



BREVE 2

COSTEO DE PLANES DE BENEFICIO EN SALUD

Presentación de Dr. Ricardo Bitrán. Octubre de 2012

Serie de políticas y métodos basados en presentaciones a expertos. Elaborado por CRITERIA, red de conocimiento sobre priorización y planes de beneficios en salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2014 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



INTRODUCCIÓN

El presente documento hace parte de una serie de notas de políticas sobre los elementos clave de la priorización explícita. El tema central que aquí se aborda es el costeo de los planes de beneficios en salud. La información en este documento está basada en una conferencia que el Dr. Ricardo Bitrán dictó en diciembre 2011 a los miembros de la Red de priorización y planes de beneficios en salud. El resumen está dividido en cinco partes. Primero se define lo que se llama un Plan de Beneficios en Salud (PBS). Luego se aclara a qué se refiere un costeo de un PBS y qué papel tiene un costeo adecuado para la priorización explícita. En esta sección se detallan los dos principales desafíos de un costeo adecuado, a saber: (i) la estimación de la demanda futura y (ii) la estimación de los costos unitarios de las prestaciones de salud. En la tercera sección se abordan algunos aspectos metodológicos claves para costear un PBS. Otros retos y limitaciones en el costeo de un PBS serán discutidos en la quinta y última sección.

1. ¿QUÉ ES UN PLAN DE BENEFICIOS?

Muchos países están introduciendo reformas a sus sistemas de salud para responder a necesidades y aspiraciones crecientes de sus poblaciones en el área de salud. En este contexto, los Planes de Beneficios en Salud (PBS) surgen como un instrumento de política importante para proveer acceso a servicios de salud a su población. No existe una definición universalmente aceptada acerca de lo que es un PBS. La definición más usada para los PBS es de Schreyögg et al (2005) quien indica que: ***“Los paquetes/canastas de beneficios se refieren a la totalidad de servicios, actividades y bienes cubiertos por un esquema de aseguramiento obligatorio o financiador público”.***

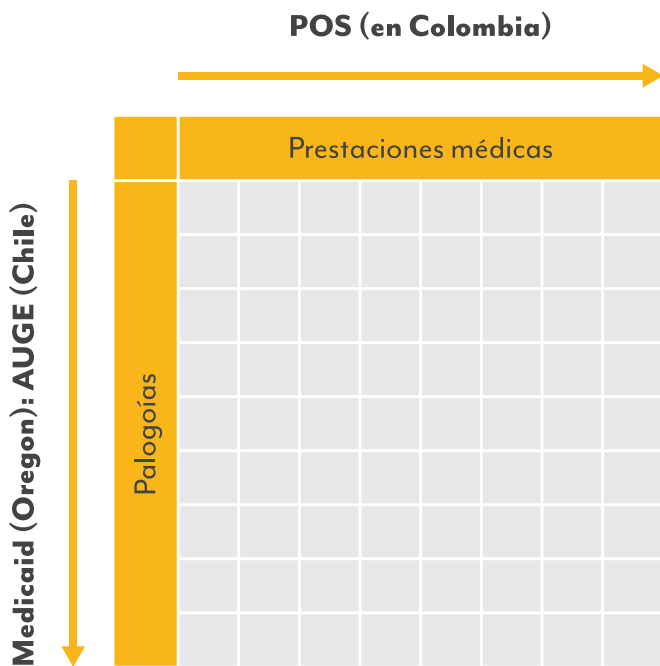
Independiente de cómo son definidos los PBS existen objetivos comunes, entre los cuales:

- Mejorar la salud de la población.
- Aumentar el acceso a la atención de salud para la población.
- Mejorar la calidad de la atención de salud.
- Asegurar la protección financiera del sistema de salud.

Normalmente un PBS está compuesto por una cantidad conocida y finita de prestaciones. Los PBS son formulados de manera distinta en cada país. Un ejemplo es el PBS en Colombia, el Plan Obligatorio en Salud (POS), que se

define alrededor de prestaciones médicas (día cama, cirugías, exámenes de laboratorio, procedimientos y medicamentos). Otros PBS son definidos en torno a patologías o problemas de salud, como por ejemplo el Medicare en Oregon, EE.UU., o el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) de Chile. Estos dos enfoques son representados gráficamente en la Figura 1.

Figura 1. Formulación de los PBS



La definición de las prestaciones médicas es indispensable aun cuando la puerta de entrada son las patologías. De esa manera, el elemento clave y central de un PBS es la definición de un conjunto de prestaciones médicas que pueden ser preventivas o curativas y que se describen de manera explícita.

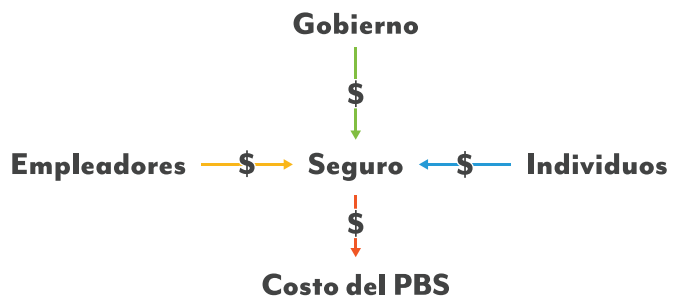
2. LA IMPORTANCIA DEL COSTEO DE UN PBS Y DESAFÍOS PRINCIPALES

2.1 ¿Por qué es importante costear un PBS?

El costeo de un PBS es la cuantificación de los recursos financieros requeridos para asegurar la entrega de los servicios incluidos en él. Hacer un costeo adecuado y sostenible es un ejercicio indispensable por diferentes razones:

- (i) Es importante hacerlo por una razón muy básica: el dinero disponible (o a ser movilizado) tiene que ser suficiente para financiar los costos que acarreará la prestación de los servicios incluidos en el PBS. Es decir, se tiene que cumplir la condición de *suficiencia financiera*. Bajo esa condición, la suma de los recursos con los que cuenta el asegurador o financiador público tiene que ser mayor o igual a los costos del PBS. La Figura 2 representa las diferentes fuentes de financiamiento para un PBS.

Figura 2. Fuentes de financiamiento de un PBS



Fuente: Ricardo Bitrán 2011

(ii) Obliga a costear también las erogaciones administrativas. Con ello se permite planear los recursos necesarios para cubrir el costo administrativo relacionado con la provisión de un plan de beneficios.

(iii) El costeo permite estimar la carga financiera para los beneficiarios del PBS en caso de que la cobertura financiera no sea de un 100% sino que existan co-pagos a realizar por las personas aseguradas.

Cuando no se costea el PBS de manera adecuada, se arriesga su implementación exitosa. Como lo muestran varios años de experiencia, muchas veces el ejercicio de costeo no se hace de manera adecuada. De igual manera, es frecuente que no exista coherencia entre el costo estimado y los recursos disponibles o los que se asignan para cubrir el costo del PBS. Por ejemplo, el Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS) del Perú cuenta con inconsistencias significativas en su costeo; un costeo realizado por Escobedo (2009) mostró un costo promedio anual por beneficiario que es 2,5 veces superior al gasto anual total en salud por ciudadano en Perú. Así las cosas, mientras que no se encuentran recursos adicionales para financiar los servicios incluidos en el PEAS, no se puede otorgar este plan en su totalidad, sino solo en forma parcial (BID, 2013).

Pero, ¿por qué es tan difícil hacer un costeo de un PBS? Existen dos desafíos principales, (a) el reto de estimar la demanda futura de las prestaciones y (b) estimar los costos unitarios de las prestaciones.

2.2 Desafíos en la estimación de la demanda

La demanda futura

La estimación de la *demanda* es un reto común en el costeo de un PBS. Ello, principalmente, por el desconocimiento de cómo esta se comportará en el futuro. Muchas veces los PBS empiezan a cubrir servicios que antes no estaban disponibles para la población beneficiaria. Por ejemplo, en algunos países han comenzado a ofrecer coberturas para ciertas enfermedades catastróficas que no venían cubriendo en el pasado (por ejemplo, cobertura de los retrovirales para el tratamiento del VIH-SIDA o tratamientos para la quimioterapia para el cáncer). Predecir la demanda de estas prestaciones no cubiertas en el pasado constituye un reto importante. Puede ser también que algunos de los servicios incluidos en el PBS ya se estaban cubriendo en el pasado pero sin garantías y de manera precaria. Es probable que la demanda se comportará de una manera distinta una vez se implemente el PBS. Los datos sobre la demanda actual y pasada tendrán una utilidad limitada para proyectar la demanda futura. Es necesario que se hagan esfuerzos por permitir escenarios sobre el posible comportamiento futuro de la demanda de las prestaciones cubiertas por el PBS. No hacerlo puede llevar a errores importantes en la estimación del costo del PBS y a futuros desequilibrios entre la asignación de recursos y el costo real de la prestación del PBS.

Ausencia de información de costos

También es difícil estimar los costos porque habitualmente no existe información sobre los costos unitarios de las prestaciones. Muy pocos países de ingresos medios o bajos han hecho mediciones detalladas de los costos. Por lo tanto, para poder conocer los costos del PBS es necesario hacer unos estimativos con base en una información que es muchas veces limitada o aproximada. Este desafío puede ser inclusive más difícil que el relacionado con la estimación de la demanda futura de estas prestaciones.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA COSTEAR UN PBS

3.1 Estimación de la demanda

Se requiere de información de la demanda futura desde diferentes ángulos, a saber (véase Figura 3):

- Estimación de la **necesidad médica**.

Por ejemplo, a través de estudios epidemiológicos o antropométricos podemos medir la población que objetivamente sufre de un padecimiento y de la demanda de servicios que de ello se derivaría. Pero no toda la gente conoce su problema de salud. Esto nos lleva a la necesidad percibida.

- Estimación de la **necesidad percibida** (la percepción del individuo sobre qué le falta para tener lo que el individuo considera

como salud¹). Por ejemplo, sabemos que en América Latina y el Caribe, habitualmente sólo la mitad o menos de las personas que sufren de hipertensión o diabetes están enteradas de su padecimiento o son conscientes de su situación. También es importante notar que no todos los que perciben una necesidad demandan servicios.

- Estimación de la **necesidad expresada** (la transformación de la necesidad percibida en una demanda). Pero no todas las personas que demandan servicios los reciben.

- **Estimación de la utilización** de los servicios.²

Para hacer un costeo adecuado es importante conocer la demanda esperada desde los anteriores cuatro ángulos. Si no se tiene información sobre uno o más de estos conceptos o si se malinterpreta una información, se pueden cometer errores importantes en la estimación del costeo de PBS. Una experiencia de África Subsahariana ilustra lo anterior. Un estudio que buscó determinar el número de maternidades necesarias en el Níger para disminuir la mortalidad materno-infantil aplicó las normas de la OMS sobre la necesidad médica de partos institucionales y calculó, a partir de lo anterior, el número de camas obstétricas y

¹ Vea definición de las categorías necesidad según Lázaro et al 1999.

² La utilización puede ser inferior a la demanda, por diferentes razones; por ejemplo, porque existen listas de espera muy largas, falta de acceso a los servicios, a las tecnologías sanitarias o falta de conocimiento sobre el servicio.

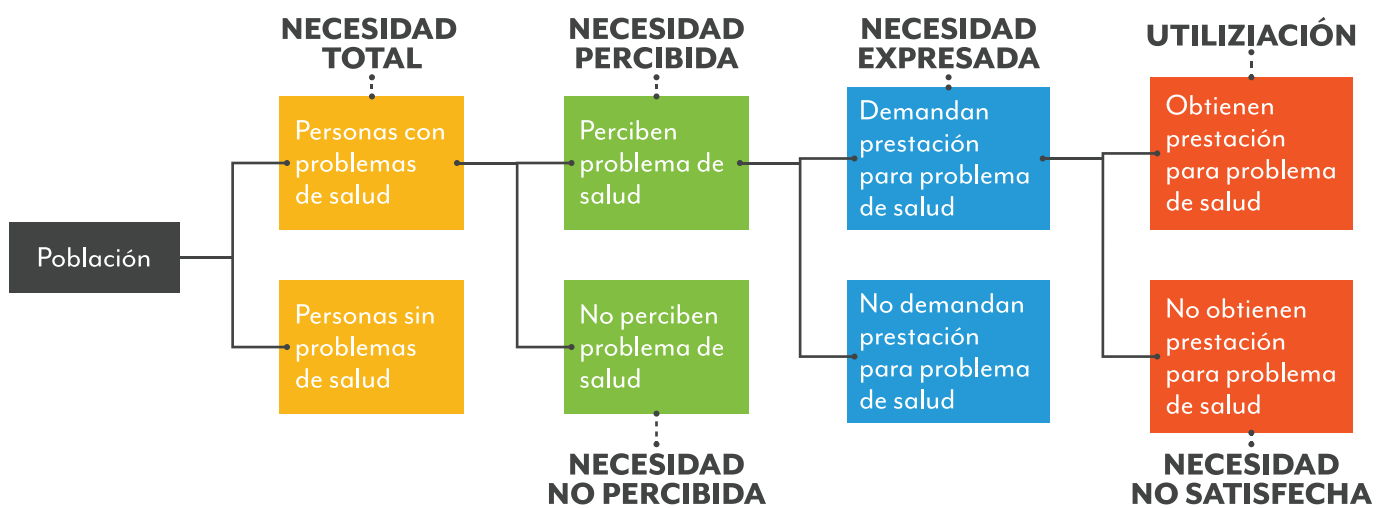
unidades de maternidad requeridas. Luego se observó que en realidad la utilización real de las unidades de maternidad era mucho más de lo que se había estimado porque la demanda real era muy baja. El error consistió en asumir que la demanda era igual a la necesidad de atención obstétrica, sin tomar en cuenta que en Níger muchas mujeres (i) preferían tener un parto tradicional en su casa, (ii) vivían demasiado lejos de las maternidades para usarlos, o (iii) no estaban enteradas de que existían maternidades y que tenían derecho a usarlas.

En otros estudios se ha cometido el error de suponer que la demanda futura sería igual a la utilización actual, aunque ello raramente ocurre por diferentes razones. Por ejemplo, si un servicio en el momento de hacer el costeo no está subsidiado, pocas personas realmente van a utilizar este servicio (aunque sí

expresan la necesidad percibida). Si se usan datos de la demanda actual para calcular la demanda futura se comete el error de no tomar en cuenta que más personas van a usar el servicio cuando este comience a ser subsidiado.

La incidencia y la prevalencia son conceptos relacionados que también hay que tener en cuenta a la hora de proyectar la demanda. La *incidencia* es una variable que mide la cantidad de nuevos casos de una patología que ocurre en un tiempo definido. La *prevalencia* es la cantidad de personas que, en un momento definido, sufren de una patología específica y recibirán un tratamiento cubierto por el PBS. Para predecir la demanda futura, es importante tomar en cuenta estas variables *dinámicas*. Por ejemplo, en el caso chileno se observó en los últimos seis

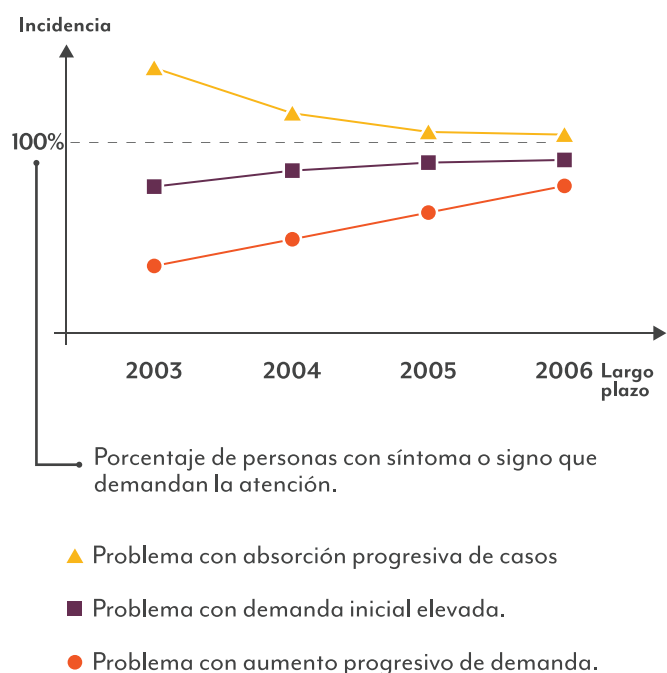
Figura 3. Identificar la demanda futura de un PBS



Fuente: Ricardo Bitrán 2011

años un aumento dramático de la incidencia de obesidad, de hipertensión y de diabetes. El costeo tendría que tener en cuenta cómo esos cambios afectarán la demanda futura.

Figura 4. Estimación de la demanda en el tiempo



Fuente: Ricardo Bitrán 2011

Ahora, en algunas circunstancias, la demanda real también podría superar la que se espera a la luz de la incidencia y prevalencia actual y futura. Como se ve en la Figura 4, eso puede ocurrir cuando existen casos acumulados de personas que ya padecían la enfermedad pero estaban sin tratamiento, y cuando se comienzan a ofrecer estos servicios en el PBS, empieza a presentarse esta demanda “represada”. Puede ocurrir también la situación contraria (curva de más abajo, puntos rojos) donde la demanda real observada puede ser menor a la que se espera en

función de la incidencia esperada. Esta situación puede ocurrir cuando las personas que sufren de una patología dada no tienen conocimiento sobre su derecho para el servicio o no saben cómo acceder a estos beneficios. Es decir, existe una curva de aprendizaje en los usuarios y pacientes que se traduce en que la demanda puede ser muy superior o muy inferior a la incidencia; esta situación puede normalizarse en el largo plazo.

3.2. El reto de estimar los costos unitarios

En los ejercicios de cálculo de costos de un PBS se usa el concepto de ‘P*Q’, donde ‘P’ es el precio o costo unitario de las prestaciones y ‘Q’ es la demanda. En la sección anterior se abordaron algunas dificultades relacionadas con la estimación de ‘Q’. La presente sección discute algunos retos relacionados con la estimación de ‘P’.

Se entiende por *costo* el valor económico de los recursos que se usan en la prestación médica, mientras que el *precio* describe el valor que el mercado o gobierno paga por esa prestación; en el caso de los PBS es el valor que el gobierno paga a los prestadores por ello. El precio puede ser mayor o menor que el costo.³ **En el momento de costear un PBS la información relevante es el costo y no el precio;** en el

³ Por ejemplo, es habitual que el precio que pagan las personas en una clínica privada por un examen de laboratorio es muy superior al costo real de producción de ese examen y también es habitual que el precio que el gobierno les paga a los prestadores públicos por alguna prestación es inferior al verdadero costo.

costeo de un PBS se trata de determinar el valor económico total de los recursos que se usan en la producción de las prestaciones contenidas en el PBS. Es importante incluir todos los costos para reflejar el costo total de la prestación; Hay que tener especial cuidado en incluir también los costos ocultos⁴ que se pueden presentar en el sector público. Cuando el PBS es provisto tanto por prestadores públicos como privados (por ejemplo, en el caso del POS de Colombia o del AUGE de Chile), es importante distinguir entre los costos que surgirán en el sector privado y en el sector público.

Otro asunto importante es diferenciar entre el costo total y el costo incremental de un PBS.

Esta diferenciación está basada en que muchas veces algunos o todos los servicios incluidos en el PBS ya estaban siendo otorgados y financiados, pero no de manera adecuada (con baja calidad y sin responder a toda la necesidad). En ese caso el costo total será mayor al costo incremental. El costo incremental corresponde a los recursos financieros adicionales que se requieren para financiar las prestaciones por encima de los que actualmente se están prestando.⁵

4 Los costos ocultos, por ejemplo, pueden incluir el costo de la depreciación de la infraestructura o de equipos médicos.

5 Cuando se implementó el AUGE en Chile en 2005, muchas prestaciones ya estaban otorgadas en el sector público, aunque no para toda la demanda. En este caso era importante saber cuál era el costo adicional de garantizar todas las prestaciones del plan AUGE. Pero no se hicieron estudios de costos incrementales. Solo recién se está ejecutando una calculación del costo incremental del AUGE.

Por último, **cuando se costea un plan de beneficios, hay que tener en cuenta la inflación.** Muchos costeos de PBS de la región han ignorado la inflación, lo que ha resultado en una subestimación de los costos de un PBS, ya que se observa, por lo general, una inflación de los costos de la infraestructura y de la mano de obra. Además, esta suele ser mayor que la inflación general del país.

4. COSTEAR UN PBS: EJEMPLOS DE CHILE, PERÚ Y ARGENTINA

El caso de Chile

Para ejemplificar los procesos clave de un costeo e ilustrar los retos que se puede enfrentar al costear un PBS es interesante conocer la experiencia de otros países que han realizado un costeo. El caso de Chile muestra muy bien la complejidad de esta tarea.

Chile se basa en el sistema de seguridad social para la salud (SSS) para proporcionar cobertura casi universal a sus 17 millones de habitantes. Existen dos formas de seguro. Los seguros principales son los del sector público, Fonasa, y del sector privados, Isapres⁶. Los beneficiarios del FONASA utilizan principalmente los proveedores públicos de salud. Los beneficiarios de Isapre utilizan principalmente a los

6 Adicionalmente existen también los sistemas de seguro de las fuerzas armadas y otros seguros comerciales.

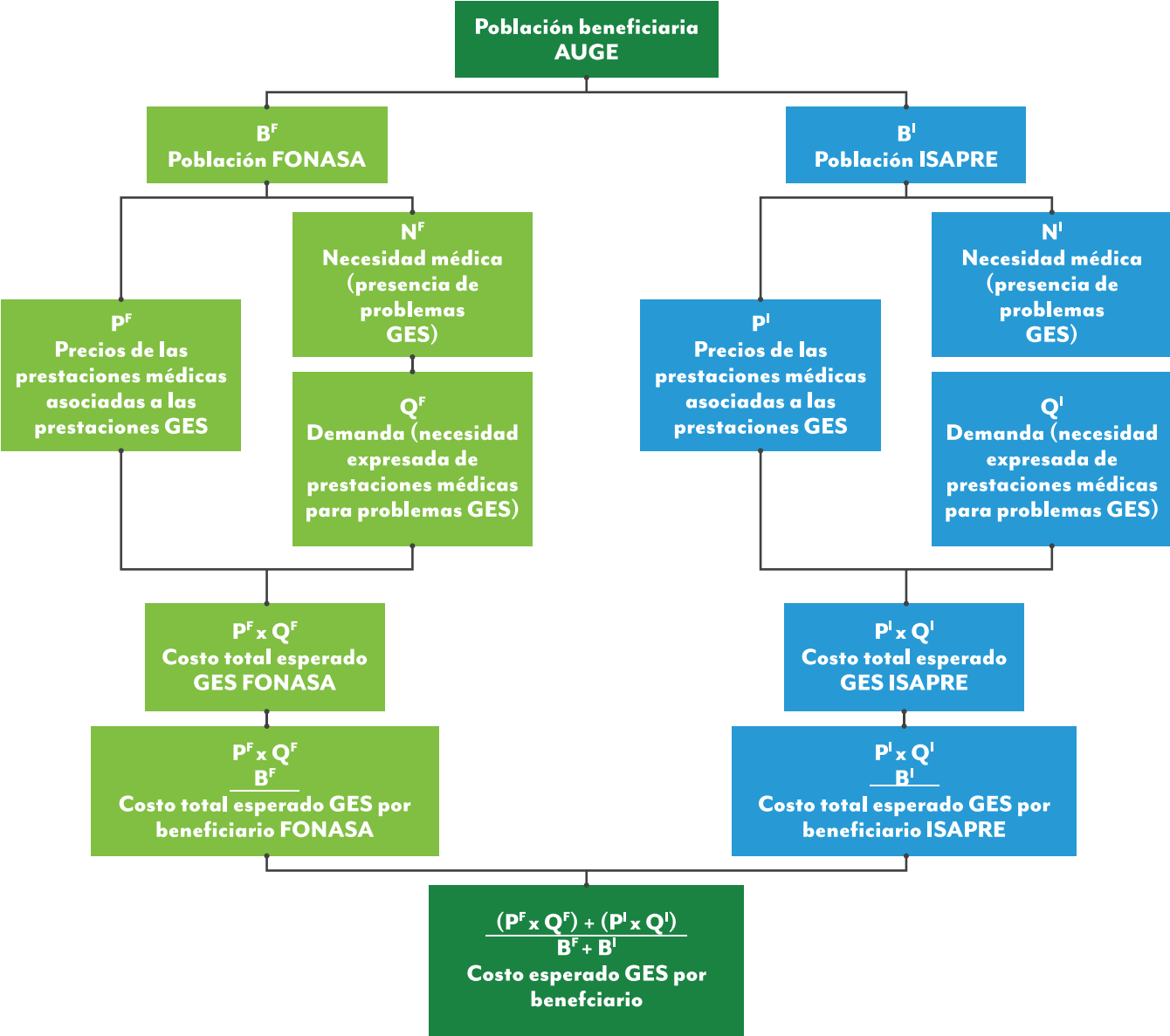
proveedores privados de salud. En el año 2005 Chile inició una reforma de salud denominada AUGE (Aseguramiento Universal con Garantías Explícitas) o GES (Garantías Explícitas en Salud). Con esta reforma se introdujo un PBS conocido como Plan AUGE con el objetivo de cubrir un mínimo de enfermedades para toda la población. El PBS AUGE incluye entonces 56 problemas de salud (BID, 2013) y cubre tanto a los beneficiarios de FONASA como a los beneficiarios Isapres.

El desafío principal del ejercicio de costeo del Plan AUGE era el de tener que hacerlo tanto para la población afiliada con FONASA como para la población afiliada con ISAPRES. La Figura 5 ilustra el enfoque que se utilizó para costear el Plan AUGE en Chile. Se realizó una estimación de lo que sería la demanda por prestaciones de la población. En el caso de Chile se trataba de una estimación para 18 problemas de salud diferentes, y para cada uno de estos problemas de salud se tenía que estimar la demanda por prestaciones. Adicionalmente fue necesario hacer una revisión exhaustiva en las canastas. Es decir, cada una de las enfermedades incluidas, por ejemplo, cada uno de los cánceres pediátricos era acompañado por una guía clínica que estipulaba qué tipo de tratamiento había que hacer para cada tipo de cáncer y según el curso de la enfermedad. Cada uno de estas guías clínicas, documentos sumamente complejos, se había que modelar y costear. Se obtuvieron precios y costos para aproximadamente 8000 precios privados y costos públicos para cerca de 8500 prestaciones. No se conocieron los costos en el caso del sector privado. Lo único que se sabe

en estos casos son los precios que los prestadores privados cobran por sus prestaciones. Por esta razón se usó información de precios por el sector privado y de costos para el sector público. En un siguiente paso, se multiplicaron las demandas estimadas de prestaciones por sus precios, se sumó el costo y se obtuvo después el costo esperado por beneficiario ponderando con el costo esperado público por costo esperado privado.

El ejemplo de Chile muestra la complejidad de la tarea de un costo.

Figura 5. Costo PBS AUGE en Chile



Fuente: Ricardo Bitrán 2011

El caso de Perú

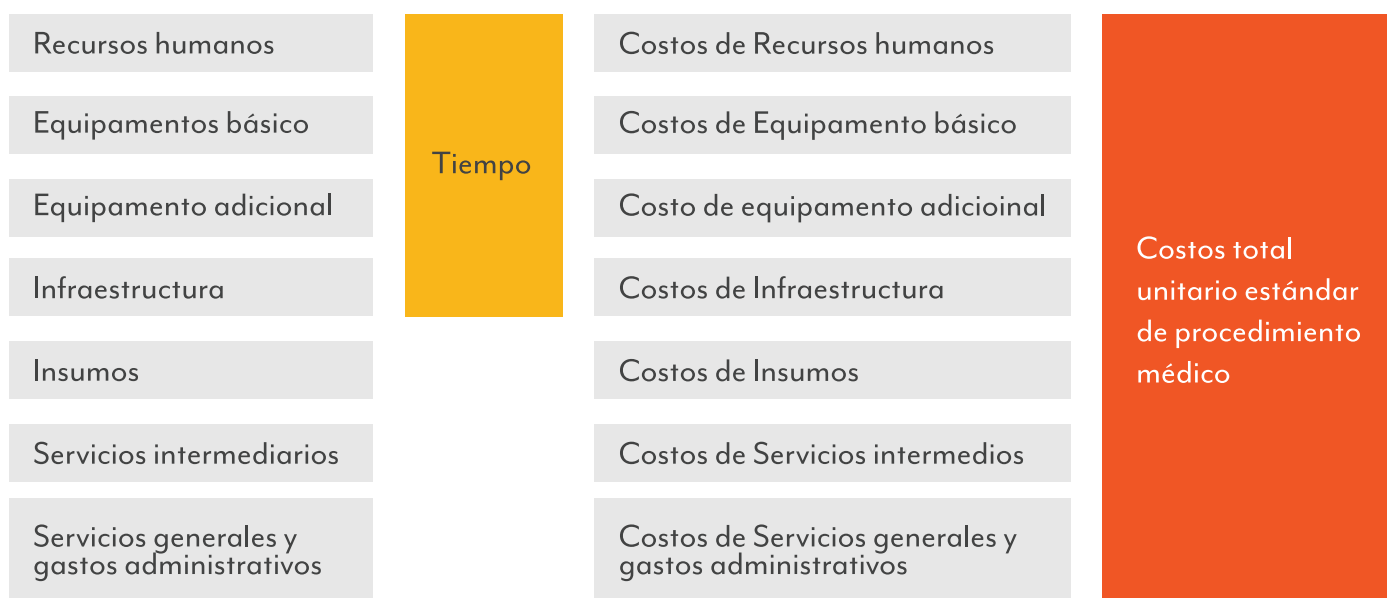
En el Perú se costeo el PEAS que es el PBS que este país diseñó en el contexto de su seguro universal. Este es un plan mucho más amplio que el plan de beneficios del Plan Nacer. La metodología que ellos utilizaron está representada en la Figura 6. En el primer paso se investigaron los costos de los recursos humanos, equipamientos básicos, equipamiento adicional, de infraestructura y del tiempo durante el cual serían utilizados estos insumos de producción (para calcular la depreciación). Esto permitió estimar los costos de recursos humanos, del equipamiento y de la infraestructura. Adicionalmente, se hizo una estimación de los insumos de los servicios intermedios (medicamentos) y de los servicios generales y gastos de administración, para finalmente hacer una estimación del costo unitario de cada procedimiento médico cubierto por el PEAS. En un siguiente paso se multiplicó el costo unitario por procedimiento o prestación por la demanda esperada de prestaciones por individuo.

Eso último se multiplicó a su vez por la cantidad de individuos cubiertos por el PBS. De esta manera se obtuvo una estimación del costo total anual del PB del SIS.

La problemática del costeo que se obtuvo de esta manera reside en que era varias veces superior a los recursos per cápita de los que disponía el Perú.

La problemática de este costeo fue que superó los recursos disponibles del Seguro Integral de Salud (SIS) para financiar este PBS. Es decir, al realizar este costeo se descubrió una brecha significativa entre los recursos necesarios para poder proveer todos los servicios incluidos en el PEAS a la población objetiva y los recursos financieros disponibles. Este caso es un ejemplo clave para ilustrar la importancia de realizar un costeo adecuado e incluirlo desde el inicio en el diseño y la implementación de un PBS.

Figura 6. Costeo del PBS del SIS en Perú

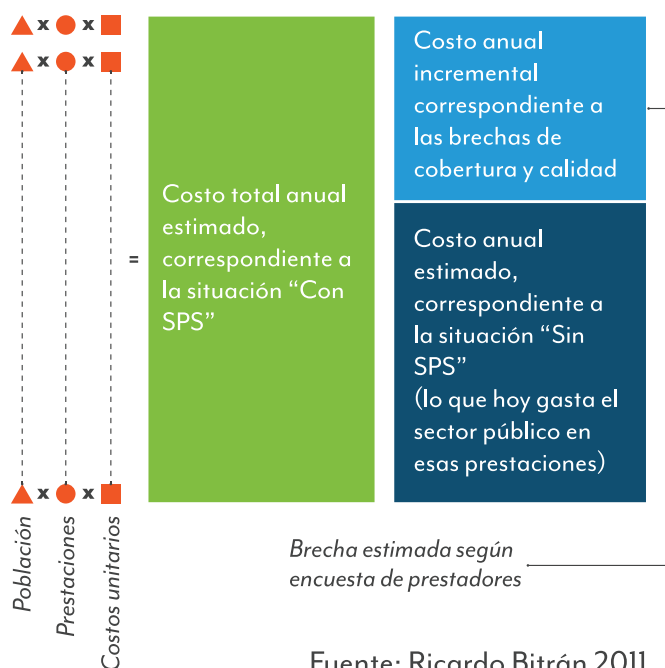


Fuente: Ricardo Bitrán 2011

El caso de Argentina

El Plan Nacer en Argentina está orientado a otorgar atención materno infantil para la población de bajos ingresos en algunas provincias pre-definidas del país. La Figura 7 representa el costeo del PBS Plan Nacer en Argentina. Primero se realizó una estimación de la población en situación de pobreza. En el segundo paso se hizo un listado de las prestaciones que el gobierno de Argentina quería financiar. Se hizo una estimación de los volúmenes de demanda que se esperó para estas prestaciones. Para hacerlo se usaron diferentes tipos de normas sobre cuál sería la cantidad de partos, de atenciones, de acciones de control, vacunas y otros. En un siguiente paso se usó la información de costos unitarios y se aplicó una metodología innovadora para tratar de suplir la ausencia de información sobre costos y multiplicar la cantidad de prestaciones por los costos unitarios. Como resultado se obtuvo una estimación del costo total anual de otorgar el Plan Nacer.

Figura 7. Costeo del PBS Plan Nacer en Argentina



Fuente: Ricardo Bitrán 2011

Posteriormente se estimó el costo incremental de prestar este plan en razón a que parte de estos servicios ya se estaba ofreciendo en la realidad aunque con menos frecuencia y calidad. La diferencia (rectángulo claro a la derecha) es lo que los investigadores estimaron que eran las necesidades adicionales de recursos requeridos para poder financiar las prestaciones del Plan Nacer para toda la población que demandaba dichas prestaciones, cumpliendo con ciertos estándares de calidad. Con ello se quiere ilustrar que en Argentina, a diferencia de otros países, se preocuparon por estimar el costo incremental del PBS.

5. OTROS RETOS Y LIMITACIONES EN EL COSTEO DE PBS

Existen varios retos adicionales en el costeo de un PBS. **Uno consiste en que un costeo adecuado debería basarse en la observación directa y en datos empíricos y no sólo en escenarios teóricos.** Sin embargo, no siempre existe este tipo de información empírica sobre la demanda o el costo unitario de las prestaciones. Por lo tanto, muchos estudios de costos de planes de beneficios se hacen de manera teórica. Estos "ejercicios teóricos" o "estudios teóricos" son muchas veces la opción preferida, en parte por razones de costos y falta de recursos para conseguir toda la información empírica que se requeriría. Sin embargo, el costeo teórico puede resultar en errores sustanciales: Pueden llevar, por ejemplo, a una subestimación de

los recursos requeridos. Ello se puede traducir a su vez en que no se puedan prestar todos los servicios incluidos en el PBS o que la cobertura efectiva de servicios termine siendo baja.

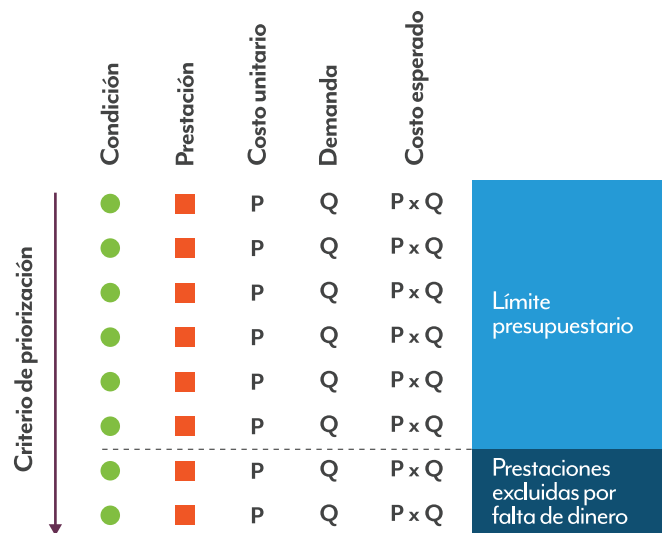
Otro desafío importante en el costeo de un PBS es el uso de canastas o protocolos de atención.

Estos protocolos de atención no siempre están disponibles. Por lo tanto, no siempre existe claridad sobre lo que se tiene que costear en un PBS, lo cual puede resultar en no incluir todos los costos existentes. El uso de guías o protocolos implica la traducción de la complejidad del proceso de atención en expresiones matemáticas y asignar probabilidades a cada uno de los cursos de tratamiento.

Lograr el equilibrio financiero es también un desafío importante en el costeo de un PBS. La experiencia del estado Oregón de EEUU en su esfuerzo de costear su plan Medicare ilustra bien este reto. En Oregón se hizo una priorización inicial de largo plazo que se tuvo que reajustar tres veces hasta que finalmente se llegó a definir un conjunto de condiciones médicas o problemas de salud y un conjunto de prestaciones asociadas para determinar el costo unitario con estimaciones de demanda y un costo esperado. Se asume que ese costo fuese más grande que la cantidad de recursos disponibles para el PBS y se buscó una manera para poner algún límite a los contenidos del PBS. Cada año entonces se estableció cuál era el límite presupuestario. A partir de ese límite se trazó una línea de corte para financiar lo que estaba dentro del límite y para no financiar lo que quedó fuera de este límite. La Figura 8 muestra que las prestaciones que están más arriba de la línea

tienen mayor prioridad y las que están más abajo tienen menor prioridad. En función de la cantidad del presupuesto disponible anualmente se había definido qué prestaciones quedarían dentro del plan de beneficios garantizado y cuáles quedarían por fuera.

Figura 8. ¿Cómo lograr el equilibrio financiero? El caso de Oregón, EE.UU.



Fuente: Ricardo Bitrán 2011

Un último desafío que se debe mencionar es que el **contexto de los ejercicios de costeo tiene que ver con el cambio del costo del plan de beneficios en el tiempo.** Ello apunta a la necesidad de ajustar y recalcular periódicamente el costo de un PBS para que este siga reflejando el costo real a través del tiempo. Los cambios en el costo suelen darse por cambios en la demanda, en el costo de los insumos y prestaciones y el contenido del PBS. En consecuencia, debe tomarse en cuenta que el cálculo del costo de un PBS no debería hacerse sólo al comienzo como un esfuerzo aislado sino que debe ser parte de un ejercicio sistemático que se repite en el tiempo.

6. CONCLUSIONES

Se ha ilustrado en lo anterior que costear un PBS antes de implementarlo es indispensable y que es de suma importancia tener conocimientos sobre los recursos disponibles para su financiamiento.

Hacer un costeo también requiere de un conocimiento sobre los gastos esperados, lo que a su vez impone necesidades de estimar la demanda para los costos de los servicios. Estimar la demanda y los costos unitarios impone desafíos metodológicos significativos. La experiencia de otros países que ya han costeado sus PBS puede ayudar a superar estos retos.

Finalmente, es importante tomar en cuenta que el costeo es un ejercicio recurrente que se debe repetir periódicamente y con información empírica sobre la demanda y los costos para recalcular con mayor precisión el costo del plan de beneficios.

REFERENCIAS

Bitrán, R. 2011: “Costeo de planes de beneficios en salud”. Webinar, 1 de diciembre 2011. Red de Priorización y Planes de Beneficios en Salud. BID.

Escobedo, S. 2007: “Metodología para la estimación de costos estándar de los procedimientos médicos incluidos en el Plan Universal de Beneficios en Salud”. Reporte técnico. Ministerio de Salud del Perú, Septiembre de 2007. Lima, Perú.

BID. 2013. Diseño, Implementación y Ajuste de Planes de Beneficios en América Latina. Un estudio comparativo de experiencias de Argentina, Chile, Colombia, Honduras, México, Perú y Uruguay. A ser publicado en Marzo 2013.

