

DIMENSIONES HORIZONTAL Y VERTICAL EN SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Resumen

**Daniel Maceira, Ph.D.
Danielmaceira@cedes.org**

Los sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe son altamente heterogéneos entre sí en cuanto a niveles de cobertura y acceso, equidad, estructuras de organización y financiamiento, como así también en resultados, generalmente asociados a los niveles de riqueza promedio de cada nación. Esta última asociación constituye un desafío desde el punto de vista de política económica y sanitaria: como construir un sistema de atención que compense las limitaciones presupuestarias y brinde a su población una mejor calidad de vida desde la perspectiva de la salud.

Dentro de este marco, el propósito del trabajo es el de ofrecer un análisis comparativo de las experiencias de organización de los servicios de salud a nivel regional y del papel que dentro de ellos tienen los esquemas de aseguramiento social, reconociendo la naturaleza mixta (público – privado - seguridad social) de los sistemas de financiamiento y cuidado de salud en América Latina y el Caribe.

El objetivo de un mecanismo de aseguramiento social es el de brindar al sistema de salud un soporte financiero sostenible en el tiempo que le permita a contingentes de población más amplios tener acceso a servicios de salud. En este sentido la contribución de un sistema de aseguramiento social puede resumirse del siguiente modo: ampliar la cobertura; proveer sustentabilidad financiera; ser potencial herramienta para mayor acceso y equidad; sistematizar, coordinar, monitorear la oferta privada de servicios vía contratación e incentivos; y distribuir costos y riesgos de la atención de servicios asociados con características tradicionales de un seguro de salud.

La organización de los sistemas de salud en los países de la región presenta diferencias que se encuentran relacionadas tanto con los actores participantes, como también a la articulación y coordinación entre ellos para establecer diferentes modelos de atención. Las características de cada actor y su poder relativo en el financiamiento y provisión de servicios en los “mercados de salud” influyen directamente en los resultados intermedios del sector y en los indicadores de salud de cada nación, departamento o municipio. De esta manera, los sistemas de salud de la región pueden agruparse en cuatro modelos de atención en base a su estructura organizacional:

1) Modelo público integrado: Este grupo se encuentra formado principalmente por las naciones del Caribe de habla inglesa, Cuba y Costa Rica. En todos los casos,

el sistema público concentra la mayor proporción del financiamiento, la propiedad de los servicios y la cobertura de atención. En general, sus indicadores de cobertura son altos y sus indicadores de salud satisfactorios y por encima del promedio regional. En términos de la organización de sus sistemas de aseguramiento social, salvo Costa Rica –que cuenta con una estructura coordinada en funciones entre el subsector público dependiente del Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social-, todos ellos cuentan con un sistema de aseguramiento social organizado bajo el modelo de atención pública universal, con paquetes de servicios no establecidos explícitamente.

2) Modelo segmentado: Este grupo se encuentra integrado por la mayor parte de las naciones latinoamericanas (México, América Central –excepto Costa Rica- las naciones andinas –excepto Colombia- y el Paraguay- y cuenta con una marcada segmentación en la provisión y financiamiento de servicios de salud, donde se identifican tres subsistemas. Dentro del sector público, pero actuando con baja o nula coordinación, se encuentran (1) el subsistema público dependiente del Ministerio de Salud, con amplia capacidad instalada, fuertes limitaciones presupuestarias, alta integración vertical y en general, bajo rendimiento; y (2) el instituto de seguridad social, con cobertura a trabajadores formales, mayoritariamente urbanos. EL tercer sector es el privado, con baja presencia relativa de seguros, y fundamentalmente establecido por una red de médicos individuales, farmacias y otros profesionales de la salud. En estos casos, el sistema de aseguramiento social se concentra en el sector público y los institutos de seguridad social, los cuales cuentan con cobertura reducida, dado la estructura de empleo informal de las naciones del grupo. Los mecanismos de coordinación entre ambos actores son limitados, concentrándose en sistemas de subsidios cruzados entre instituciones, generalmente no normatizados.

3) Modelo público con subcontratos: Brasil es la única nación de la región que cuenta con un sistema universal de salud, financiado por el sector público y cuya provisión de servicios se canaliza no sólo mediante la red de servicios propios, sino que incluye la contratación de efectores del sector privado. El Sistema Único de Salud brinda cobertura teórica a todo habitante de la nación y cuenta con un paquete básico de servicios. El financiamiento se establece a partir de capitas por población distribuidas entre Estados y Municipios. El seguro privado es complementario, y es utilizado por el 28% de la población.

4) Modelo intensivo en contratos: Cuatro naciones participan en este grupo cuyos sistemas de salud son marcadamente diferentes entre si: Chile, Colombia, Argentina y Uruguay. Chile cuenta con un sector público que brinda cobertura teórica a un 60% de la población, mediante mecanismos de subsidios a la oferta – hospitales y centros de salud públicos- y a la demanda –organizado en torno al Fondo Nacional de Salud-. El resto de la población –generalmente los grupos de mayor ingreso y menor riesgo sanitario- contribuye al sistema de ISAPRES, seguros privados de salud. El sistema de subsidios de oferta y demanda también se encuentra presente en Colombia, donde los fondos de aseguramiento social de los trabajadores formales es administrado por empresas privadas de seguro,

EPSs, quienes reciben las contribuciones salariales y patronales recaudadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía. Este fondo estatal reasigna recursos entre aportantes, a partir de la diferencia entre la contribución de cada uno y el precio de un paquete básico de prestaciones, constituyéndose en el mecanismo de distribución social entre contribuyentes netos y subsidiados. Por último, Argentina y Uruguay cuentan con un sistema amplio de Obras Sociales e instituciones mutuales de seguridad social (IAMCs), que coordinan el seguro social con el sector privado a través de subcontratos de prestación. En ambos casos, la cobertura pública es relativamente amplia para el promedio regional, y la presencia de seguros privados es relevante principalmente en centros urbanos.

La organización de un sistema de aseguramiento social cuenta con dos dimensiones: una horizontal y otra vertical. En la primera de ellas se establecen las relaciones entre cada uno de los actores o subsistemas que participan en la atención de la salud y que a su vez forman parte de la red de aseguramiento. En esta dimensión se determinan los criterios de riesgo compartido ("*risk sharing*") entre subsistemas y sus efectos sobre los patrones de selección y transferencia de pacientes. Por otra parte, en la dimensión vertical se establecen las relaciones de cada una de las estructuras que participan de la red de aseguramiento social, desde la perspectiva de la organización interna de funcionamiento. Esta dimensión se encuentra constituida por cinco escalones: (1) el que hace a las fuentes de financiamiento, (2) el que hace a los mecanismos de aseguramiento y distribución de recursos, (3) el que se refiere a la administración de esos fondos mediante planes de cobertura, (4) el relacionado con la estructura de instituciones que brindan la provisión de servicios y (5) el referido a los métodos de pago al personal de salud. Esta dimensión representa los aspectos de cobertura del sistema, visto desde la perspectiva de la eficiencia interna del modelo de atención.

El estudio de los sistemas de aseguramiento social en la región brinda algunos conceptos importantes a considerar en el análisis de los procesos de reforma. Sintéticamente, ellos son: (1) la existencia de fondos únicos o coordinados promueven una mayor solidaridad en el sistema de atención de la salud, (2) el modelo médico tiende a ser más equitativo y a reducir ineficiencias asignativas cuando está basado en principios de atención preventiva y comprehensiva, (3) la definición de un paquete básico de servicios es importante no sólo para el cálculo de costos del sistema, sino también al establecer niveles homogéneos de atención entre individuos con diferentes necesidades de atención, promoviendo eficiencia en la asignación de recursos, (4) la implementación de mecanismos de pago asociados con desempeño así como la posibilidad de generar competencia en la provisión de servicios al interior de cada subsector, continúa siendo una asignatura pendiente en la mayoría de los sistemas de salud de la región, aunque un mayor debate de sus ventajas y limitaciones es necesario a fin de contar con mecanismos adicionales para apoyar la sustentabilidad de las reformas en curso y (5) la participación del sector privado y la coordinación en la provisión de servicios se muestra como el mecanismo más costo-efectivo para aumentar la cobertura, dada las restricciones presupuestarias existentes en los sectores públicos del promedio regional.