro o de otros mecanismos de protección social y tiene que ver con la pérdida de bienestar social que conlleva la ausencia de mecanismos de aseguramiento óptimos, que es donde se concentra fundamentalmente este documento. Existe sin embargo un segundo grupo cuya magnitud es mucho menos conocida, que se origina en mecanismos que utilizan las personas para compensar la falta de seguros, los que van desde prácticas aceptadas, como el uso indiscriminado de servicios de urgencia (como indigentes) hasta prácticas ilegales como la suplantación del beneficiario del sistema para usufructuar de sus beneficios. Estos dos efectos se traducen en pérdidas de eficiencia

³ El presente documento ha sido elaborado bajo la dirección y supervisión de la OIT y la OPS/OMS. Por parte de la OIT participó el Departamento de Seguridad Social, su Programa STEP, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe, así como las Oficinas para la OIT en Lima y Santiago. Por parte de la OPS participó la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Los consultores Cristian Baeza MD, MPH, MSc, Marcela Cabezas, Economista, MA, MPH y César Oyarzo, Economista en Salud, MA; del Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), tuvieron a su cargo el estudio correspondiente.

desde el punto de vista individual, derivadas del alto gasto de bolsillo y pérdidas de eficiencia del sistema en su conjunto, derivadas de subsidios públicos implícitos no organizados.

El documento está organizado en 8 capítulos con sus correspondientes secciones. El primer capítulo es la introducción. El segundo capítulo analiza el problema de la definición del gasto de bolsillo, así como de su cuantificación y la evidencia actual respecto a la magnitud del problema. El tercer capítulo explicita brevemente las áreas de ganancia de eficiencia para que los capítulos 4 y 5 analicen la justificación de eficiencia desde la teoría económica de seguros y desde las potenciales ganancias de eficiencia causadas por la organización del gasto de bolsillo en "pools" que comparten riesgos y recursos; pudiendo tomar la forma de un microseguro o de otro mecanismo alternativo de extensión de cobertura de protección social en salud. El sexto capítulo analiza el problema de los subsidios implícitos a trabajadores informales y el espacio potencial para ganancias de eficiencia del sistema de salud al organizar su contribución. Hasta este último capítulo se argumentan los aspectos positivos y las ganancias que tiene cualquier fórmula de expansión de cobertura. En el séptimo capítulo se analizan algunos de los desafíos que enfrentan las fórmulas de cobertura, en particular el potencial efecto negativo (el "riesgo moral") y el rol del copago tanto en este problema como en la discusión respecto a explicitación de paquetes de beneficio en la seguridad social en salud. El capítulo final está dedicado a la proposición de algunos aspectos de agenda de investigación futura que parecen urgentes como parte de la discusión respecto a la eficiencia de diversas formas de extensión de cobertura de la protección social en salud en la región.

II. CARACTERIZACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y SUS CAUSAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. La definición del gasto de bolsillo

Para proveer los bienes y servicios de salud, se utiliza una mezcla de cuatro fuentes de financiamiento: (i) impuestos generales; (ii) contribuciones obligatorias para seguridad social (pública y/o privada); (iii) contribuciones voluntarias a esquemas de aseguramiento privado formal o informal; y (iv) pagos directos de bolsillo.

Con el fin de facilitar la comprensión del término gasto de bolsillo, hemos optado por realizar una clasificación que permita identificar los distintos componentes que conviven tras el rótulo de gasto de bolsillo.

El primero de ellos dice relación con la forma tradicional de pago privado por servicios ofrecidos en forma privada, a lo que hemos llamado **“pagos de bolsillo puros”** o “pagos directos” que financian el 100% del precio de la prestación al momento de requerir atención de salud. Un ejemplo típico son los tradicionales pagos realizados por la compra de medicamentos y que no están relacionados con algún mecanismo de seguro.

Una segunda forma de gasto de bolsillo, corresponde a los pagos realizados como contribución adicional (formal o informal) al momento de utilización de servicios públicos financiados -por lo general- vía impuestos generales. Este grupo de clasificación tiene su más fiel representante en los típicos “pagos de los usuarios” en hospitales en muchos países de la región, en los que los servicios públicos de salud poseen, en general, financiamiento vía arcas fiscales y donaciones externas. Dentro de este modelo, los “user fees” son establecidos como una forma de captura de fondos para los sistemas públicos fuertemente desfinanciados y en los que las donaciones representan una importante fracción del financiamiento. Este gasto del bolsillo que sólo cubre parcialmente el costo/precio del servicio, tiene como objetivo el incrementar el financiamiento del sistema y no actuar como contenedor de los riesgos de seguro que se mencionan en el próximo caso.

Una tercera clasificación es la de aquellos desembolsos realizados por los afiliados a algún sistema de aseguramiento –público o privado–, que buscan compartir los riesgos financieros del gasto en salud con el afiliado. Ejemplos típicos son los copagos y los deducibles. Al menos teóricamente, como se verá más adelante, el principal objetivo de este tipo de mecanismos es contrarrestar problemas propios de los sistemas de seguro como es el riesgo Moral⁴. También tienen efectos para evitar el crecimiento de los costos asociados a demanda innecesaria por prestaciones de salud (sofisticación tecnológica innecesaria, exámenes y pruebas diagnósticas no justificadas, uso de

⁴ Riesgo moral se refiere al comportamiento de los individuos asegurados que asumen conductas más riesgosas dado que ya están protegidos (pe: en salud, no se realizan controles preventivos, no cuidan su salud y por lo tanto aumentan las probabilidades de que se enfermen).

medicamentos de alto costo a pesar de existir sustitutos genéricos de menor precio, etc.).

Desgraciadamente la mayoría de la información disponible respecto a gasto en salud en la región incluye la compra de seguros privados y las distintas formas de gasto de bolsillo en una sola categoría: "gasto privado de los hogares en salud". Las cifras de gasto de bolsillo contenidas en las encuestas de gasto familiar en salud, deben ser revisadas en este contexto⁵.

Por lo general, los pagos de bolsillo, se ordenan bajo los mecanismos de financiamiento de tipo privado, mientras que el "user-fee" tiende a clasificarse como mecanismo de financiamiento público, debido principalmente, ya que los pagos de uso de servicios públicos son frecuentemente una fuente de ingresos para dicho sector. Sin embargo, desde una perspectiva de cuentas nacionales de salud éstos son "pagos privados por servicios públicos" y no debieran tener consecuencias distintas a las generadas por los pagos a prestaciones otorgadas por prestadores privados puros. Esta es otra fuente de error frecuente en el análisis de cuentas nacionales y de encuestas de gasto de hogares.

Dada la disponibilidad de información en la región, proveniente fundamentalmente de encuestas de hogares en las que se identifica el "gasto privado" en su totalidad sin diferenciar entre "gasto de bolsillo" y gasto en "prima voluntaria de aseguramiento", nos referiremos en el resto del documento a gasto privado como una variable proxy del gasto de bolsillo. El uso de esta proxy puede sesgar las conclusiones en países con alta prevalencia de aseguramiento privado voluntario. La información respecto a la importancia de los pagos por prima para seguros voluntarios en el total del gasto del bolsillo no está disponible para la mayor parte de los países latinoamericanos, pero de acuerdo estudios realizados por OPS⁶ para algunos países (período 1982–1989) como Argentina, Brasil, Costa Rica, Perú y Uruguay, el 80% del gasto privado correspondía a gasto directo de bolsillo. Adicionalmente, el citado estudio muestra que de este gasto directo, el pago por servicios de salud a los proveedores de servicios médicos y el gasto en medicamentos son los temas más importantes, representando alrededor del 70%.

Muy frecuentemente los instrumentos como el copago y los deducibles son considerados como mecanismos de financiamiento, aún cuando en estricto rigor en su concepción original no fueron creados con tal fin. Su principal objetivo, no es servir como fuente de financiamiento –aún cuando contribuye a la generación de éstos– sino como instrumentos de control del riesgo moral. En otras palabras, se trata de compartir riesgo y de controlar el aumento de costos ocasionados por los proveedores que responden sin control a una demanda creciente por servicios de salud de parte de los individuos asegurados, que en ausencia de copagos, no tienen incentivos para evitar el

⁵ Esto impide también poder analizar el impacto que tienen la variable aseguramiento en salud sobre el gasto de bolsillo propiamente tal.

⁶ Suárez, R. Pamela Henderson, Edgar Barillas, César Vieira (1994): "Gasto Nacional y Financiamiento de la Salud en América Latina y El Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa". Serie Informes Técnicos N°30. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. Marzo 1994.

uso innecesario de los sistemas de salud. Sin embargo, es necesario reconocer que en la práctica los copagos, frecuentemente son utilizados como fuentes de ingreso dejando su rol original. Es por ello que hemos considerado importante incluirlo como una clasificación aparte dentro de los pagos de bolsillo.

2. Cobertura de protección social en salud, los subsidios implícitos y el gasto de bolsillo en la Región

Los trabajadores dependientes (asalariados) del sector formal de la economía y sus familias, tienen la obligación de cotizar para adquirir un seguro público de salud (o algún esquema de seguridad social) o privado. Estos seguros, generalmente, contemplan bonificaciones de coberturas parciales o excluyen de cobertura algunas prestaciones, por lo que los usuarios generalmente deben realizar pagos directos de bolsillo al momento de requerir servicios médicos. Principalmente, los beneficios en medicamentos ambulatorios y la atención dental y salud mental tienden a ser mínimas o inexistentes.

La población carente de recursos o indigente recibe bienes y servicios de salud en los establecimientos del sector público, en los cuales la atención, en teoría, es completamente gratuita.

La cobertura de salud ofrecida a este segmento, generalmente, es menor que la de las personas que trabajan en el sector formal. Ello, no sólo porque hay un conjunto de servicios médicos no cubiertos, sino también por que, la oferta de prestaciones es limitada en algunas áreas (ciertas especialidades y en el acceso a hospitalización), por lo que es común encontrar importantes listas de espera.

Por otra parte, y pese a la intención de los gobiernos latinoamericanos de garantizar acceso universal a la salud de la población, un número significativo de personas. (al menos el 20%) quedan excluidos del acceso a la protección social en salud. En efecto, y a modo de ejemplo, en Bolivia, Ecuador y Paraguay alrededor del 30% de la población no recibe atención en forma regular, porcentaje que alcanza al 44% en Guatemala⁷. La dificultad de acceso de estos grupos obedece adicionalmente una serie de factores tales como a la falta de oferta, a factores culturales - grupos indígenas que en gran medida recurren a medicina tradicional-, inaccesibilidad económica, geográfica -comunidades principalmente rurales alejadas de los centros de atención-, y a restricciones funcionales que se analizan en otros documentos elaborados para la conferencia⁸.

Otro grupo de la población sin cobertura de seguros, corresponde a los trabajadores informales de bajas rentas. La importancia de distinguir a este grupo se debe a que la mayor parte de estos trabajadores no están asegurados, por lo que no están cubiertos por los seguros de salud, aun cuando en algunos países pueden optar por seguros

⁷ Clearinghouse on Health Sector Reform in Latin America and The Caribbean. Reportes por países 1997 y 1998.

⁸ Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. 1999.

formales en el sector público o privado. En Chile, alrededor del 12%⁹ de este segmento de la población, pudiendo hacerlo, no adquieren un seguro de salud. Estos trabajadores, con frecuencia, acceden a servicios de salud en establecimientos públicos en calidad de indigentes, práctica que es posible realizar debido a la incapacidad de distinguir que grupos de la población efectivamente son carentes de recursos y quienes no lo son. Así, este grupo recibe servicios subsidiados, pudiendo realizar aportes en términos de cotizaciones, para el financiamiento, al menos de parte, de sus necesidades de salud.

Por último, los trabajadores informales de altas rentas, generalmente, están cubiertos por seguros privados. El grado de cobertura al que acceden, varía en función al costo del plan, esto es, la prima del seguro es creciente a medida que aumenta la bonificación o cobertura. No obstante, generalmente los seguros privados no ofrecen cobertura total. En efecto, normalmente los planes de salud privados contemplan algunos mecanismos que limitan el riesgo financiero para el asegurador, tales como copagos para algunas prestaciones, topes máximos de beneficios y deducibles.

En resumen, los trabajadores formales realizan tres tipos de aportes: cotizaciones, pago directo (gasto bolsillo puro) y copagos. Los indigentes por su parte, efectúan, pagos directos para la adquisición de prestaciones no cubiertas. Los trabajadores informales de bajas rentas, en la mayoría de los casos no se adscriben a seguros (públicos o privados), obteniendo atenciones de salud en establecimientos privados o públicos mediante el pago directo o en muchos casos, recibiendo cobertura subsidiada del estado en establecimientos del sector público. Por último, los trabajadores informales de altas rentas realizan copagos, pago directo hasta el monto de su deducible y aportes de cotizaciones aunque pueden recibir subsidios si su gasto del bolsillo determina incapacidad de pagar el servicio (por ejemplo eventos catastróficos).

La figura siguiente representa una síntesis esquemática que facilita la comprensión del lector respecto de la cobertura de protección social y atención de salud para diferentes grupos de la población.

⁹ Estimación propia en base a Boletines de la Superintendencia de ISAPRE, de FONASA y de AFP y proyecciones de población por sexo y edad total país 1950 – 2050 INE (1995)

Figura 1: Cobertura en salud de la población

POBLACIÓN	COBERTURA EN SALUD	GRADO DE COBERTURA
COTIZANTES OBLIGATORIOS	SEGUROS PÚBLICOS O PRIVADOS FORMALES Y REGULADOS.	DEPENDE DE LA LÍNEA DE GASTO. POCA COBERTURA DENTAL, MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN AMBULATORIA.
NO COTIZANTES OBLIGATORIOS		
- INDIGENTES	MINISTERIOS DE SALUD O SEGURIDAD SOCIAL.	EN GENERAL, MENOR CALIDAD QUE LOS COTIZANTES OBLIGATORIOS. ADEMÁS, HAY POBLACIÓN IMPORTANTE NO CUBIERTA.
- INFORMALES DE RENTAS MEDIAS – BAJAS	NO ASEGURADOS. En algunos países pueden optar por seguros formales.	SIN COBERTURA, cuando no son asegurados.
- INFORMALES DE RENTAS ALTAS	SEGUROS PRIVADOS VOLUNTARIOS	DEPENDE DEL PAGO.

3. Impacto del gasto de bolsillo en salud para las familias. Magnitud del problema en la Región

A continuación, se analiza la importancia de los recursos que destinan las familias para obtener bienes y servicios médicos con relación al gasto en salud total. Esto es, el gasto que realizan los hogares, entendiendo por este, todos los componentes del gasto de bolsillo definido previamente. Todo esto se ha llamado también "gasto privado en salud" aún cuando en algunos países se incluye como gasto privado las cotizaciones obligatorias administradas por entidades privadas¹⁰. Su complemento es el llamado "gasto público" que está conformado por las contribuciones que provienen de impuestos generales, los aportes que realizan los gobiernos locales y municipales y por las contribuciones de la seguridad social destinadas a programas médicos y a programas específicos como es la atención maternal.

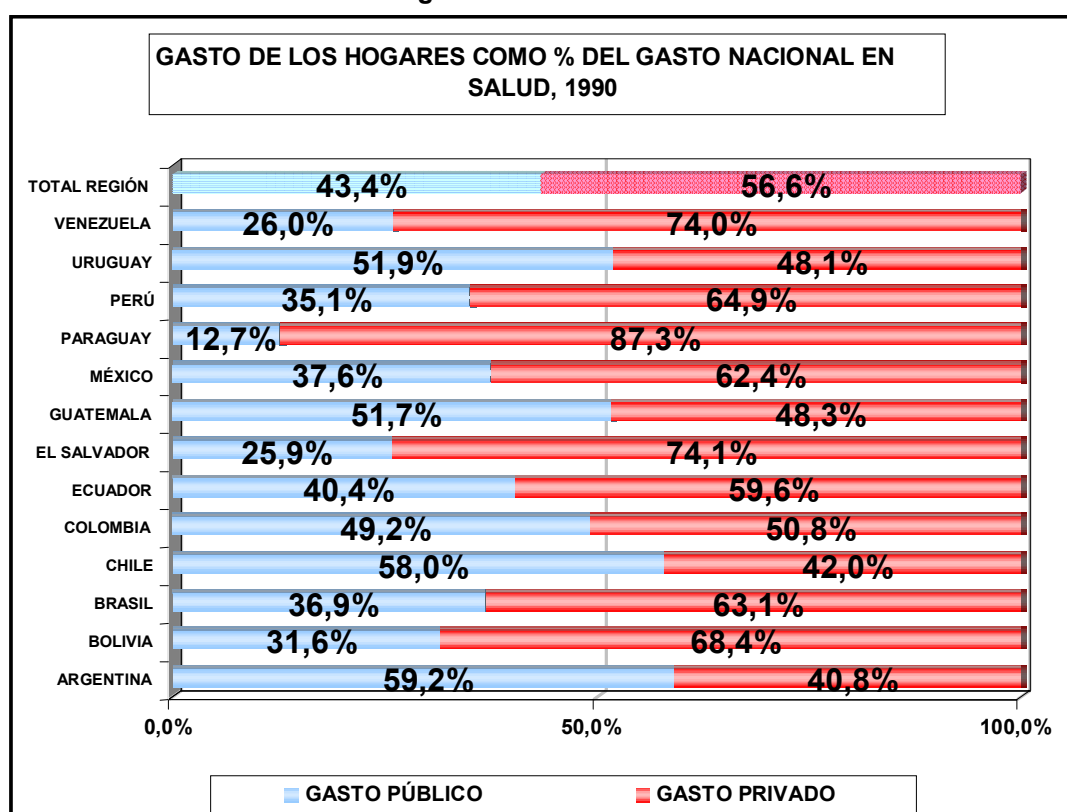
La información actualizada, respecto a la composición por fuentes de financiamiento del gasto según las fuentes de financiamiento, es escasa y poco sistematizada. El principal problema de información se presenta con la medición de los aportes de bolsillo que realizan los hogares. Por lo general, esta información es estimada sobre la base de

¹⁰ Un ejemplo es el caso de Chile aunque esta concepción es de excepción.

encuestas nacionales de presupuestos familiares de ingresos y gastos y de encuestas familiares sobre las condiciones de vida de los hogares.

En la figura 2, se muestra para algunos países de la región, la distribución del gasto total en salud entre el gasto público y el gasto privado. Como se observa en dicho gráfico, el gasto efectuado por los hogares en la región representó en 1991, alrededor del 57% del gasto nacional de salud, mientras que el gasto gubernamental representó el 43% restante¹¹.

Figura 2: Gasto de los hogares como porcentaje del gasto nacional en salud



Fuente: "Gasto Nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa". OPS y OMS, Marzo 1994.

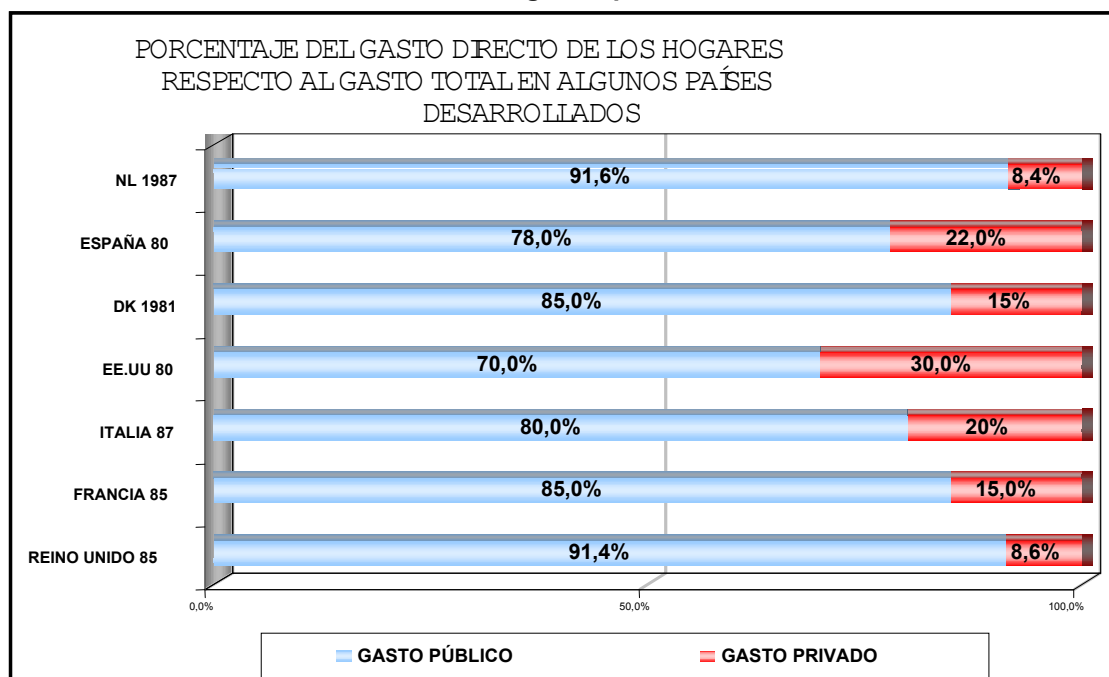
La información más reciente, para algunos países da cuenta que esta tendencia se ha mantenido en el tiempo o ha aumentado la proporción de gasto privado en el total de gasto en salud. Así, el gasto realizado por los hogares en México, entre los años 1992–96, representó el 65% del gasto total, porcentaje que es similar al de Ecuador en 1993. En Perú dicha cifra alcanzó en 1996 el 62,3%¹² contra el 64,9% en 1990.

¹¹ Información de "Gasto Nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa". OPS y OMS, Marzo 1994.

¹² Clearinghouse on Health Sector Reform in Latin America and The Caribbean.

Estos resultados contrastan con los de países más desarrollados. En efecto, en los Estados Unidos, el Reino Unido, España, Francia, Holanda, Italia y Dinamarca, el gasto efectuado por los hogares, representó entre 30% y 8,4% (Figura 3).

Figura 3: Porcentaje del gasto directo de los hogares en el gasto total en salud en algunos países de la OECD



Fuente: Adam Wagstaff, Eddy Van Doorslaer (1992)

Esta desagregación del gasto para América Latina muestra que, a diferencia de lo percibido por los gobiernos de la mayor parte de los países de la región, el gasto efectuado por los hogares en muchos países, es la fuente de financiamiento más importante del gasto nacional en salud.

Por otra parte, es importante notar que existen diferencias en la mezcla de gasto público- privado en la región. En efecto, en Costa Rica el gasto público representó en 1990 el 76% del Gasto total, mientras que en El Salvador dicha cifra se situó en torno al 26%. En la región, también se insinúa el patrón de gasto de bolsillo observado en OECD, esto es, los países de mayor ingreso parecen depender más del gasto público y viceversa.

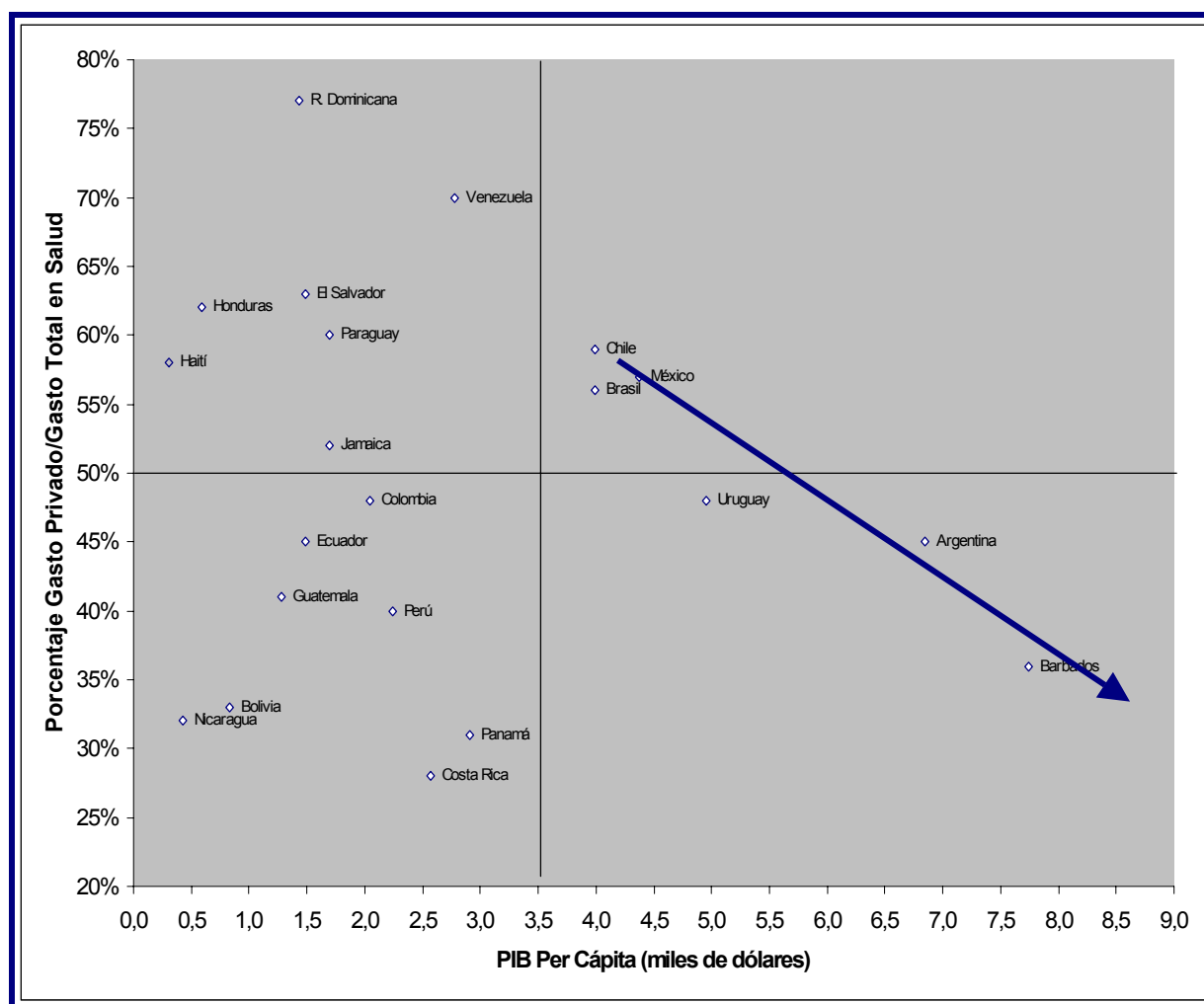
En términos de la equidad, los sistemas de salud¹³ con un fuerte componente de gasto público –financiado con impuestos generales– pueden ser más equitativos en presencia de sistemas impositivos progresivos (en la mayoría de los casos) debido a que esta fuente permite una mayor flexibilidad desde la perspectiva del uso de recursos (focalización del gasto público en poblaciones más necesitadas).

¹³ Wagstaff A. Y Van Doorslaer E. (1999).

El Gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud

Los sistemas de salud latinoamericanos, con estructuras de financiamiento donde el gasto promedio del gobierno central en salud representa en torno al 21%, mientras que los hogares aportan el 57%, se caracterizan por ser sistemas altamente inequitativos.

Figura 4: Peso relativo del gasto privado en salud en diferentes países ordenados según PIB per cápita en US\$



Fuente: Health Expenditure Database. Public Policy and Health Program Division of Health and Human Development Pan American Health Organization. Latest Revision: September 1998.

En general es posible observar que el gasto efectuado por las familias más pobres para la compra de bienes y servicios de salud representa una proporción mayor de sus ingresos de lo que dicho gasto representa para las familias más ricas. La situación que presentan los países de Latinoamérica y el Caribe se observa en la figura 4.

Al relacionar el comportamiento del gasto privado en salud para los países de la región asociado al nivel de ingresos per cápita¹⁴, se puede observar, con excepciones, una relación inversa entre el porcentaje del gasto privado en salud sobre el gasto total de

¹⁴ Esta tendencia es más clara en el grupo de países con un PIB sobre US\$3.500 per cápita.

salud respecto del PGB per cápita, es decir que en los países más pobres de la Región las personas participan con un mayor gasto de bolsillo, lo cual traduce una situación de inequidad importante.

Las excepciones en parte se explican porque la variable extensión de la cobertura del aseguramiento de la salud en los países no es indiferente a la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud. En este sentido países con bajas coberturas de aseguramiento como Venezuela, República Dominicana, Honduras y Haití se financian principalmente a través del gasto de bolsillo, por otro lado en países como Costa Rica, Bolivia, Nicaragua y Panamá que poseen una cobertura de protección social en salud bastante más extendida en su población, el gasto de bolsillo representa una fracción más reducida similar a la situación de Canadá que posee características similares. Otra variable que puede afectar estos resultados es la calidad de la información referida a gasto privado en salud, cuya heterogeneidad ya fue analizada previamente.

Esta situación no es particular de nuestra región, otros estudios muestran que ocurre algo similar en los países africanos respecto del gasto per cápita en salud de los hogares¹⁵.

El alto grado de gasto del bolsillo actualmente en la Región es una fuente de financiamiento. Por su fragmentación y desorganización sin embargo no esta siendo aprovechado en su máximo potencial por pérdidas de eficiencia para el sistema en su conjunto. En este contexto, tan importante como las políticas públicas orientadas a lograr mayor financiamiento hacia los pobres (por focalización de recursos públicos ya existentes y/o por aumento de los recursos totales disponibles para salud), son las políticas públicas en salud que faciliten el uso más eficiente de los recursos ya existentes a través del actual gasto del bolsillo.

En este sentido, es necesario que los programas de reformas de los sistemas de salud en América Latina, incorporen medidas para ampliar y mejorar la cobertura de los seguros de salud públicos y/o privados. Este esfuerzo, tiene por principal ganancia mejorar la eficiencia en la asignación de recursos al disminuir los niveles de riesgo financiero en salud al cual está expuesta la población. Esto, principalmente implica reducir la importancia que tiene el pago directo de bolsillo efectuado por las familias, particularmente a través de fomentar fórmulas de agregación y organización de los recursos de gasto de bolsillo actual para mejorar su eficiencia.

¹⁵ World Bank (1994): "Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned". Development in Practice. Washington D.C.

III. ARGUMENTOS DE EFICIENCIA QUE JUSTIFICAN EXPERIENCIAS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA, PARTICULARMENTE SEGUROS VERSUS GASTO DE BOLSILLO

El pago de bolsillo afecta tanto a las personas carentes de seguro, como aquellas que son cotizantes de los sistemas de seguridad social. En el primer caso el pago directo es total, mientras que para el segundo grupo adopta la forma de copagos o de pago total de aquellas prestaciones que no están cubiertas por el seguro.

El gasto de bolsillo, particularmente en los niveles observados en la región, constituye un problema no solo de equidad sino también de eficiencia significativo. En efecto, existen fuertes argumentos de eficiencia que podrían argumentarse para desincentivar la utilización de los pagos de bolsillo como forma de financiamiento, y en su lugar propiciar el establecimiento de mecanismos organizados, entre ellos modalidades de seguros de salud, para aumentar la eficiencia de ese gasto.

Los principales efectos sobre la eficiencia, se pueden dividir en dos grupos. El primero de ellos, resulta del impacto directo de la falta total o parcial de seguro y tiene que ver con la pérdida de bienestar social que conlleva la ausencia de seguros óptimos. El segundo, se origina en mecanismos que utilizan las personas para evadir la falta de seguros, las cuales van desde prácticas aceptadas, como el uso indiscriminado de los servicios de urgencia hasta prácticas ilegales como la suplantación del beneficiario del sistema.

Este tipo de comportamientos implica que los beneficiarios del sistema están financiando las prestaciones realizadas a estos grupos de la población, generándose, por ende, una suerte de subsidios implícitos no definidos en el sistema.

En las siguientes cuatro secciones se analizan los argumentos más importantes respecto a pérdida de eficiencia por gasto de bolsillo y dichos subsidios implícitos. Se analizan las ventajas y desventajas asociadas a los pagos de bolsillo, se exploran sus efectos (directos e indirectos) sobre la eficiencia del sistema de salud y se intenta proponer algunas estructuras de pagos de bolsillo o copagos, que permitan disminuir la ineficiencia de los sistemas de salud. Por último, en la última sección de este capítulo, se analiza con más detalle el impacto del copago en la eficiencia del gasto en salud.

Las razones de eficiencia para la extensión de la cobertura

Existen al menos 3 razones de eficiencia que hacen necesario explorar fórmulas de expansión de cobertura, particularmente fórmulas de aseguramiento o microaseguramiento para sectores hoy no incluidos en la seguridad social pero que gastan del bolsillo sumas significativas. Estas son:

1. Razones derivadas de la teoría clásica de seguros y las ganancias de eficiencia en el gasto del individuo;

2. Razones derivadas para grupos de población asociados con los determinantes del costo de una prima de seguro y su relación con la obtención de coberturas adecuadas, volúmenes mínimos de oferta de servicios y capacidad de negociación de precios, calidad y oportunidad;
3. Razones de asociadas a la explicitación de subsidios públicos implícitos y su focalización.

Adicionalmente se analiza el rol del "copago" en la eficiencia del gasto y su potencial rol en la viabilidad política de la definición de paquetes de beneficios de alto impacto al extender la seguridad social en salud.

IV. RAZONES DE EFICIENCIA DERIVADAS DE LA TEORÍA CLÁSICA DE SEGUROS

La naturaleza aleatoria de los episodios de salud y enfermedad constituyen la incertidumbre fundamental que permite la creación de la demanda por seguros. A su vez, la necesidad de contar con servicios de salud para hacer frente a estos episodios de enfermedad y los gastos asociados con dicha demanda de servicios, determinan el riesgo financiero contra el que las personas se protegen cuando contratan un seguro de salud.

De acuerdo a la teoría de seguros es suficiente que una persona sea adversa al riesgo, esto es que la presencia de riesgo le quite utilidad para que un seguro que le ofrece una prima justa sea más atractivo que permanecer en la situación con riesgo. Este es el punto de partida para establecer que los seguros, en general, permiten que las personas perciban mayor utilidad que permanecer en situaciones inciertas de riesgo financiero, provocadas por enfermedad. Es decir, estamos ante un argumento de eficiencia que justifica el fomento de experiencias de seguro que disminuyan el riesgo financiero que enfrentan los usuarios. Este argumento establece la primera ventaja – desde una perspectiva de eficiencia– de un mecanismo de seguro por sobre un mecanismo tradicional de pago de bolsillo.

Un segundo efecto derivado de lo anterior es que el esquema de aseguramiento, en una gran proporción, independiza el momento de contribución al sistema con el momento de necesidad de consumo de un servicio. En todo servicio en que exista elasticidad precio para su demanda, el precio percibido determina el nivel de demanda que se observará. Al independizar la contribución del momento en que se demanda, el precio percibido por el demandante se reduce muy significativamente (aunque generalmente no a cero ya sea por copagos directos o indirectos y/o por costo de oportunidad del tiempo). Los efectos de separación entre el momento del aporte y el momento de la contribución producen el efecto clásico de un seguro que es reducir substancialmente el "precio percibido" por el usuario al momento de la necesidad de consumo del servicio y, en presencia de servicios con elasticidad precio a la demanda mayor que cero, permitirá un aumento substancial de la demanda de ese servicio en el momento en que más lo requiere el consumidor. El efecto positivo es evidente en comparación con el gasto del bolsillo, donde el usuario debe soportar el costo total del servicio al momento de requerirlo con efectos negativos, por razones inversas a las argumentadas por la separación contribución-consumo, muy importantes en la cantidad y calidad máximo del servicio que puede demandar.

El efecto de separación contribución-consumo favorece más a los más pobres ya que la teoría y la evidencia existente demuestran que son estos segmentos poblacionales los que demuestran mayor elasticidad precio a la demanda por servicios de salud¹⁶.

¹⁶ Gertler P. y van der Gaag J. (1990) "The Willingness to pay for medical Care: Evidence from Two Developing Countries", The World Bank

Existe sin embargo un efecto negativo potencial que constituye el "reverso" de la medalla de los efectos positivos de la separación contribución-consumo, esto es, que la reducción significativa del precio percibido haga consumir más de lo que realmente el individuo consumiría (efecto esperado) al precio total percibido y que esto sea incluso de dudoso beneficio individual/social. Este es llamado "Riesgo Moral" de la literatura de seguros de salud. Revisaremos este potencial problema al analizar el rol del copago como uno de los componentes del gasto del bolsillo.

V. RAZONES DE EFICIENCIA DERIVADAS DE LA AGRUPACIÓN DE PERSONAS Y ORGANIZACIÓN DEL GASTO/CONTRIBUCIÓN

Un segundo argumento que aboga en pos del aumento de cobertura de la protección social, está relacionado con las ganancias de eficiencia por "economías de escala" para las personas al poner sus recursos juntos y al constituir un solo "pool de riesgo". Se pueden observar al menos tres ganancias por "economías de escala":

- a) Una mayor distribución del riesgo (resultante de que los grupos se organicen y junten sus recursos para extender la cobertura en salud) permite disminuir la incertidumbre en la predicción del gasto y disminuye el costo de la prima de seguro
- b) Una agrupación de recursos permite asegurar flujos de financiamiento existentes para poder demandar servicios, disminuyendo la incertidumbre de los prestadores de servicios respecto a la demanda y haciendo posible / atractivo establecer una oferta de servicios.
- c) Los volúmenes manejados en un conjunto común de recursos aumentan la capacidad de negociación del grupo organizado con los prestadores de servicios respecto a calidad, oportunidad y precio de los servicios.
- d) Una mayor distribución de riesgo y la agrupación de recursos implican economías de escala en la administración de las relaciones con los prestadores, en el manejo de información y otros aspectos, disminuyendo los costos de administración.

1. El nivel de distribución del riesgo y su efecto en la mayor predictibilidad de gasto

El grado de riesgo que enfrentan las personas depende de la exactitud con la cual es posible predecir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso. A mayor incertidumbre, mayor riesgo asociado.

La prima de un seguro de salud está determinada por su costo actuarial, su costo administrativo, los impuestos, las utilidades asociadas y un factor de incertidumbre.

La dificultad mayor en la definición de la prima esta relacionada con la incertidumbre generada por la estimación de la probabilidad de ocurrencia de cada intervención. A mayor número de participantes habrá menor varianza del costo y por lo tanto un grado de incertidumbre menor. La disminución del grado de incertidumbre implica que el factor correspondiente incluido en la fórmula de determinantes de la prima será menor lo significa que para un mismo nivel de cobertura, grupos mayores de personas reunidas deberán pagar una prima de seguro menor o, complementariamente, para un mismo gasto, se puede conseguir una cobertura mayor.

La organización de personas en grupos de recursos y riesgos hace que puedan aprovechar este efecto. Sin embargo, este mismo razonamiento nos muestra porqué

los esquemas de seguro muy pequeños pueden enfrentar un factor de incertidumbre de magnitudes muy importantes, haciendo poco viable el esquema. Esto puede deberse al hecho que la prima para una cobertura integral sea demasiado cara como efecto de dicho factor, o porque el paquete de beneficios que se puede incluir sea muy pequeño para lograr una prima al alcance de los usuarios. Esta discusión es particularmente relevante para interpretar lo que está ocurriendo en las experiencias de extensión de cobertura con pequeños grupos de afiliados, en la región.

2. La disminución de incertidumbre en la demanda y el efecto en la mayor estabilidad de ingresos para los prestadores y la viabilidad de oferta suficiente

La incertidumbre respecto a los eventos en salud que enfrenta cada individuo sumada a los obstáculos que significa el pago de los costos de atención directamente cuando se paga del bolsillo significa un riesgo mayor para los prestadores de servicios a la hora de decidir si ofrecerán en una comunidad sus servicios, particularmente respecto a inversiones que se amortizarán en períodos de tiempo considerables.

La incertidumbre sobre el costo de una intervención y la existencia o no, de demanda por dichos servicios afecta la conducta de los prestadores de servicios de salud. El uso del gasto del bolsillo como única fuente de ingresos representa un riesgo y una incertidumbre que en muchos casos puede resultar en la decisión de no ofrecer los servicios en cuestión u ofrecerlos a un precio mucho mayor pues debe incluirse la inversión en los costos. En este sentido y en particular en zonas rurales y/o pobres, la existencia de mecanismos de aseguramiento de las personas que están en condiciones de asegurar un flujo de ingresos a los prestadores representar la diferencia entre la existencia o no de oferta de un determinado servicio. La promoción de fórmulas de aumento de la distribución de riesgo, puede en este sentido determinar una ganancia de utilidad por el solo hecho de asegurar una oferta al momento en que el individuo pueda requerirla.

La organización del gasto y de los riesgos en grupos comunes, particularmente si son de tamaño significativo implica al menos dos importantes cambios para los prestadores:

1. Le permite predecir con mayor certeza la probabilidad de ocurrencia de eventos en salud y por tanto la demanda potencial por servicios; y
2. Asegura un flujo de demanda continua y de mayor volumen como efecto de la separación contribución-consumo que hemos analizado anteriormente.

Es probable que este efecto explique porqué en muchas ocasiones los primeros esbozos de aseguramiento en las comunidades donde no existen mercados formales de aseguramiento se dan en torno a prestadores de servicios que establecen mecanismos de prepago o en torno a comunidades que juntan sus recursos con el fin de "contratar" personal de salud para que provea servicios básicos en su comunidad¹⁷.

¹⁷ Creese, A. and Bennett, S. (1997): "Rural Risk-Sharing Strategies in Sub-Saharan Africa", World Bank Discussion Paper, N°365, edited by George Shieber.

El efecto de "asegurar" la existencia de la oferta puede ser por si mismo el objetivo primordial de los mecanismos de extensión de cobertura, e implica una ganancia significativa de eficiencia en el uso de los mismos recursos antes existentes.

3. El efecto del tamaño del grupo en mejorar la capacidad de negociación con los prestadores de servicios de salud respecto a precio, calidad y oportunidad

Es evidente que cada individuo por separado tiene muy poca capacidad de negociar precio, calidad y oportunidad de los servicios con cada prestador que pudiese necesitar en el futuro.

Existen tres razones para ello: a) dado que los eventos ocurrirán en el futuro y que es incierto que ellos ocurran, el costo de oportunidad del tiempo y esfuerzo de prenegociar individualmente simplemente puede ser –y muy probablemente lo sea– demasiado alto para cada individuo en forma aislada; b) incluso si lo hiciere, el volumen por el que negociaría no resulta atractivo para cada prestador; y c) es imposible (o extraordinariamente costoso) para cada persona individualmente el desarrollo de las habilidades técnicas y gerenciales para la negociación, dadas las asimetrías de información.

Por esto, la atención a las personas que no pertenecen a ningún esquema de aseguramiento y enfrentan el costo total de cada servicio al momento de requerirlo vía gasto de bolsillo, resulta en grandes pérdidas de eficiencia en el uso de sus recursos comparados con su afiliación a esquemas organizados.

La organización y la agrupación de recursos permiten el desarrollo de las capacidades técnicas y gerenciales así como el logro de los volúmenes suficientes para influir en la respuesta de los prestadores de servicios respecto a la calidad, oportunidad y precio de los servicios. Este efecto se ha puesto particularmente en boga con el desarrollo de esquemas de salud administrada a través de los mercados de aseguramiento.

Es evidente que, el tamaño del grupo es determinante en el desarrollo de las capacidades de negociación mencionadas. Así como este marco teórico indica que la organización de riesgo/recursos resulta ser más ventajosa que el individuo enfrentando el problema aisladamente, también indica que las formas de organización muy pequeñas (esquemas muy pequeños) a pesar de lograr la organización, no logran los tamaños necesarios para tener esta capacidad de negociación o, sólo logran tamaños para la negociación en un ámbito de prestaciones restringido (prestaciones de alta frecuencia y bajo costo).

4. Disminución del costo de administración para el grupo y para los prestadores de servicios

Por último, y como consecuencia lógica de lo descrito en los dos puntos anteriores, el agrupamiento en pools de riesgo/recursos permite ahorros significativos en el costo administrativo tanto del esquema de extensión como de los prestadores que se relacionan con él.

En efecto, mientras más grande sea el grupo mayores serán las economías de escala logradas por ese grupo en todos los procesos de afiliación, seguimiento de contribuciones y beneficios y otros procesos con lo cual potencialmente, cada afiliado puede lograr mayores beneficios por la misma cantidad de recursos con que contaba antes sólo para gasto del bolsillo.

Adicionalmente, el costo de administración de los prestadores de servicios puede también reducirse ya que en vez de tener que intercalar con cada individuo para la definición de precios, negociación del paquete de beneficios, promoción de servicios y cobro de cuentas, ahora se interactúa con una sola organización lo que disminuye sus costos.

Existe también la potencial ganancia en calidad de la información clínica disponible para el paciente y la organización también por capacidad de negociación y demanda de dicha información desde el grupo organizado. Lo mismo ocurre respecto a una potencial ganancia asociada a control de "demanda inducida por el prestador" ya que el grupo organizado podrá contar con información de conducta de los diversos prestadores y examinar más sistemáticamente la validez de dicha conducta.

VI. LA EFICIENCIA DERIVADA DE ORGANIZAR LOS SUBSIDIOS IMPLÍCITOS A LOS TRABAJADORES "INFORMALES"

Los sistemas de seguros de salud, en general, contemplan mecanismos y restricciones legales (obligación de cotizar) orientadas a lograr una cobertura lo más amplia posible. Sin embargo, a pesar de lo anterior existe una proporción significativa de la población que no se incorpora a dichos sistemas en la región.

Existen múltiples razones para explicar esta marginación del sistema (factores económicos, culturales, geográficos, miopía, mercados incompletos, comportamientos oportunistas, etc.). Pero, independiente de cuál o cuáles sean las razones que motivan tal comportamiento, en general, tal como se analizó en los capítulos anteriores, tal situación introduce ineficiencias y pérdidas de bienestar social.

El caso de los trabajadores informales que no cotizan es un ejemplo evidente de lo anterior. En efecto, debido a que no es posible obligar a estos agentes a que se incorporen a los sistemas de salud formales, existe una gran proporción de ellos que no lo hacen. Esto, aún cuando la aversión al riesgo de tales agentes no sea significativamente distinta a la del resto de trabajadores que sí están obligados a cotizar.

Sin embargo, lo anterior no significa que tales agentes no sean maximizadores de su utilidad, ya que tal decisión puede deberse, en gran medida, a la presencia de comportamientos oportunistas. Existe evidencia importante de que estos grupos acceden a servicios en establecimientos públicos de salud bajo la categoría de indigentes¹⁸.

Otro de los motivos que determinan la marginación de estos grupos a esquemas formales de cobertura de salud, esta dado por las limitaciones impuestas por la oferta. Al respecto, un problema que enfrentan los aseguradores, es la dificultad de precisar el valor de la prima a cobrar a estos grupos de la población, que por lo general, poseen estructuras de rentas variables.

Un segundo elemento, lo constituyen los mayores costos de transacción asociados a la administración de carteras compuestas por trabajadores informales, debido al aumento de la desafiliación y, posterior reintegro, en función a la temporalidad de sus ingresos. Adicionalmente a lo anterior, la inestabilidad de ingresos, aumenta los costos de transacción por la vía de incrementar esfuerzo que deben realizar los aseguradores para el cobro de las primas, situación que, en última instancia, se refleja en un aumento de la morosidad de la cartera.

¹⁸ Baeza, C. y Cabezas, M. (1998): "Public Policy Towards the Private Sector in Health: Challenges to Public Policy from Private Sector Participation in Developing Countries". Documento de Trabajo CLAISS.

Por último, la incapacidad de obligar a estos grupos a que se adscriban a sistemas formales a consecuencia de la flexibilidad de los ingresos, aumenta el riesgo financiero de los aseguradores.

Los aseguradores, como una forma de protegerse frente a los mayores costos de administración y riesgo asociado a estos grupos de la población descritas, aumentan las primas de los planes.

La exclusión de los trabajadores informales se traduce en costos sociales e ineficiencias en la asignación de los subsidios, así como también en inequidades en la contribución a nivel global del sistema. En primer término, existe una excesiva utilización de los servicios de urgencia, por ser más caros, genera un mayor costo en salud con relación al de una atención oportuna. Adicionalmente, la exclusión marginación se traduce en el uso de servicios por la vía de suplantación de personas. Por la vía de este mecanismo, un individuo que no se asegura utiliza los beneficios de los seguros simulando ser un beneficiario. Lo anterior, se traduce en formas de subsidios indeseados, ya que no siguen criterios de eficiencia ni de equidad.

Las posibles soluciones a este problema, por implementar medidas que permitan reducir los factores de encarecimiento de la prima de riesgos asociados a estos grupos. Esto es, reducir los incentivos para el comportamiento oportunista, el que se facilita en la medida que existan mecanismos de cobertura gratuita por la vía de la urgencia. Alternativamente, mejorar los controles para que impidan el acceso de personas sin derechos a la cobertura establecida para los asegurados y mejorar los controles que reduzcan la evasión del pago de cotizaciones.

En este sentido, una manera plausible de reducir los componentes señalados, es a través políticas que promuevan la afiliación colectiva de este segmento de la población a seguros de salud. Ello por cuanto, la contratación de seguros en forma colectiva, permite reducir, tanto, el riesgo de comportamientos oportunistas como los costos asociados a la administración en cuanto al esfuerzo de recaudación, lo cual tendría por consecuencia una reducción de la prima a cobrar.

Otra medida es convertir los actuales subsidios implícitos, en subsidios explícitos que se expresen en menores primas para estos grupos. Esto puede traducirse en un Plan de Cobertura para Trabajadores Informales, que fuese la base sobre la cual establecer un subsidio variable según el nivel de renta. Adicionalmente, se podría pensar que el subsidio no fuese de carácter individual, sino que se entregara a grupos organizados de trabajadores informales.

VII. LOS DESAFÍOS DE LA ORGANIZACIÓN DEL GASTO DEL BOLSILLO PARA EL AUMENTO DE COBERTURA

1. El “Riesgo Moral” y el rol del copago

Uno de los principales problemas que enfrentan los seguros de salud en un mercado con información imperfecta, es que la adquisición por parte del usuario de un seguro médico, modifica su comportamiento. Este comportamiento, que en la literatura económica se denomina como “Riesgo Moral”, se traduce en que con posterioridad a la compra del seguro, el usuario, al enfrentar menores costos por los bienes y servicios de salud, tiene menores incentivos a realizar un adecuado uso de los mismos. Incluso, es posible que la presencia del seguro, disminuya el auto-cuidado realizado por el individuo sobre su estado de salud.

La forma más utilizada, por los seguros tradicionales, para minimizar este tipo de comportamientos, ha sido el establecimiento de coberturas parciales, las cuales corresponden a aportes directos o copagos que recaen sobre los individuos al momento de requerir bienes y servicios de salud.

Esta herramienta, que actúa directamente sobre la demanda por servicios médicos, busca reducir el uso de prestaciones innecesarias, a través de la internalización por parte de los individuos, aun cuando parcialmente, los costos de los servicios de salud.

Al respecto, la evidencia¹⁹, es clara en señalar que los sistemas de copagos tienen un significativo impacto sobre la demanda de servicios médicos. Específicamente, el experimento realizado dio cuenta de que los planes de salud con copagos del orden del 25% permitieron reducir en 20% el gasto de salud y, contrario a lo planteado por los defensores de sistemas de cobertura total (sin co-financiamiento), lo anterior no se tradujo en un empeoramiento del estado de salud de los individuos sujetos a estos sistemas, con relación a los que no lo estaban. Es más, dicho estudio muestra que la sobre-utilización de servicios médicos puede ser perjudicial para la salud. Esto, debido a que atenciones innecesarias pueden generar prescripciones erradas.

Para los segmentos de menores ingresos, es posible que el co-financiamiento de los costos se traduzca, eventualmente, en una disminución la demanda de prestaciones necesarias para la recuperación del estado de salud. En este caso, es probable que estos grupos de la población no accedan a seguros de salud, debido a la incapacidad económica para hacer frente a la estructura de copagos. Por otra parte, existe importante evidencia que el potencial problema de riesgo moral puede ser de menor importancia en esquemas de aseguramiento focalizados en grupos pobres ya que, incluso frente a un copago “formalmente” inexistente o muy bajo, estos grupos podrían estar enfrentado “copagos indirectos” ya sea a través del costo de oportunidad del tiempo determinado por traslados y esperas (tiempo no disponible para cuidado de

¹⁹ Newhouse, Joseph P and The Insurance Experiment Group: “Free for All ? : Lessons from the RAND Health Insurance Experiment”. Harvard University, 1993.

familia y trabajo formal o informal) e incluso por costos financieros indirectos asociados a transporte, insumos no incluidos en la atención y/o pagos informales²⁰.

Sin embargo, las ineficiencias asociadas con la sobre-utilización de servicios médicos no sólo se originan por factores asociados a la demanda de tales servicios, sino también a elementos provenientes de la oferta. En esta última línea, las asimetrías de información de los usuarios respecto a cuán adecuados son los servicios proporcionados por los prestadores, lleva a estos últimos a cumplir, adicionalmente, un rol de agente, el cual decide por los usuarios los bienes y servicios de salud que deben adquirir. Lo anterior, en un sistema de pago por acción realizada, tiende a traducirse en que los agentes-proveedores tienen pocos incentivos a contener costos, debido a que sus ingresos, evidentemente, se incrementan en la medida en que producen más y más servicios, generando así la sobre utilización de los mismos.

En este contexto, la búsqueda de la eficiencia en la asignación de los recursos basada en medidas que actúan sobre la demanda, como es la utilización de copagos, han sido insuficientes para lograr los objetivos de contener la escalada costos en el sector.

Cualquier plan de seguro público o privado, debe determinar cuales servicios cubrir y en qué proporción. El diseño de una estructura de copagos óptima o adecuada no es trivial, por cuanto una incorrecta definición puede introducir importantes problemas en la asignación de los recursos, pérdidas de bienestar e incluso la inviabilidad financiera del esquema de extensión de cobertura.

Uno de los aspectos más controvertidos sobre la incorporación de copagos, dice relación con el diseño de un sistema que sea eficiente en controlar la demanda innecesaria, pero que no se traduzca en limitar el acceso a prestaciones que son indispensables en la recuperación del estado de salud.

En esta área, los seguros privados tradicionales, se han caracterizado por el establecimiento de estructuras de coberturas porcentuales que se combinan con topes máximos de bonificación. Esta estructura, muy comúnmente usada por los seguros privados en Latinoamérica, si bien reduce notablemente los riesgos financieros del asegurador, dejan a los individuos que sufren un evento de alto costo desprovistos del tratamiento requerido, al recaer la mayor parte del costo de la atención en el propio consumidor.

Un caso similar, lo representan los enfermos crónicos. Si bien su tratamiento es de bajo costo por evento, los requerimientos por periodos prolongados de dichas atenciones, constituyen considerables gastos desde el punto de vista del presupuesto familiar.

Como se desprende de lo anterior, un aspecto común en ambos casos (enfermedades catastróficas de alto costo y poca probabilidad, y crónicas) es la ausencia de una cobertura adecuada para eventos de alto costo por parte de los seguros privados. Es

²⁰ Abel-Smith, B. & Rawal (1992). "Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania" Health Policy and Planning; 7(4): 329-341, 1992

esencial que los mecanismos de extensión de cobertura, particularmente los microseguros, aborden muy cuidadosamente el problema de la cobertura de los eventos catastróficos al momento de definir los esquemas de contribución.

En virtud de lo anterior, existen numerosos ejemplos prácticos que avalan la necesidad de complementar la estructura de copagos porcentuales con la obligación de establecer en los esquemas de seguros, principalmente privados, topes máximos de gasto aportado por los usuarios a partir del cual operaría un esquema libre de pago. Esta propuesta permitiría minimizar las potenciales pérdidas de eficiencia, que se originan por esquemas de seguros privados con bonificaciones limitadas que cuentan con esquemas de reaseguros públicos.

2. El paquete de beneficios: ¿un rol potencial adicional para el copago?

La definición del paquete de beneficios es indispensable para cualquier seguro de salud y particularmente para aquellas fórmulas de extensión de cobertura con "agrupación" de riesgo/recursos de tamaño limitado. La definición del paquete de beneficios en esos casos debe ser lo más explícita posible y acotada a aquellos servicios que efectivamente puedan ser incluidos con copagos que no determinen en la práctica severos problemas de acceso. En este sentido, dado el tamaño reducido que uno podría presumir (no tenemos evidencia de lo que pasa en la práctica en la región), es preferible hacer explícito el paquete de beneficios en estas condiciones.

Sin embargo, y aunque está más allá de los objetivos de este documento, existe un potencial rol adicional del copago que aconseja ser cautos en su posible descalificación como mecanismo de control del "Riesgo Moral" incluso para poblaciones pobres donde sería de menor validez. Los procesos de reforma de la seguridad social en salud en la región se han enfrentado, entre otros muchos, al problema de hacer explícito el "paquete básico de beneficios" en salud surgida a partir del Informe de Desarrollo Mundial del Banco Mundial en 1993. Una opción respecto a la explicitación del paquete de beneficios y su localización en prestaciones con el mejor retorno en salud, que ha probado ser inviable en lo político, es la explicitación de un paquete de servicios explícito que excluye un número de prestaciones.

La evidencia muestra que es preferible al hecho de excluir prestaciones de salud de los beneficios de cobertura de aseguramiento (público o privado), utilizar el copago o el reaseguro como herramienta de priorización de las coberturas en cada seguro a través de su diferenciación por intervención. Si este es el caso, creemos que se debe ser muy cauteloso en no descartar el copago como herramienta incluso en condiciones en que no parecería válido el argumento de control del "Riesgo Moral" por las razones ya expuestas.

3. Algunas áreas de investigación necesarias

En general existen muy pocas fuentes que entreguen información confiable con respecto a la división que existe del gasto en seguros voluntarios, el gasto en copagos y el gasto de bolsillo propiamente tal. Las aproximaciones generales han sido realizadas a través de las encuestas de presupuestos familiares, sin embargo, es muy poco claro cuáles son, en definitiva, las categorías de gastos consideradas en cada una de las partidas de la encuesta, las que tienden a englobarse como gasto privado en salud o gasto del hogar en salud. Las distinciones de los componentes de este gasto pueden ser de gran utilidad para la discusión de cuáles son las fórmulas concretas para la expansión de la cobertura de seguridad social en salud y/o la mejoría de la eficiencia en dicha cobertura en los distintos países de la región.

Otras fuentes alternativas de datos que pudieran ser más confiables, como son los estudios de demanda por salud realizados en los distintos países, presentan muchas veces problemas importantes de comparabilidad, lo que hace muy difícil trabajar con ellos cuando se desea realizar estudios regionales.

Sin embargo, existen aproximaciones que permiten formarse alguna idea del comportamiento que poseen los gastos de bolsillo en el ámbito general. Así por ejemplo, es evidente que a medida que el ingreso de los países se incrementa, el seguro aumenta su importancia respecto al gasto de bolsillo. Este hecho²¹ es de esperar toda vez que, la seguridad es considerada como un bien “normal”, es decir las personas compran más de este bien a medida que su ingreso aumenta. Por tanto, la falta de aseguramiento, tiende a basarse en un problema de ingresos y no como consecuencia de la “libre” elección de los consumidores.

Un área adicional donde prácticamente no existe información sistematizada en la región, se refiere a evidencia concreta respecto a cual son las formas actuales de organización para la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud y cual los determinantes de éxito o fracaso de dichas fórmulas.

El desarrollo de este documento se basa, en el desarrollo de un marco conceptual respecto a razones de eficiencia que justifiquen la extensión de la cobertura de seguridad social en salud. Sin embargo, es indispensable que los elementos teóricos aquí descritos se contrasten con la evidencia empírica los efectos que tienen las diferentes fórmulas de extensión de la protección social en salud, en la eficiencia del gasto. Sólo con dicha evidencia se podrá tener mayor contabilidad de que en definitiva se pueden lograr las ganancias de eficiencia que sugiere la teoría en la extensión de cobertura de seguridad social en salud.

En este sentido, nos parece indispensable que se avance en el futuro cercano en las siguientes áreas de investigación relacionadas con eficiencia en el área de fórmulas de extensión de cobertura:

²¹ Musgrove, Ph. (1996): “Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns”. Human Development Department, World Bank.

- a) ¿Cuánto se gasta efectivamente en la región en gasto del bolsillo puro, contribución formal e informal del usuario, copago y primas voluntarias?
- b) ¿Cuál es la evidencia regional respecto a sostenibilidad institucional y financiera de esquemas de microseguro puros o de otras modalidades de extensión de cobertura en protección social en salud y cual es la evidencia respecto a ganancias de eficiencia en todas las áreas sugeridas por este documento?
- c) ¿Cuáles son los determinantes del éxito o el fracaso tanto en la sostenibilidad como en el logro de ganancias de eficiencia?
- d) ¿Cuál es la evidencia regional respecto al tamaño mínimo de microseguros u otras modalidades para asegurar su sostenibilidad con paquetes de beneficios comprehensivos?
- e) ¿Cuál es la evidencia respecto a dichos tamaños de "pool de riesgo", la sostenibilidad financiera y las características del paquete de beneficios? ¿Existe relación entre sostenibilidad y prácticas de selección de riesgo y exclusión de eventos de alto costo y baja probabilidad?
- f) ¿Cuál es la cuantía de los subsidios implícitos a trabajadores informales susceptible de recanalizar para modelos de extensión de cobertura vía subsidio a la demanda por seguros? ¿Existen esquemas de esta índole? ¿Cuál es la evidencia respecto a su eficiencia relativa comparado con esquemas de subsidio a la oferta vía prestadores públicos tradicionales?

BIBLIOGRAFÍA

Abel-Smith, B. & Rawal (1992). “*Can the poor afford ‘free’ health services? A case study of Tanzania*” *Health Policy and Planning*; 7(4): 329-341, 1992

Arnott, R. y Stiglitz, J. (1988): “The Basic Analytics of Moral Hazard”. *NBER Working Paper* N°2484. National Bureau of Economic Research, Cambridge, USA.

Arrow, K. (1974): “Optimal Insurance and Generalized Deductibles”. *Scandinavian Actuarial Journal* N°57.

Arrow, K. (1970): “*Essays in the Theory of Risk-Bearing*”. Amsterdam, North Holland.

Arrow, K. (1963): “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. *American Economic Review* N°53.

Baeza, C. y Cabezas, M. (1998): “*Public Policy Towards the Private Sector in Health: Challenges to Public Policy from Private Sector Participation in Developing Countries*”. Documento de Trabajo CLAISS.

Baeza, C y Cabezas, M. (1999). “*Is it necessary and feasible to introduce risk adjustment mechanisms in the health Insurance markets in latin America?*”. Prepared by CLAISS for the World Bank. To be published in November 1999.

Baeza, C y Copetta C. (1999). “*Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo en el contexto de portabilidad del subsidio público en Chile*”. Documento preparado por CLAISS para el Fondo de Políticas Públicas, Universidad de Chile - Fundación FORD, Septiembre de 1999.

Bupendra Makan, Di McIntyre and Prudence Gwana: “*Chapter 6: Financing and Expenditure*”. *Health Systems Reform in South Africa*. (1998).

Brunet-Jailly, J. (1991): “Health Financing in the Poor Countries: Cost Recovery or Cost Reduction?”. *Working Papers* WPS 692. World Bank.

Chollet, D. and Lewis, M. (1997): “Private Insurance: Principles and Practice”. En “*Innovations in Health Care Financing*”, *World Bank Discussion Paper*, N°365, edited by George Shieber.

Clearinghouse on Health Sector Reform in Latin America and The Caribbean. Reportes: *Bolivia (1997), Brasil (1998), Chile (1998), Colombia (1998), Ecuador (1998), El salvador (1998), Guatemala (1998), Jamaica (1997), México (1998), Paraguay (1998) y Perú (1998).*

Creese, A. and Bennett, S. (1997): “Rural Risk-Sharing Strategies in Sub-Saharan Africa”, *World Bank Discussion Paper*, N°365, edited by George Shieber.

Fondo nacional de Salud (FONASA), Chile, 1998. Anuario ejercicio 1997.

Gertler P. y van der Gaag J. (1990) "The Willingness to pay for medical Care: Evidence from Two Developing Countries", The World Bank

Jönsson, B. and Musgrove, Ph. (1997): "Government Financing of Health Care". En "Innovations in Health Care Financing", *World Bank Discussion Paper*, N°365, edited by George Shieber.

Khoman, S. (1997): "Rural Health Care Financing in Thailand". En "Innovations in Health Care Financing", *World Bank Discussion Paper*, N°365, edited by George Shieber.

Newhouse, Joseph P and The Insurance Experiment Group: "Free for All ?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment". Harvard University, 1993.

McPake, B. (1993): "Community Financing of Health Care in Africa: An Evaluation of the Bamako Initiative". *Social Science and Medicine* #36.

Musgrove, Ph. (1996): "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns". Human Development Department, World Bank.

Mwabu, G. (1990): "Financing Health Services in Africa: An Assessment of Alternative Approaches". *Working Papers* WKS 457, World Bank.

Pauly, M (1986): "Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy", *Journal of Economic Literature*, N°24.

Phelps, Ch (1997): "Health Economics". Second Edition. Addison-Wesley Educational Publishers Inc.

Schieber, G. and Maeda, A. (1997): "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries". En "Innovations in Health Care Financing", *World Bank Discussion Paper*, N°365, edited by George Shieber.

Shaw, P. and Griffin, Ch. (1995): "Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance". Directions in Development. World Bank.

Suárez, R. Pamela Henderson, Edgar Barillas, César Vieira (1994): "Gasto Nacional y Financiamiento de la Salud en América Latina y El Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa". *Serie Informes Técnicos* N°30. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. Marzo 1994.

Vogel, R. (1988): "Cost Recovery in the Health Care Sector: Selected Country Studies in West Africa". *Technical Paper* N°82, World Bank, Washington D.C.

Vogel, R. (1989): *“Trends in Health Expenditures and Revenue Sources in Sub-Saharan Africa”*. Unpublished Report, World Bank, Washington D.C.

Wagstaff, Adam y van Doorslaer, Eddy (1999) : *“Equity in the finance of Health Care: Some International Comparisons”*. *Journal of Health Economics*, May 1999.

World Bank (1994): *“Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned”*. Development in Practice. Washington D.C.

World Bank (1993): *“Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud”*. Washington. D.C.

World Bank (1987): *“Financing Health Services in Developing Countries, an Agenda for Reform”*. A World Bank Policy Study. Washington D.C.

Zweifel, P. and Breyer, F. (1997): *“Health Economics”*. Oxford University Press.