

FINANCIAMIENTO COMPENSATORIO PARA SALUD: EN BUSCA DE EQUIDAD GEOGRAFICA EN UN SISTEMA FEDERAL

PHILIP MUSGROVE*

Introducción: Relaciones entre Nación y Localidades

La Salud de la población es muchas veces considerada de responsabilidad del gobierno nacional, sea por especificación constitucional o legal, sea por consenso político. Al mismo tiempo, es común que los gobiernos sub-nacionales controlen la provisión pública de los servicios de salud, y hasta asuman la responsabilidad de financiar a proveedores privados. Esta situación genera la necesidad de determinar las relaciones entre un nivel de gobierno y otro, particularmente en lo referente a financiación. Esto deriva de dos características: las diferencias entre una y otra parte del país, y las atribuciones y capacidades específicas del gobierno de la unión.

Desigualdades Locales e Inequidad De forma general, un país federal se caracteriza por desigualdades entre regiones, estados, provincias, o municipios. En lo referente a la salud, estas pueden ser diferencias en:

- el grado de pobreza, que limita el gasto privado en salud
- la capacidad fiscal local para gastar recursos públicos en salud
- el total gastado en cuidados de salud
- las necesidades de atención (el cuadro epidemiológico), y por ende,
- el estado de salud

Estas diferencias, particularmente en el estado de salud y el acceso a los servicios, comunmente son consideradas injustas o inequitativas, justificando intervenciones compensatorias o redistributivas.

El Papel del Gobierno Nacional Por lo menos en comparación con los estados o provincias más pobres, el gobierno nacional generalmente se caracteriza por una mayor capacidad de generar rentas por impuestos.

* Economista Principal Banco Mundial.

Efectivamente, la tendencia-más marcada, cuanto más se descentralizan las funciones públicas-es para el gobierno federal generar los recursos y transferirlos a los gobiernos sub-nacionales. Además de la función puramente fiscal, corresponde a la nación la responsabilidad de asegurar equidad o igualdad entre todos los ciudadanos, lo que implica cuidar de reducir las diferencias geográficas, entre otras. Esta función puede ser ejercida igualmente para programas universales, a que todos tienen derecho, como para programas focalizados.

Un Ejemplo Específico: el Programa “Medicaid” de EE.UU.

Los EE.UU. dependen, más que típicamente para un país rico, del financiamiento privado del cuidado de salud, mayormente a través de seguros ligados al empleo. No obstante, hay dos grandes programas federales: el “Medicare” para ancianos, que es financiado por un impuesto específico, y el “Medicaid” para gente pobre. Ambos son programas compartidos entre el gobierno federal, que determina las reglas generales por legislación y contribuye para financiarlos, y los gobiernos de los estados, que los administran y también gastan en ellos. (A diferencia de lo que sucede en algunos otros países como Brasil y Chile, los municipios no figuran en la definición, financiamiento u operación de estos programas).

Lógica y Objetivos del Programa La población pobre, por definición, mal puede costear la atención de salud del bolsillo; por otra parte, muchas veces no tienen empleos que permitan acceso a seguros adecuados, a precios razonables. El objetivo principal de Medicaid es de proveer una cobertura subsidiada de seguro de salud para los pobres. Otro objetivo es de dejar mucha libertad a los gobiernos de los estados, no sólo en administrar el programa, sino en definir los beneficiarios, los beneficios a que tendrán derecho, y el gasto que esto les va requerir. A diferencia de algunos otros programas-como aquellos descritos más adelante-el de Medicaid no funciona simplemente repartiendo un presupuesto fijo.

Determinación de Gastos y su Distribución El gobierno del estado (e) determina la población beneficiaria (Be) a ser cubierta por el programa, dentro

de los reglamentos de la legislación nacional. De la misma manera-también sujeto a reglamentos nacionales-determina los servicios de salud a ser incluidos en el seguro. La combinación de las características de los beneficiarios y la lista de intervenciones cubiertas determina la cantidad de servicios (Q_e) a ser utilizados.

Por otra parte, y también sujeto a aprobación nacional, el estado determina, o negocia con los proveedores (mayormente privados), los precios (π_e) a ser pagados. Estos precios deben ser los mínimos necesarios para garantizar una oferta de calidad adecuada. Un proveedor que acepta trabajar con beneficiarios de Medicaid, se compromete a no pedir copagos o sobrepagos de los pacientes. La combinación de cantidades y precios determina el gasto total del programa en el estado, $G_e = Q_e * \pi_e$.

Lo que el gobierno federal determina, es la fracción (ϕ_e) del gasto que contribuirá para el estado. Esto depende del ingreso per cápita en el estado, siendo que para ingresos mayores de aproximadamente US\$ 22,000 (en 1995), ϕ_e llega a su valor mínimo de 0,50. Es decir, en los estados ricos el gobierno federal financia la mitad del gasto del programa. En los estados pobres, la fracción de financiamiento federal es mayor, llegando a un máximo de 0,83.

El gasto nacional en el estado es por lo tanto $G_{Ne} = \phi_e * Q_e * \pi_e$, mientras la contribución del gobierno estadual es $G_{Ee} = (1 - \phi_e) * Q_e * \pi_e$. De allí que la relación del gasto nacional al gasto estadual es

$$G_{Ne} = [\phi_e / (1 - \phi_e)] * G_{Ee}$$

con un mínimo de igualdad de gasto entre los dos niveles, y un máximo de seis veces más gasto federal que estadual.

Observaciones: Quién Decide Qué El gobierno nacional influye en la determinación de los beneficiarios, los servicios a ser subsidiados, y los precios a pagar por ellos. Sin embargo, el único parámetro que determina directamente es la fracción de su contribución al financiamiento-esto en base al ingreso por persona, en que ni el gobierno nacional ni el estadual puede influir mucho. Las demás decisiones son tomadas por los estados. Esto tiene una consecuencia importante para la equidad: dos personas en igualdad de condición de pobreza pueden recibir diferentes tratos en dos estados diferentes. Esto puede ocurrir por estar incluido entre los beneficiarios en un estado y no en el otro, o por tener

derecho a más atenciones de salud en un estado que en el otro.

Dicho de otro modo: el programa Medicaid es redistributivo-contribuye mucho más al financiamiento en estados pobres que en estados ricos-y con eso compensa tanto las diferencias en el número de pobres como en la capacidad de los estados para asegurarles un adecuado cuidado de salud. Pero el programa no impone igualdad de tratos, porque deja al gobierno del estado individual decidir cuán “generoso” ser en la aplicación de los reglamentos. Esto representa un grado relativamente alto de descentralización de las decisiones. También tiene la consecuencia que las decisiones de los estados influyen en el gasto total a que queda comprometido el gobierno federal. Finalmente, al igual que ocurre con algunos otros programas, principalmente el de asistencia a familias pobres con niños dependientes, las diferencias inter-estadales pueden ser un motivo para la migración de un estado menos generoso a uno más generoso, aunque no hay estimados de si esto acontece en escala significativa.

Un Ejemplo General: Redistribución Explícita

Otra manera de definir un esquema redistributiva de financiamiento de salud, es de comenzar con el nivel de gasto per cápita, o un conjunto de servicios, uniforme para toda la población beneficiaria del seguro público. Luego se determina cómo su costeo se divide entre los distintos niveles de gobierno. Esta lógica correspondería más al sistema de salud canadiense que al de EE.UU., particularmente a cómo funcionaba en Canadá hace una década, cuando existían transferencias federales a las provincias específicamente para la salud. (Hoy en día las transferencias también financian a educación y otros programas, y se deja a las provincias decidir cómo distribuir el dinero entre un y otro fin). En general, un tal sistema puede ser universal, como lo es en Canadá, o podría excluir a parte de la población por ser rica, por tener seguro privado de salud u otro motivo (como ocurre en los Países Bajos). La definición de un sistema público que tome en cuenta la cobertura por seguros privados, evitando subsidiar a los no-necesitados mientras asegura equidad entre toda la población, es de particular interés para países con sistemas de salud mixtas, como son casi todos los países de América Latina.

Lógica de un Seguro Nacional de Salud A continuación se describe un sistema para definir transferencias compensatorias del gobierno nacional los gobiernos sub-nacionales, que deja alguna libertad a los estados o provincias para gastar sus propios recursos pero que impone normas nacionales comunes para los beneficiarios, los servicios y los precios. Otra diferencia con el programa Medicaid, es que la repartición del gasto depende no del ingreso per cápita sino de las rentas del estado, incluyéndose en éstas, cualquier transferencia no-atado o de libre uso que el estado o provincia recibe del gobierno federal. Esto deja más control al estado, para determinar sus impuestos y las consecuentes rentas, pero simplifica la determinación de cuánto el estado tendría que gastar. Las rentas son conocidas más rápidamente y con más exactitud que el ingreso, especialmente en países con sistemas de información económica menos desarrolladas. El objetivo central es de garantizar una cobertura mínima uniforme; pone un piso pero no necesariamente un techo. El otro objetivo es de controlar el gasto federal, aunque no rigidamente-este gasto es todavía influenciado por las decisiones de los gobiernos sub-nacionales.

Fórmula Redistributiva El gobierno nacional define (acaso tras negociar con los estados o provincias, como en Canadá), la población que, por ser asegurada (A), no es beneficiaria plena del seguro público. Si los seguros privados cubren menos servicios que el programa público, estos asegurados pueden participar como beneficiarios parciales, habiendo todavía transferencias a su favor. Siendo P_e la población del estado, la población beneficiaria plena es $B_e = P_e - A_e$.

El gobierno nacional también determina el nivel mínimo de gasto per cápita (G), o alternativamente un conjunto mínimo de servicios (Q) a ser financiados. (El tratar de especificar tanto el gasto como la cantidad conlleva a racionamiento, cuando el gasto es insuficiente, o a que el gasto dé para más servicios que el mínimo especificado). Esto determina un nivel comprometido de gasto por estado, que puede ser $G_e = G * B_e$ o bien $G_e = Q * \pi * B_e$, donde π son los precios especificados nacionalmente. (No se trata aquí de la potencial complicación de admitir distintos precios federales en diferentes estados, por existir diferencias en el costo de proveer los servicios. Sin embargo, esta

complicación suele ser relevante para áreas rurales de difícil acceso o población dispersa).

El estado, por su parte, guarda el derecho de ofrecer aún más servicios que los pactados con el programa federal, $Q_e > Q$, o de pagar precios mayores para ellos, $\pi_e > \pi$. En cualquier de estos casos, tendría que gastar sus propios recursos: el compromiso federal se limita a contribuir a financiar $Q*\pi$ solamente. Es en este sentido que existe piso pero no techo; dicho de otra forma, puede haber equidad (asegurando el mínimo para todo el mundo) pero no igualdad.

Si la población A_e recibe un conjunto de servicios más restricto que el mínimo nacional, $Q_{ae} < Q$, la fórmula para el gasto total comprometido tiene que modificarse para cubrir los servicios no garantizados por el seguro privado. El resultado es

$$G_e = G*Be + (Q - Q_{ae})*\pi*A_e, \text{ o bien}$$

$$G_e = Q*\pi*Be + (Q - Q_{ae})*\pi*A_e, \text{ lo que puede}$$

ser expresado como $G_e = Q*\pi*P_e - Q_{ae}*\pi*A_e$: el programa paga el costo del conjunto mínimo de servicios para toda la población del estado, menos el costo representado por los servicios cubiertos por seguros privados para sus clientes.

La última pieza del sistema es la determinación de cómo este gasto total es compartido entre el gobierno nacional y el sub-nacional. Pueden haber muchas fórmulas, de las cuales la más simple es que el estado o provincia quede obligado a gastar en salud, una fracción β de sus rentas R_e (impuestos propios más transferencias federales no-ligadas). De esta forma la contribución del estado termina siendo $G_{Ee} = \beta*R_e$ y del gobierno nacional, $G_{Ne} = G_e - G_{Ee}$. El gasto federal es puramente compensatorio, asegurando que se llegue al mínimo estipulado de gasto o de servicios para toda la población, inclusive aquella parte con seguro privado menos comprensivo que el seguro público.

Observaciones sobre Decisiones de Política

En un sistema como el descrito, los estados o provincias pueden

participar en dos clases de decisiones. Si los parámetros G o Q , π , y β no son especificados por ley o por la constitución, sino negociados (por ejemplo, anualmente), los gobiernos sub-nacionales participan en determinarlos. La cuestión de la mejor forma de fijar estos valores depende de la situación política del país, y en particular del poder relativo de distintos estados o provincias para beneficiarse de estas decisiones. En el caso de la educación básica en el Brasil, se optó por una enmienda constitucional que fija las responsabilidades de los distintos niveles de gobierno, por un período de diez años. Esto quizás termine siendo también el modelo para salud, como manera de evitar que los estados de mayor fuerza política mantengan un sistema distorsionado a su favor, y por tanto inequitativo. Eso es lo que sucede con el actual sistema, en que los techos de recursos federales son determinados por negociación y en función de la distribución de proveedores, más que de necesidades financieras o de salud.

En segundo lugar, cada estado determina sus propios impuestos, lo que influye en el nivel de rentas Re de que tendrá que gastar la fracción β en salud. Existe una posibilidad de riesgo moral, en el sentido de que un gobierno estadual puede pasar una mayor parte de la cuenta al gobierno nacional, si reduce sus impuestos. Este peligro no es completamente imaginario: sucedió con un gobierno muy corrupto e irresponsable en el estado de Alagoas, en Brasil, que se desfinanció por bajar los impuestos a la industria azucarera. Sin embargo, de forma general hay dos fuertes protecciones contra el riesgo moral. Una es que al reducir sus impuestos para gastar menos en salud, el estado también pierde rentas para todas sus demás funciones, particularmente si β queda bajo, por ejemplo 10 ó 15 por ciento. La otra protección es relevante si además de los impuestos propios, las rentas Re incluyen transferencias no-atadas o generales del gobierno nacional. En un estado pobre, estas transferencias pueden ser una fracción importante de las rentas, lo que efectivamente asegura que el gobierno federal termina financiando gran parte del gasto en salud, protegiendo de este modo a los más necesitados. Sin embargo, esto requiera que las transferencias no-atadas no sean muy inequitativas, a punto de anular la equidad que se busca a través de las transferencias específicas para salud.

Equidad en la Inversión: Proyecto REFORSUS de Brasil

Los dos ejemplos ya discutidos refieren al gasto *recurrente* en salud, o sea a la compra de atenciones. Los problemas de desigualdad o inequidad geográfica y de necesidad de acciones compensatorias también pueden presentarse para el gasto de *inversión*, o sea la creación de capacidad de producir servicios. En el Brasil, está en curso un proyecto de US\$ 590 millones durante un intervalo de tres años, para la terminación, remodelación o equiparación de hospitales, clínicas y otras facilidades de salud. Este proyecto, llamado REFORSUS y financiado por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, requería de un arreglo para distribuir los recursos entre los estados del país de manera equitativa y políticamente aceptable. Ofrece un caso ilustrativo de cómo las ideas aquí discutidas pueden ser aplicadas también a la inversión.

Antecedentes y Objetivos

Los gastos federales en salud en Brasil son distribuidos desigualmente entre los estados, en gran parte porque el Sistema Único de Salud, el sistema público, paga según la producción de servicios, y la capacidad de provisión es desigual. La resultante inequidad es limitada, sin embargo, por techos establecidos para cada estado, además de una limitación general, de no pagar por la internación hospitalar de más de ocho por ciento de la población de un estado en un año. Estos techos son negociados anualmente, pero por la desigual fuerza política de los gobiernos estatales, no llegan a nivelar el gasto per cápita, y mucho menos a ajustarlo según las capacidades fiscales de los propios estados para financiar la salud.

El objetivo en el proyecto REFORSUS era de establecer techos para la inversión por estado, que corregiría parte de la inequidad existente. Tendrían, además, de respetar tres limitaciones importantes:

- asignar por lo menos 50 por ciento del recurso total, en proporción a la población (como manda una ley presupuestaria);
- no asignar a ningún estado, más recursos que lo que podría ser

absorvido por inversiones justificadas; y

- basarse en criterios transparentes, con una formulación simple.

Determinación de Techos por Estado Se propusieron muchos criterios para la asignación del fondo total F entre los estados, F_e : el nivel de ingreso, la prevalencia de pobreza, la mortalidad estandarizada y otros indicadores de salud. En principio todos estos son relevantes, pero habrían dado una fórmula demasiado compleja para ser entendida y aceptada. Por tanto, fue decidido basar la asignación solamente en la población del estado, P_e , y en el gasto recurrente federal per cápita, G_e . Por otra parte, era evidente que la fórmula debería ser lineal en estas dos variables, para no resultar en asignaciones demasiado altas o bajas en estados extremos, de muy poca o mucha población o con gastos muy arriba o abajo del promedio. (Nótese que según las reglas del programa Medicaid, la fracción ϕ_e es lineal en el ingreso per cápita del estado, y en el ejemplo de redistribución más explícita, la contribución del estado es lineal en sus rentas).

Se definió una "brecha" entre el gasto por persona en un estado, G_e y el gasto máximo per cápita entre todos los estados, G_m (en el caso, el estado de Paraná). Esto da para calcular la brecha o déficit total para el estado e , como $D_e = (G_m - G_e) * P_e$; esto es el gasto adicional en el estado si tuviera el mismo nivel per cápita que el estado m . La suma de estos déficits es el total adicional que se tendría que gastar en todo Brasil para elevar todos los estados al gasto per cápita de Paraná, o sea $D = G_m * P - \sum (G_e * P_e)$.

Para completar la fórmula, bastaba introducir un parámetro arbitrario, α , que representa la ponderación relativa de la variable población; la fracción $1 - \alpha$ es, por tanto, la ponderación relativa del déficit estadual en gasto recurrente. Este parámetro es arbitrario en el mismo sentido que el ϕ_e en el program Medicaid o el β en el segundo ejemplo arriba: tiene que ser decidido políticamente. La diferencia en este caso es que en vez de determinar las contribuciones federal y estadual, determina la asignación de un fondo puramente federal entre los estados.

Con la incorporación de α , la fórmula final vuelve $F_e/F = \alpha * (P_e/P) + (1 - \alpha) * (D_e/D)$. La fracción que un estado recibe del fondo como techo de inversión, F_e/F , depende de la fracción que representa de la población del país,

así como de la fracción del déficit o brecha en el gasto corriente. Es sólo el segundo término que es explícitamente redistributivo, pero en las circunstancias actuales del Brasil, aún la proporcionalidad a la población mejora la equidad para varios estados. En el caso, α fue asignada un valor de 0,70, con lo cual el ajuste redistributivo tiene un peso relativo de 30 por ciento.

Potenciales Ajustes de Largo Plazo Es obvio que si una fórmula como ésta fuera aplicada durante un largo intervalo de inversión, eventualmente el valor de la capacidad instalada por persona en salud se volvería igual entre estados. Al continuar a pagar según la producción, esto tendría también a igualar los gastos recurrentes entre estados. Eventualmente esto podría no ser deseable, porque existen también diferencias importantes en el cuadro epidemiológico entre estados y regiones, que justificarían desigualdades de gasto. Más aún, este ajuste hacia la mejor equidad no dice ninguna relación con la distribución del gasto entre el gobierno nacional y los de los estados. (Por no hablar de los municipios, que en el caso brasileño también operan gran parte de la red de servicios, y en algunos casos contribuyen mucho para financiarla). Por estas razones, hay interés en el gobierno federal en avanzar hacia una redistribución de responsabilidades en financiar la salud, quizás el estilo del modelo canadiense con las debidas modificaciones. Posiblemente termine con un sistema más equitativo en el sentido geográfico, tanto para los gastos corrientes como para las inversiones. Y se podría pensar también en una fórmula para dividir los gastos de inversión entre los distintos niveles de gobierno, de cierta forma completando el sistema.