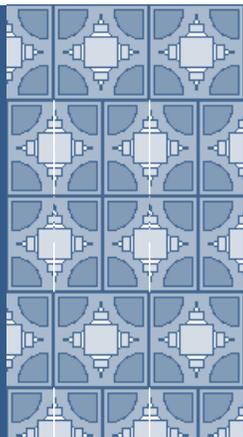


3
Ediciones
Especiales



Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe

Daniel Maceira, Ph.D.*

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
Argentina y

Colaboración para la Reforma de la Salud

Marzo del 2001

Esta publicación fue producida por Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud), un proyecto financiado por USAID bajo el contrato No. HRN-C-00-95-00024, en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud, financiada por USAID bajo el contrato No. HRN-5974-C00-5024-00. Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.

*Elaborado para el Foro sobre Aseguramiento Social en Salud, en Montelimar, Nicaragua, 10 al 13 de julio, 2000; organizado por la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe.
E-mail: daniel_maceira@amet.com.ar



Índice

Agradecimientos	iv
Introducción	1
Objetivos de un sistema de salud y modelos mixtos de financiamiento	4
Características de un sistema de aseguramiento social en salud	6
Modelos de aseguramiento social en salud en América Latina y el Caribe	8
Tercerización y reforma en el subsistema de obras sociales en Argentina	10
Brasil: Seguro público universal con subcontratos privados	15
Chile: Focalización y el papel del Fondo Nacional de Salud	17
Aseguramiento social en Colombia: Fondo solidario y aseguramiento privado	20
Coordinación institucional en el sistema de aseguramiento social de Costa Rica ..	23
Organización y funcionamiento de la CCSS	23
Aseguramiento social en México: Segmentación en financiamiento y provisión	26
El Instituto Mexicano de Seguridad Social	26
Los institutos de seguridad social en América Central	30
Dos dimensiones en la estructura de aseguramiento social	32
Dimensión horizontal	33
Dimensión vertical	36
Fuentes de financiamiento	36
Métodos de recolección y gerenciamiento de fondos	37
Gerenciamiento y organización de servicios	37
Tendencias en las reformas del seguro social en la región	39
Comentarios finales	40
Referencias	41
Cuadros	
Cuadro 1. Indicadores de salud para los países de América Latina y el Caribe	3
Cuadro 2. Dimensión horizontal en los sistemas de aseguramiento social en América Latina y el Caribe	34

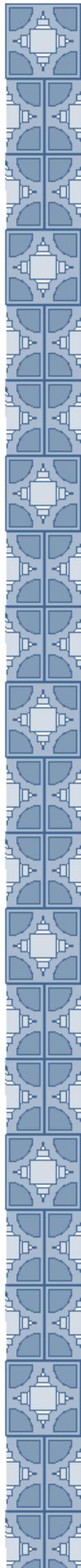
Figuras

Figura 1. Acceso a servicios de salud y participación de los sistemas de aseguramiento social	9
Figura 2. Aseguramiento social en Argentina	13
Figura 3. Aseguramiento social en Brasil	16
Figura 4. Aseguramiento social en Chile	18
Figura 5. Aseguramiento social en Colombia	22
Figura 6. Aseguramiento social en Costa Rica	24
Figura 7. Aseguramiento social en México	27
Figura 8. Las dos dimensiones de la seguridad social	32
Figura 9. Dimensión vertical de la seguridad social	36

Recuadros

Recuadro 1. Bolivia: Seguro básico de salud en un modelo segmentado de atención	14
Recuadro 2. División de roles en el sistema de aseguramiento social en Surinam	19
Recuadro 3. El sistema de aseguramiento social en Uruguay y el papel del sector privado	25
Recuadro 4. La experiencia del seguro campesino en Ecuador	28
Recuadro 5. Aseguramiento social en el Caribe inglés: El caso de Jamaica	29





Agradecimientos

El autor agradece especialmente la colaboración de Sonia Bumbak en la elaboración de este documento. Asimismo, se agradece la información suministrada por funcionarios y expertos de cada uno de los países incluidos en este trabajo.

Introducción

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 (ya sean ellos medidos en términos de mortalidad infantil, o esperanza de vida, entre otros indicadores). Gran parte de esta heterogeneidad en resultados se atribuye a la relación presente entre ellos y los niveles de riqueza promedio de cada nación¹, lo que se agudiza cuando se observan las diferencias distributivas al interior de cada país. Planteado desde otra perspectiva, existe una asociación significativa entre altos niveles de pobreza y resultados en salud poco satisfactorios. Ello se observa en el Cuadro 1, donde se presentan indicadores de ingreso y pobreza por país, juntamente con indicadores de salud (mortalidad infantil al año y a los cinco años de edad, esperanza de vida y acceso a servicios de salud).

Esta asociación riqueza-salud 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. Algunas naciones han demostrado que es posible diseñar sistemas de salud con tales características, siendo algunas de ellas parte de la región. Nuevos conceptos y otros ya conocidos se presentan en el “menú” de posibilidades a ser seleccionadas en la definición de una reforma de salud que combine efectividad y bajo costo. Ellos van desde el reconocimiento de la medicina preventiva y los planes de vacunación, hasta el diseño de mecanismos de incentivos a la oferta de servicios.

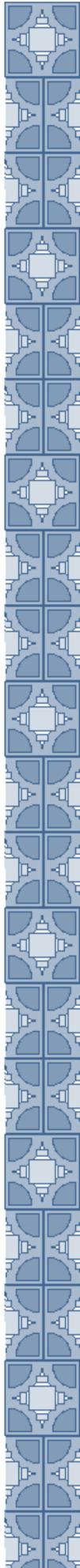
Dentro de este marco, el objeto de este ensayo es el de ofrecer un análisis comparativo de las experiencias de organización de los servicios de salud a nivel regional y, específicamente, el papel que dentro de ellos tienen los esquemas de aseguramiento social, reconociendo la naturaleza mixta de los sistemas de financiamiento del cuidado de salud en América Latina y el Caribe. El fin último es el de contribuir al debate de política pública sobre alternativas de organización, financiamiento y provisión de servicios en el área.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad presente en la región, este trabajo discute las diferentes fuentes de financiamiento de los sistemas de aseguramiento social encontrados en América Latina y el Caribe, los principios de solidaridad entre grupos poblacionales de altos y bajos ingresos, como así también los criterios de riesgo compartido entre individuos sanos y no sanos. Especial atención se brinda al análisis de los mecanismos de coordinación y estructuras contractuales entre los subsistemas de aseguramiento social participantes en la región y sus efectos en la cobertura y el acceso a los servicios de salud.

A partir de estos criterios se identifican dos dimensiones en el estudio de la estructura del aseguramiento social en salud: una vertical y otra horizontal. La primera explicita los criterios que eslabonan las fuentes de financiamiento de cada subsistema con la organización de los

¹ Murray et al. (1994) utilizando información de naciones de los cinco continentes y diferentes niveles de ingreso, ha demostrado que la asociación entre Producto Bruto Nacional, como indicador de riqueza, e indicadores de salud –esperanza de vida y mortalidad infantil– es altamente significativa.





fondos asignados para la atención de la salud, los diferentes planes de aseguramiento y los criterios de pago y contratación a la oferta de servicios (tanto hospitales y clínicas como profesionales de la salud). La dimensión horizontal, paralelamente, se concentra en estudiar los criterios que asocian la atención y financiamiento de la salud entre los subsectores público, privado e institutos de seguridad social, en los casos que ellos existieran y su articulación con el sector privado.

Dentro de este marco se analizan las ventajas y limitaciones de implementar un sistema de aseguramiento social y se discuten diferentes ejemplos de esquemas de aseguramiento social llevados a cabo en la región.

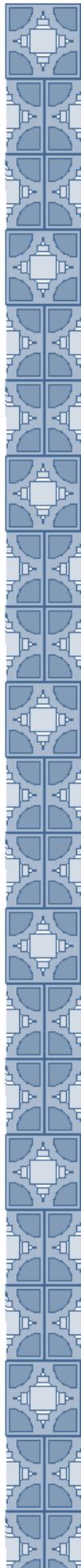
Este trabajo contó con el diseño de un cuestionario que fue distribuido entre veintisiete naciones de la región², al que se le dió seguimiento posterior por diversas vías y se completó con una extensa revisión de literatura y entrevistas con expertos y funcionarios del área de cada país.

² Los cuestionarios fueron enviados a: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad & Tobago, Uruguay y Venezuela.

Cuadro 1. Indicadores de salud para los países de América Latina y el Caribe

País	PBN per cápita	% población bajo línea de pobreza	% PBI en salud (total)	% PBI en salud (público)	Gasto total en salud per cápita	Esperanza de vida (en años)	Mortalidad infantil (menor a 1 año)	Mortalidad infantil (menor a 5 años)	% población sin acceso geográfico a servicios de salud
Bahamas	11.790	na	4,3	2,53	518	74,2	12	17,6	na
Argentina	8.970	25,5	9,8	1,71	795	73,3	22	24,6	29,0
Barbados	6.530	na	6,4	4,00	421	76,5	12	13,8	na
Uruguay	6.180	14,5	10,0	2,24	516	74,3	16	19,0	0,0
Chile	4.810	23,2	8,0	0,46	331	75,4	11	14,8	3,0
Brasil	4.570	17,4	7,6	2,56	280	67,2	34	47,2	26,0
Trinidad & Tobago	4.430	21	4,7	2,10	176	74,2	12	na	0,0
México	3.970	34	4,8	0,58	160	72,6	31	37,2	7,0
Venezuela	3.500	31,3	7,6	1,82	229	72,9	21	24,4	na
Panamá	3.080	37	9,2	3,77	253	74,0	21	27,2	30,0
Costa Rica	2.780	22	8,6	0,50	224	76,9	12	14,6	20,0
Belice	2.610	35	3,9	1,80	106	74,8	32	36,2	na
Colombia	2.600	18	7,3	1,80	140	71,0	24	37,8	19,0
Perú	2.460	49	5,5	1,46	128	68,5	40	63,2	56,0
El Salvador	1.850	48	6,8	1,18	158	69,6	32	39,8	60,0
Rep. Dominicana	1.770	21	5,3	1,51	77	71,0	40	45,0	22,0
Paraguay	1.760	21,8	5,0	1,02	85	69,8	23	47,4	37,0
Jamaica	1.680	34	5,0	2,43	76	74,7	12	26,4	10,0
Guatemala	1.640	75	4,2	0,97	56	67,4	37	59,6	43,0
Ecuador	1.530	35	5,1	0,78	71	69,9	33	59,0	12,0
Surinam	1.240	na	8,0	na	95	71,6	29	32,2	na
Bolivia	1.000	67	6,0	1,43	48	61,7	67	85,4	33,0
Guyana	770	43	7,5	5,21	44	64,6	58	76,0	na
Honduras	730	50	7,4	2,96	44	69,9	36	48,0	31,0
Haití	410	65	3,5	1,32	9	54,5	71	103,2	40,0
Nicaragua	410	50	9,2	4,01	35	68,4	43	56,8	17,0
Cuba	na	na	9,0	7,80	106	76,1	7	11,8	0,0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1999.



Objetivos de un sistema de salud y modelos mixtos de financiamiento

En general, se espera que un sistema de salud provea a la población de amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios, los cuales cuentan con ciertas particularidades que requieren de la participación del estado para resolverlas. Estas particularidades—llamadas “fallas de mercado” por los economistas— cubren un amplio espectro que se extiende desde la asimetría de información entre pacientes, médicos y aseguradores, hasta interdependencias entre el estado de salud de una persona y la de su familia y la comunidad. Las fallas de mercado proveen un argumento desde la eficiencia para desarrollar políticas de equidad, independiente de las motivaciones solidarias presentes en cualquier sociedad.

Las limitaciones de financiamiento del sector público, sin embargo, sumadas en muchos casos a la falta de eficiencia en la implementación de políticas sociales, atenta contra los principios de equidad, costo-efectividad y acceso enunciados. La limitada cobertura y calidad impulsa a amplios sectores de la población de bajos recursos a buscar atención principalmente en un sector privado atomizado, con poca participación de seguros de salud, o a prescindir directamente de atención médica. El presente razonamiento permite establecer un argumento “*by default*”: el sector privado se desarrolla a la sombra de la falta de efectividad del sector público y cuanto mayor es la falta de calidad y efectividad pública, mayor es el gasto de bolsillo (Maceira, 1996 y 1998). En los casos en que este fenómeno ocurre, el sector privado toma la forma de visitas a médicos particulares con pagos en especies, o consultas en farmacias, o a curanderas en algunas naciones del continente. Estas alternativas de atención de la salud posibilitan el uso de proveedores privados por parte de grupos de bajos recursos y explican porque en las naciones de la región con mayores niveles de pobreza la participación del gasto privado sobre el total del gasto en salud es elevado. Asimismo, esta participación privada en el gasto es más elevada que las generalmente encontradas en naciones con mayor desarrollo económico (véase la información presentada en Govindaraj et al., 1995). El argumento “*by default*” pone de manifiesto la existencia de una pugna (“*trade-off*”) entre precio y calidad, lo que también se traduce en las proporciones de consultas externas y tratamiento ambulatorio entre sectores en países con bajo desempeño de los servicios públicos de salud. En tanto las demandas de internación son ampliamente captadas por el sector público, con proporciones de 70% en promedio, los tratamientos ambulatorios en servicios dependientes del Ministerio de Salud sólo constituyen el 30%, canalizándose el resto al área de consulta privada. En otras palabras, altos costos limitan la exigencia por calidad y viceversa.

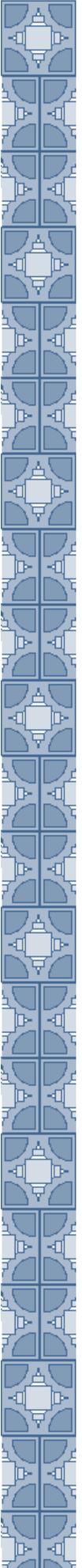
El argumento que asocia ingreso y status de salud, presentado en la sección anterior, combinado con este segundo argumento “*by default*”, sugiere que naciones con relativamente más altos niveles de ingreso —o menores porcentajes de población bajo la línea de pobreza— cuentan con mayores niveles de gasto en salud y mejores indicadores. Al mismo tiempo, naciones económicamente más rezagadas cuentan con indicadores de salud menos satisfactorios y porcentajes de gasto privado en salud más elevados. El Cuadro 1, sin embargo, permite observar excepciones a este patrón. Tal es el caso de Costa Rica, con indicadores de salud más satisfactorios que los asociados con su nivel de ingreso, Chile, con

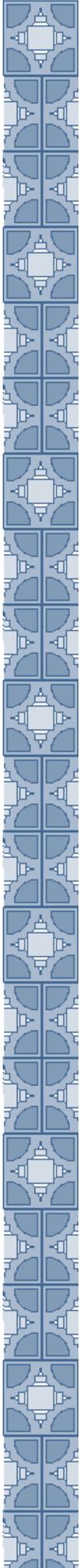
altos niveles de desempeño, o Brasil y México, con resultados menores a los esperados. Ello deja inferir que la organización de los sistemas de salud cuenta con capacidad para influir en la calidad de vida de la sociedad.

Los institutos de seguridad social, desarrollados originariamente en los países latinos de la región como una dependencia dentro del sector público, surgieron como un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. En un principio estos seguros cubrían principalmente accidentes de trabajo, para luego ampliar la cobertura del afiliado y extender esos beneficios a su familia, no sólo en el área de salud, sino también de atención geriátrica, funerales, recreación, etc. Estos institutos de seguro social, si bien lograron ampliar la fuente de financiamiento del sector, segmentaron el mercado en dos fondos independientes. Mientras tanto, los países del Caribe de habla inglesa continuaron con un sistema público de seguro universal, con cobertura variable, dependiendo de los presupuestos del Ministerio del área (Mesa-Lago, 1989). Posteriores esfuerzos en un número limitado de países, dieron origen a modalidades de seguro privado, con coberturas significativas en Uruguay, Argentina y Brasil, todas ellas sin un adecuado marco regulatorio desde la autoridad pública.

Las últimas décadas han sido testigo de un fuerte desfinanciamiento del área de salud por razones asociadas con volatilidad macroeconómica, ya sea ella producida por altos niveles de inflación o fuertes desequilibrios fiscales, afectando los niveles de cobertura y equidad en la prestación de servicios de salud. Desde entonces se observan importantes transformaciones dentro del sector en cuanto a estructuras segmentadas de prestación, subsidios cruzados, y transferencia de riesgo entre subsistemas y al interior de los mismos. Dentro de estas transformaciones se cuentan las relacionadas con el redimensionamiento de las estructuras de aseguramiento social. En algunos casos, las reformas de aseguramiento acentuaron los esquemas de financiamiento y prestación ya existentes. En otros, se desarrollaron nuevos esquemas de seguro, provenientes de la privatización de los servicios de seguridad social públicos, como en los casos de Chile y Colombia, con diferencias importantes en términos de definición del paquete básico de servicios y redistribución de fondos solidarios a sectores de menores recursos.

En las próximas secciones se discutirán los criterios para definir un sistema de aseguramiento social, los objetivos y ventajas de su implementación, como así también sus limitaciones.





Características de un sistema de aseguramiento social en salud

El objetivo de un mecanismo de aseguramiento social es el de brindar al sistema de salud un soporte financiero sostenible en el tiempo que permita a contingentes de población más amplios tener acceso a servicios de salud. Las fluctuaciones macroeconómicas a las que se ven asociados los presupuestos públicos, como así también la frecuente discrecionalidad en el uso de los mismos requieren de mecanismos alternativos o complementarios para brindar mayor y mejor acceso al cuidado de la salud. En esa dirección, la contribución de un sistema de aseguramiento social puede resumirse del siguiente modo:

- 1- Ampliar la **cobertura** hacia sectores de trabajadores formales, sus familias y dependientes y articular mecanismos de inclusión de poblaciones desprotegidas.
- 2- Proveer **sustentabilidad financiera**, en tanto las contribuciones salariales constituyen una fuente complementaria de ingresos, en ocasiones con menos dificultades de recolección que los impuestos directos.
- 3- Ser potencial herramienta para mayor **acceso y equidad**, en la medida que se incorporen criterios de solidaridad (transferencia de fondos) entre el sistema de seguro social y la cobertura de atención pública.
- 4- Sistematizar, coordinar, monitorear la oferta, vía sistemas de incentivos en los mecanismos de pago a proveedores y de subcontratación de servicios participantes de otros subsistemas (públicos y privados). Esta tarea resulta de gran relevancia en términos de “ordenar” el mercado prestador, generando ciertos estándares de calidad relativa, a la vez que hace más eficiente y competitiva la prestación de servicios de salud. En otras palabras, un sistema de aseguramiento social se encuentra llamado a cumplir un rol estratégico en la **asignación eficiente de recursos** dentro del sector.
- 5- **Distribuir los costos y riesgos de la atención** de servicios asociados con características tradicionales de un seguro de salud.

A fin de establecer un patrón de comparación entre sistemas de aseguramiento social en la prestación de servicios de salud de la región, se han establecido cuatro principios generales que definen “seguro social”. Sin embargo, ello no excluye que existan otras definiciones alternativas, más o menos estrictas a la aquí presentada. Cuatro elementos fueron tomados en consideración al momento de articular esta definición. Ellos son:

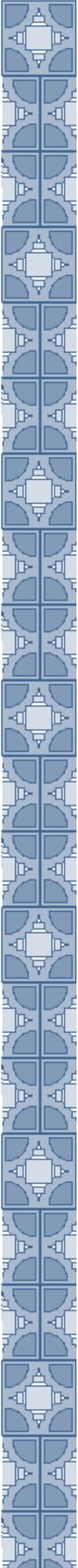
- a) Que se cuente con un padrón definido de beneficiarios.
- b) Que el sistema de aseguramiento cuente con un paquete definido de servicios y que el mismo se encuentre disponible para los usuarios.
- c) Que existan criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos, de modo que existan subsidios cruzados entre usuarios sanos y no sanos.
- d) Que existan criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos, de modo que existan subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres.

Como podrá confirmarse en las próximas secciones, muy pocos sistemas de aseguramiento social en la región cuentan con estos cuatro elementos en la estructura de sus sistemas de aseguramiento social. En aquellos sistemas de salud donde el aseguramiento

social depende exclusivamente del Ministerio de Salud, el padrón de beneficiarios no se encuentra definido, primando el criterio de “autoselección” en la demanda de servicios de salud. Asimismo, en la mayoría de los casos, tanto en el sector público como en los institutos de seguridad social, el paquete de servicios, aunque en ocasiones explícitamente enunciado, se encuentra efectivamente establecido por las posibilidades de la oferta: se prestan sólo aquellos servicios que se encuentran disponibles.

Del mismo modo, muchos de los sistemas llamados “seguro” en la región, no cumplen con los elementos que identifican la noción de seguro y transferencia de riesgo, tales como prima ajustada de riesgo, pagada por el beneficiario directamente o por el estado. En consecuencia, los seguros disponibles constituyen esencialmente variedades de subsidios, en muchas oportunidades dirigidos a grupos de población específicos, sin consideraciones de sustentabilidad. Finalmente, la segmentación de los sistemas de salud en la región limitan, en algunos casos dramáticamente, la distribución de subsidios entre ricos y pobres, reduciendo sus posibilidades de constituirse en fondos solidarios.





Modelos de aseguramiento social en salud en América Latina y el Caribe

Del mismo modo que los niveles de ingreso per cápita y las fuentes de financiamiento en los sistemas de salud varían entre países de la región, la organización de sus sistemas de salud también difieren. Esta diferencia se encuentra asociada tanto con los actores participantes, como también en cuanto 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 del sector y –junto con otras variables exógenas al mismo– en los indicadores de salud de cada nación, departamento o municipio.

Así, un sector público con alto presupuesto y calidad de atención permite el acceso a servicios de salud a altos contingentes poblacionales de todos los niveles de ingreso. Ello lleva al desarrollo de un sector privado de poca magnitud, pero de gran nivel de complejidad, a fin de diferenciarse del sector público. El ejemplo opuesto es el presentado en la sección anterior, donde la relativamente baja calidad del servicio público permite el surgimiento de un sector privado amplio, con bajos diferenciales en calidad adicional.

Asimismo, la organización y características del sector privado (por ejemplo, proporción de instituciones participantes con y sin fines de lucro) afecta la estructura de la competencia. Obviamente los incentivos generados por un mercado mayoritariamente organizado bajo formas de seguro privado con abono de cápitas difieren de aquellos en los cuales la atención se articula a través de visitas individuales a médicos y pagos por prestación. También los mecanismos de subsidios cruzados y transferencia de pacientes se encuentran sujetos a la naturaleza de actores e instituciones participantes, donde los mecanismos de aseguramiento social juegan un papel destacado.

Considerando las características de los sistemas de salud de la región, los mismos pueden agruparse en cuatro modelos de atención en base a su estructura organizacional (Maceira, 1996). Ellos son:

Modelo público integrado:

Este grupo se encuentra formado principalmente por las naciones del Caribe de habla inglesa (Bahamas, Barbados, Jamaica, Trinidad y Tobago) 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.

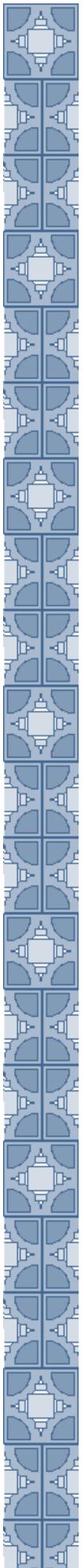
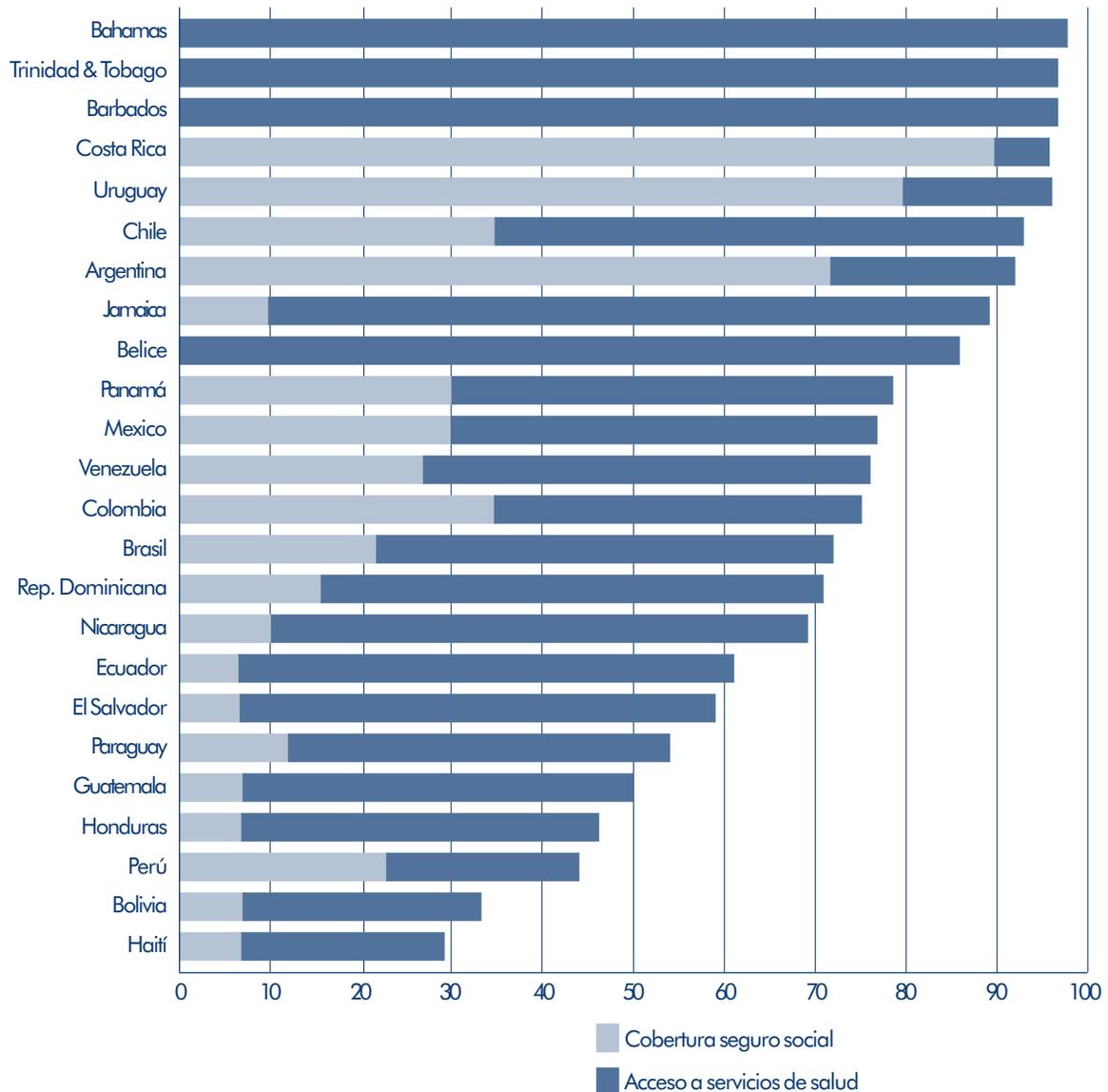
En términos de la organización de sus sistemas de aseguramiento social, salvo en el caso de Costa Rica, todos ellos cuentan con un sistema de aseguramiento social organizado bajo el modelo de atención pública universal, con paquetes de servicios no establecidos explícitamente. Costa Rica cuenta con un subsector público, dependiente del Ministerio de Salud y un instituto de Seguridad Social (la Caja Costarricense de Seguro Social). Ambas instituciones trabajan coordinadamente, distribuyéndose la atención preventiva y primaria, a cargo del sector público, de la de mayor complejidad, dirigida por la Caja.

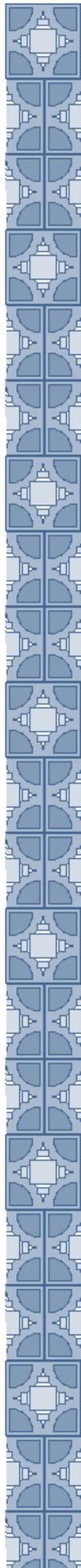
Modelo segmentado:

Este grupo se encuentra integrado por la mayor parte de las naciones latinoamericanas y cuenta con una marcada segmentación en la provisión 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 y bajo rendimiento; y (2) el instituto de seguridad social, con cobertura de trabajadores formales, mayoritariamente urbanos. El tercer sector es el privado, con baja presencia de sistemas privados de salud 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 los institutos de seguridad social, los cuales cuentan con cobertura limitada (ver Figura 1) y el sector público. Los mecanismos de coordinación son limitados concentrándose en sistemas de subsidios cruzados entre instituciones (casos mexicano o panameño).

Figura 1.
Acceso a servicios de salud y participación de los sistemas de aseguramiento social





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 cuenta con una red de servicios propios y subcontratados al sector privado. El Sistema Único de Salud brinda cobertura teórica a todo habitante de la nación y cuenta con un paquete teórico de servicios. El sector privado cuenta con un número cercano a los 35 millones de beneficiarios, mayoritariamente afiliados a sistemas de seguro privado de salud.

Modelo intensivo en contratos:

Cuatro naciones participan en este grupo cuyos sistemas de salud son marcadamente diferentes entre sí: Chile, Colombia, Argentina y Uruguay.

Chile cuenta con un sector público que brinda cobertura teórica a un 60% de la población y el resto contribuye al sistema de ISAPRE, seguros privados de salud.

Colombia presenta un sistema similar al chileno, con cobertura pública teórica del 65% y contribuciones a EPS, el sistema de aseguradoras privadas. A diferencia de Chile, Colombia cuenta con un fondo único de contribuciones a las EPS, que distribuye los recursos a partir de un paquete básico de servicios, corregido por criterios solidarios.

Argentina y Uruguay cuentan con un sistema amplio de Obras Sociales e instituciones de seguridad social, que se coordinan a través de subcontratos de prestación con el subsistema privado de atención de la salud. La cobertura de los sistemas de aseguramiento social son amplios (mayores al 55% de la población) y el subsector público cuenta con una cobertura teórica del 30%, aproximadamente. El subsector privado se financia fundamentalmente a través de seguros privados de salud y subcontratos del subsistema de seguridad social.

A partir de esta diversidad en los modelos de aseguramiento social en la región, en las próximas subsecciones se profundizarán las características fundamentales de cada uno de ellos. A continuación se presentarán algunos ejemplos de los sistemas público integrado (Costa Rica) y segmentado (México). Asimismo, se discuten los casos de Argentina, Brasil y Colombia, como modelos alternativos de aseguramiento social.

Tercerización y reforma en el subsistema de obras sociales en Argentina

El sistema de aseguramiento social en Argentina se puede definir como amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de fondos participantes, con creciente transferencia de riesgo hacia los proveedores y en un mercado estadio de separación entre las funciones de aseguramiento y provisión. La legislación surgida durante los últimos años tiende a un sistema con mayor concentración de fondos y a la generalización de un paquete médico obligatorio financiado con subsidios cruzados entre personas de diferentes ingresos y riesgos. La autogestión hospitalaria, aunque incompleta, permite una más efectiva facturación de los servicios públicos prestados a afiliados de las obras sociales, reduciendo los subsidios del pasado. Sin embargo, la crisis de empleo reduce la fuente de financiamiento total del sistema, con consecuencias sobre el sostenimiento del modelo prestador.

La cobertura de servicios de salud en Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de Obras Sociales y el sector privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud, como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social. Aproximadamente el 6% de la población cuenta con cobertura de salud a partir de contribuciones individuales a alguna de las 150 empresas de medicina prepaga existentes. A pesar del gran número de compañías presentes en el mercado, sólo un 10% de ellas cubren el 50% de los afiliados del subsector.

El sistema de aseguramiento social –las instalaciones dependientes del Ministerio de Salud y las instituciones de seguridad social (Obras Sociales)– cubren 93,8% de la población, de acuerdo a la información provista por la Superintendencia de Salud de la Nación (Cuadro 1). En Argentina existen tres tipos de instituciones de seguridad social: (1) las Obras Sociales Nacionales (ONS), alrededor de 270 instituciones organizadas por rama de actividad productiva, gerenciadas por los sindicatos de trabajadores y coordinadas por una institución de carácter nacional (ANSeS), (2) las Obras Sociales Provinciales (OSProv), 23 instituciones a las que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia, y (3) el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados.

Cobertura por subsector (1999)
(en millones de personas y en % del total)

Obras Sociales Nacionales	11,6	32,8%
Obras Sociales Provinciales	6,8	18,1%
PAMI	4,2	11,8%
Prepagas	2,2	6,2%
Cobertura pública teórica	11,0	31,1%
Total de Beneficiarios	35,8	100%

Las OSN son cerca de 300 instituciones definidas por actividad productiva, con gran dispersión en ingresos y cobertura. Treinta de ellas dan cuenta de 5,7 millones de beneficiarios, o sea el 73% del total y 150 millones de pesos de la recaudación (75%). Durante los últimos años el total de ingresos del grupo se ha incrementado, pero su distribución se tornó más inequitativa, debido a los cambios de salarios relativos en el mercado de trabajo y al nivel de ocupación por rama de actividad. Hasta 1998 la pertenencia a la Obra Social se encontraba asociada a la ocupación del afiliado, lo que impedía la competencia entre instituciones. Actualmente, el cambio de afiliación entre las OSN es posible.

Su financiamiento proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 5% constituye el aporte del empleador. Del total de ingresos por Obra Social, la Administración Federal de Ingresos Públicos retiene (1) un 0,9%, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, gerenciado por el ANSeS, cuya función es aumentar la equidad en la distribución de recursos entre entidades, y (2) los gastos generados por prestaciones a afiliados de la Obra Social en hospitales públicos de autogestión.

El Fondo de Redistribución se utiliza para cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO), fijado en 40 dólares mensuales por titular. De este modo se asegura la solidaridad del sistema y una cobertura mínima. Sin embargo, el ANSeS sigue manteniendo discrecionalidad sobre el resto de los subsidios (cerca 7 millones de dólares mensuales).

El alto nivel de dispersión de afiliados entre Obras Sociales provoca un aumento en el costo medio de administración. Al mismo tiempo, los gerentes de Obras Sociales buscan reducir el riesgo asociado con variables macroeconómicas. Ello lleva a un aumento de la intermediación –con el consecuente incremento en los gastos de administración y en los excedentes de intermediación “loading fee”– y a una mayor transferencia de riesgo a proveedores. Dados los niveles de competencia en el mercado privado de prestación de servicios de salud, mantener capacidad instalada ya no parece eficiente para las Obras Sociales.



Los precios testigos que generaban la posibilidad de atención dentro de los propios servicios de las OSN fueron reemplazados por prácticas de revisión de utilización de los nuevos administradores de riesgo. La consecuencia es una reducción a la mitad de las camas propias y en un 25% de los establecimientos entre 1980 y 1995.

Camas disponibles según dependencia administrativa (Ministerio de Salud, 1995)

Año	Oficial	Obras sociales	Privada	Mixta	Total
1980	91.034	8.045	46.611	—	145.690
1995	84.094	4.375	67.198	82	155.749

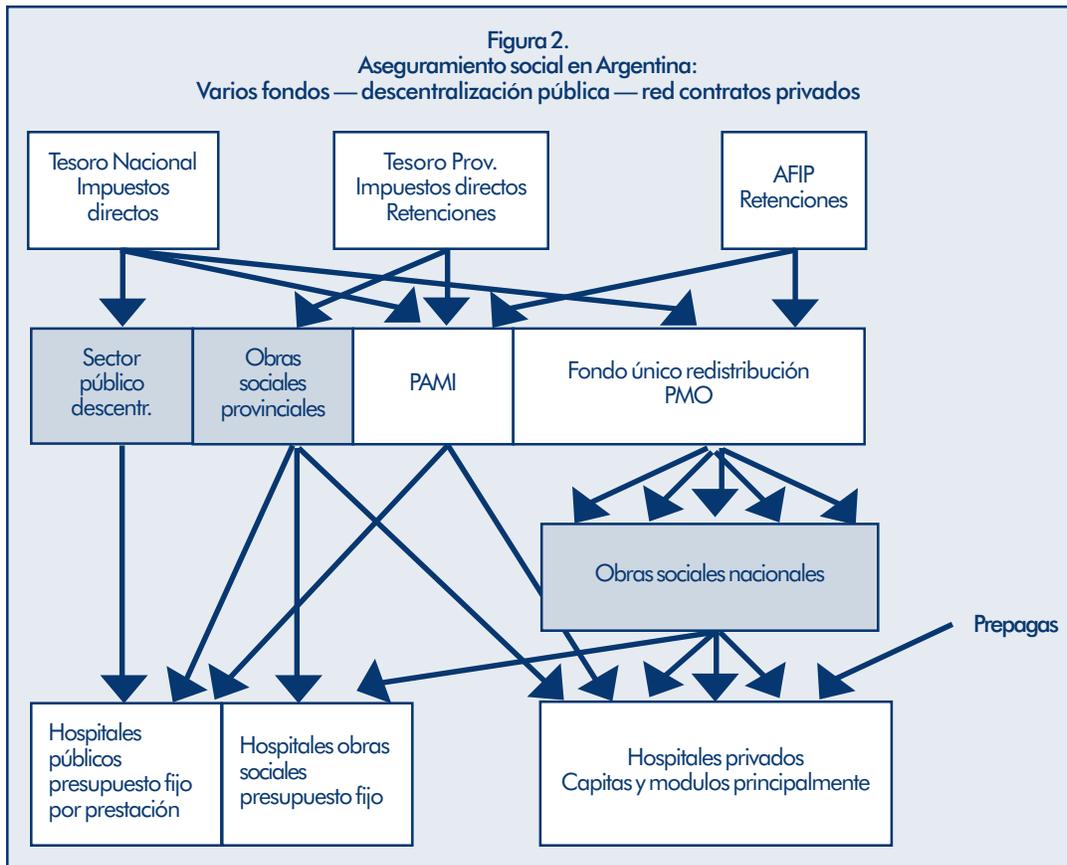
El PAMI es la institución de aseguramiento social más importante del país y por tanto constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Opera no sólo en el área de servicios de salud, sino también en recreación, asistencia geriátrica y funeraria. Su financiamiento proviene de varias fuentes: (1) los aportes y contribuciones de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario –3% aporte personal y 2% patronal, (2) el aporte de los pasivos, que varía entre 6 y 3% de sus ingresos, según estos superen o no el haber mínimo y (3) contribuciones del tesoro nacional, que constituyen el 20% de los ingresos. En 1995 fue incorporado al presupuesto nacional y se autorizó al ANSeS a administrar sus recursos. Para 1999, el gasto del PAMI –después del pago de intereses de deudas y contraprestaciones a hospitales públicos de autogestión– fue de 2.700 millones de dólares, de los cuales el 70% se destinó a la prestación de servicios de salud. De ese porcentaje, el 76% correspondió a servicios subcontratados, principalmente vía capitación.

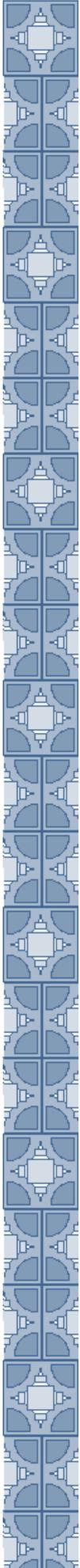
Por cada una de las 23 provincias, existe una OSProv, que brinda cobertura de salud a los empleados públicos de cada jurisdicción. Juntamente con el PAMI, estas instituciones dan cuenta de más de la mitad del financiamiento de los servicios de salud provincial. Los niveles de cobertura varían entre provincias, con un mínimo en la provincia de Buenos Aires, cuya obra social financia la provisión del 8% de la población, en tanto que en Catamarca o Jujuy este porcentaje supera el 40%. En promedio, la mayoría de las OSProv cubren entre 11 y 30% de la población total de su jurisdicción. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador, por lo que no existen mecanismos de coordinación o administración conjunta de fondos entre ellas. Como los órganos estatales son también los agentes de retención de los aportes y contribuciones por provincia y al depender éstos de las programaciones presupuestarias de las respectivas Secretarías de Hacienda, los flujos de ingresos de las obras sociales están sujetos a los desequilibrios y disponibilidades financieras de cada gobierno. Por este motivo se ha recurrido a sistemas de arancelamiento diferenciado, los que actualmente se aplican en trece de las veintitrés instituciones.

En comparación con las Obras Sociales Nacionales, no se observa todavía una generalización en los mecanismos de transferencia de riesgo a los proveedores, ya sea en los mecanismos de pago, como en el proceso de desintegración vertical en la prestación de servicios. Sin embargo, para principios de 1995 los pagos capitados contribuían con una tercera parte de los mecanismos contractuales y en muchas provincias los sistemas de módulos (del tipo DRG en los Estados Unidos) se han generalizado. Asimismo, el nivel de terciarización de servicios en hospitales públicos es mayor que entre las OSN.

En conclusión, Argentina cuenta con una intrincada red de provisión de servicios de salud, mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social. Ellas, junto a las instituciones públicas, dan cobertura teórica a más del 90% de la población. Si bien las

fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el fondo PAMI, con contribuciones solidarias de activos y pasivos, los fondos provinciales –23 en total– y las Obras Sociales Nacionales gerenciadas centralmente por el ANSeS. A diferencia de la mayoría de los sistemas de aseguramiento de otras naciones de la región, en la Argentina existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras –ya sean ellas Obras Sociales, prepagas o fondos especiales– y la esfera prestadora de servicios, crecientemente privada. La red de subcontratación es amplia, como así también la variedad de instituciones intermediarias, los mecanismos de incentivos presentes en los contratos y los sistemas de transferencia de riesgo, incluso dentro de los mismos centros de salud.





Recuadro 1. Bolivia: Seguro básico de salud en un modelo segmentado de atención

La cobertura de la salud en Bolivia se encuentra distribuida entre el sector público, que atiende aproximadamente al 25% de la población, el Sistema Boliviano de Seguridad Social (SBSS), con una cobertura teórica del 15-20% y el sector privado (tradicional y no tradicional).

El SBSS se organiza en ocho cajas de salud y su estructura de financiamiento y gerencia se encuentra separada de los programas de jubilaciones y pensiones. De estas ocho instituciones, la Caja Nacional de Salud es la más importante, cubriendo 85% de los asegurados al sistema, principalmente agentes de la administración pública. El sistema de aseguramiento social se completa con la Caja Petrolera, las Cajas Bancarias Privada y Estatal, la Caja de Caminos, la Caja de Corporaciones, el Seguro Universitario y la Corporación del Seguro Social Militar. Cada una de estas cajas cuenta con una población cautiva, a partir del Código que desde 1956 norma su creación. En su conjunto proveen cobertura a los trabajadores formales y sus familias, excluyendo a campesinos, mineros y personal de microempresas. Todas las cajas se encuentran sujetas a la normativa del Ministerio de Salud y a la fiscalización del Instituto Nacional de Seguro Social (INASES). Las autoridades del INASES, como las de la Caja Nacional y la Caja Petrolera son nombradas por el Poder Ejecutivo. Asimismo, es el Código de Seguridad Social el que define en que caja el empleador debe efectuar los aportes, los cuales constituyen un 10% del salario total. Cada una de las cajas cuenta con gestión autónoma y recaudan sus aportes, administran sus recursos centralizadamente y prestan los servicios de atención de salud mediante infraestructura y recursos propios. Estos servicios comprenden cobertura de enfermedad común, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo. El nivel de subcontratación de servicios a terceros es muy reducido.

El Gobierno Nacional, a partir de 1994 y con las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa, se encuentra embarcado en un proceso de redistribución de funciones entre los niveles nacionales, departamentales y municipales, aún no finalizado. Durante este período, su principal herramienta para aumentar la cobertura en salud ha sido el Seguro de la Madre y el Niño, actual Seguro Básico de Salud (SBS). El SBS, juntamente con el Seguro Obligatorio de Vejez (SOV), constituyen los primeros pasos tendientes a aumentar la cobertura mediante la coordinación de actividades entre la seguridad social y el sector público. Los servicios del SOV y el SBS se prestan en instalaciones de ambos subsistemas y los fondos se distribuyen a partir de un paquete básico de 75 intervenciones, que mediante un pago por prestación reembolsan los gastos incurridos en la prestación de servicios a los grupos no afiliados, con excepción de los gastos en personal. De este modo, las cajas aportan un subsidio al Ministerio de Salud equivalente al costo unitario en personal por intervención, a la vez que abonan un 5% de su recaudación para tareas de promoción y prevención de la salud.

Brasil: Seguro público universal con subcontratos privados

La provisión de servicios de salud en el Brasil se concentra principalmente en dos sectores: el sector público, constituido en el Sistema Único de Salud (SUS) y establecido como sistema de cobertura universal y el sector privado, organizado a través de seguros de salud. Este último, al que acuden los grupos de población de mayores ingresos (entre 35 y 40 millones de personas), representaba el 5% del PBN en 1995 y el 4% en 1990 (65% y 60% del gasto total en salud, respectivamente).

El SUS se articula desde el Gobierno Federal, que aporta aproximadamente el 65% de los recursos y su ejecución se encuentra ampliamente descentralizada entre los 27 estados y los municipios, que contribuyen con el resto de los ingresos en partes iguales. El Ministerio de Hacienda recauda los fondos de rentas generales y asigna el presupuesto al Ministerio de Salud a través de las partidas de “contribuciones sociales” (71% en 1998), el “fondo de estabilización fiscal” (13,3%) y otros recursos ordinarios. En el caso de los estados y municipios, las principales fuentes de ingresos son los impuestos al consumo y a la propiedad, respectivamente.

El Ministerio de Salud, a su vez, distribuye recursos tanto a nivel estadual como municipal a través del Fondo Nacional de Salud, reservando una parte para cubrir los gastos de programas y servicios gerenciados directamente desde el nivel central. La distribución de recursos del SUS se realiza a partir de dos mecanismos. El primero de ellos es a través de la transferencia de un monto fijo per cápita (10 reales por habitante por año) a cada municipio, con el fin de atender la atención básica ambulatoria de la población, o Piso de Asistencia Básica (PAB), establecido a partir de una serie de intervenciones específicas de salud. El monto fijo asignado per cápita no se encuentra corregido por ningún tipo de indicador relacionado con niveles de pobreza, género o patrón epidemiológico. En la práctica, la asignación de fondos del PAB per cápita resultan insuficientes, por lo que cada jurisdicción debe cubrir con ingresos propios el total de la cobertura. Ello constituye una fuente de inequidad, en tanto estados / municipios relativamente más pobres no cuentan con el diferencial de recursos para compensar la falta de financiamiento federal.

Asimismo, la asignación presupuestaria central cuenta con un componente variable, establecido a partir de proyectos o programas estaduales que se relacionen con “intervenciones prioritarias” a nivel de jurisdicción. Ejemplos de ellas son los programas de atención familiar, o de medicamentos básicos. Estas asignaciones variables tienen como fin generar incentivos a nivel descentralizado para desarrollar actividades específicas con las necesidades de la población de cada jurisdicción. El objetivo último es el de establecer mecanismos que reduzcan las inequidades en la prestación de servicios de salud entre jurisdicciones, a partir de la acción sobre necesidades concretas. Sin embargo, se observa una asociación entre capacidad de propuesta descentralizada y nivel de desarrollo relativo del estado o municipio, en tanto la capacidad de diseño e implementación de programas se vincula con factores tales como la disponibilidad de gerentes y personal médico a nivel local.

Cada uno de los tres niveles (Ministerio federal y Secretarías de Salud estaduales y municipales) abona por los servicios prestados a la red de instalaciones públicas de cada jurisdicción y a prestadores privados. En la actualidad y hasta que el proceso de descentralización se complete, los estados y municipios se dividen entre aquellos con “descentralización plena” y “sin descentralización plena”, con estructuras de pago a proveedores diferentes entre ellos. En el caso de municipios con gestión plena, el pago de hospitales públicos, la gestión del PAB y las contrataciones y retribuciones a efectores privados se realiza directamente por la autoridad descentralizada. En cambio, en los casos de descentralización no plena, también llamados de “gestión de atención básica”, los municipios reciben el componente PAB y el pago a hospitales se canaliza directamente desde el Ministerio de Salud federal.

El pago a los prestadores públicos se realiza a través de presupuestos históricos –asociados con equipamiento y número de camas– en el caso de las clínicas y hospitales y por procedimiento a los prestadores privados subcontratados. El sistema de pago por



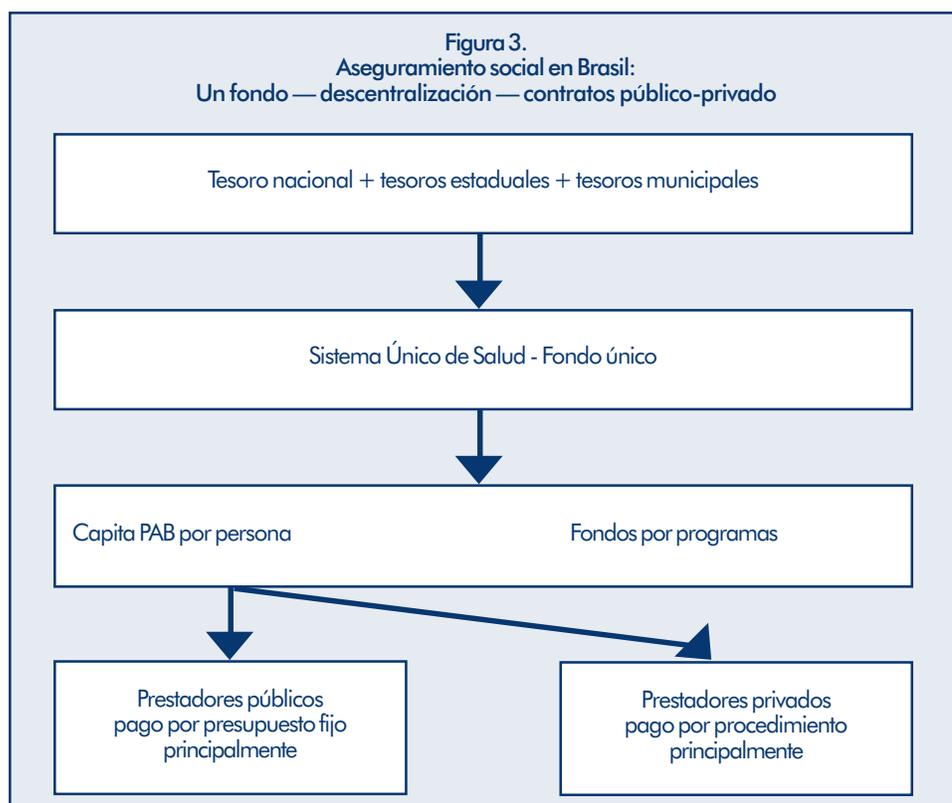
procedimiento ha sido fuertemente criticado desde la aplicación del SUS, fundamentalmente porque genera incentivos a la sobrestimación y sobrefacturación de servicios. Adicionalmente, la recepción de ingresos per cápita desde el Estado Federal, combinado por pago por procedimiento a proveedores produce una concentración de riesgo a nivel de la administración descentralizada.

La diferencia de estructuras de contrato dentro de cada jurisdicción y la falla en ciertos mecanismos de control ha llevado a una selección de riesgo por parte de algunos prestadores privados, que optan por derivar pacientes que requieren de intervenciones costosas a los hospitales públicos del área.

La coordinación del SUS se establece a través de comisiones de intergestión para cada nivel de administración. A nivel estadual existen comisiones bipartitas (CIB) conformadas por representantes de los estados y los municipios, órganos técnico-políticos a cargo de definir la estrategia de ejecución de las actividades descentralizadas. Los 26 CIB se encuentran representados en la Comisión de Intergestión Tripartita, en la que participan miembros del Gobierno Federal. Asimismo se han conformado a nivel municipal consorcios para organizar servicios locales puntuales, como en es el caso de los servicios de odontología.

Finalmente, existen tres instancias de monitoreo y control. El primero lo constituyen los Consejos Municipales de Salud, a cargo de controlar los gastos del Fondo Municipal de Salud, organismo encargado del gerenciamiento local. En segundo lugar, los Tribunales de Cuentas, a nivel estadual y federal y finalmente la dirección de Control del Sistema de Procedimientos, que funciona a nivel municipal y es el encargado de establecer la pertinencia y eficacia en el sistema de internación.

En resumen, la implementación del SUS ha alcanzado importantes logros en términos de cobertura, a partir del desarrollo de una red integrada, coordinada, con gestión local. Sin embargo, subsisten falencias relacionadas con la reducción de la brecha de equidad en la atención, ya sea ésta medida entre estados y municipios de diferentes niveles de ingreso, como entre pacientes al interior de cada jurisdicción.



Chile: Focalización y el papel del Fondo Nacional de Salud

El sistema de aseguramiento social chileno se encuentra organizado a partir de dos instituciones clave: el Ministerio de Salud y el FONASA, o Fondo Nacional de Salud. El primero se constituye en el organismo regulador del sistema, en tanto que el segundo actúa como ente específico de aseguramiento social. Una tercera institución, el Ministerio de Hacienda, encargado de girar fondos al FONASA completa el grupo de instituciones públicas relacionadas con el sistema de aseguramiento social. De este modo, e independientemente de los procesos de descentralización y/o desconcentración de fondos al interior del subsistema público, el modelo chileno separa las funciones de financiamiento –a cargo de Hacienda– de la prestación de servicios –gerenciada por FONASA– y de la regulación –cuya autoridad es el Ministerio de Salud.

El funcionamiento del sistema de aseguramiento en salud distribuye a la población de Chile en tres grandes grupos: aquellos con capacidad de aseguramiento propio y que optan por canalizar su contribución salarial al sistema privado aportando a una ISAPRE (Instituciones de Salud Provisional), con estructuras de pagos, prestaciones y regulación independientes del sistema de aseguramiento social. Un segundo grupo es aquel que cuentan con capacidad individual de aseguramiento pero deciden contribuir al seguro público de salud, a través del FONASA. Finalmente, el tercer grupo es el de la población indigente, con cobertura teórica del FONASA, sin necesidad de contribución directa. El financiamiento de este tercer grupo es a través de rentas generales, siguiendo con las generales de la ley de los sectores públicos de la región. El subsidio directo del segundo grupo, que cotiza al FONASA, al tercero, que es beneficiario neto del sistema, constituye el eje central del sistema de aseguramiento social del modelo chileno.

En términos relativos, el sistema de aseguramiento social (FONASA y red pública de prestadores) cuenta con una cobertura teórica de 9 millones de personas, entre cotizantes y no cotizantes (77% de la población total), en tanto que el sistema de seguro privado nuclea al 23% restante de la población, 70% de ella concentrada en las tres o cuatro ISAPRE de mayor magnitud. El grupo de afiliados a las ISAPRE constituyen el contingente social con mayor ingreso y menor riesgo relativo: de la población de 0 a 20 años correspondientes al quintil más rico, el 70% se encuentra afiliado a una ISAPRE, en tanto que sólo el 1% de los ancianos (mayores de 65) correspondientes al quintil más pobre contribuyen a ese sector (Larrañaga, 1997).

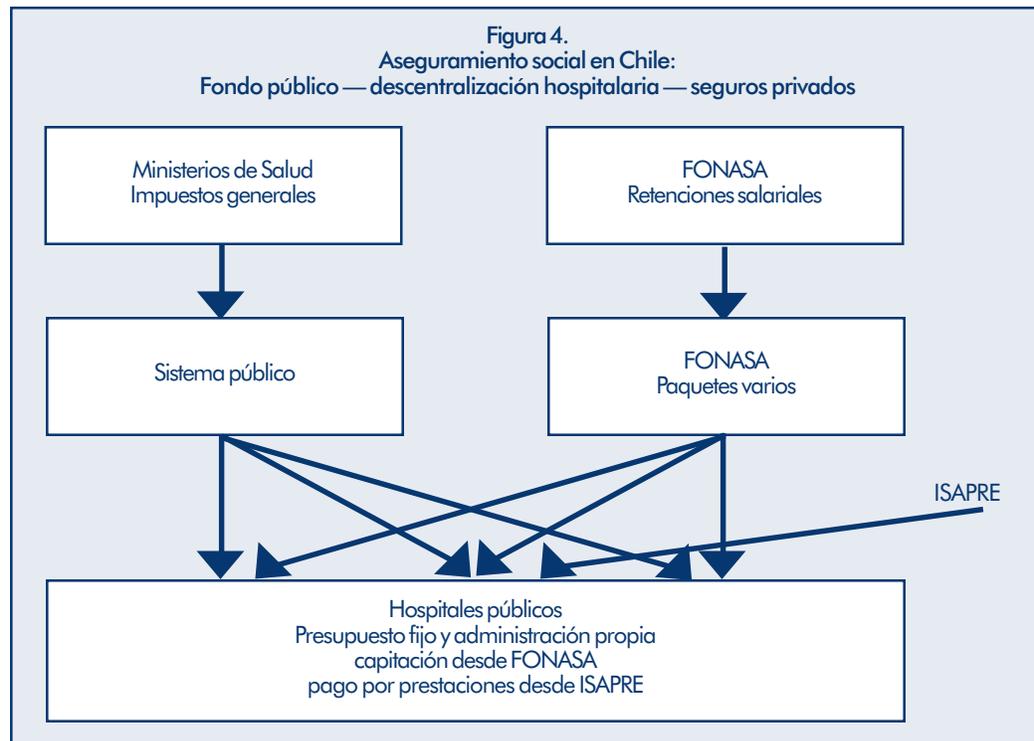
Paralelamente, el sistema de aseguramiento social organizado a partir del FONASA distribuye a la población en cuatro grupos: A, B, C y D. Los grupos C y D son los cotizantes netos del sistema, que superan el ingreso mínimo establecido por la normativa. Ellos contribuyen con su aporte salarial obligatorio, a la vez que abonan un copago o arancel (establecido por el vector de prestaciones del FONASA) por prestación. La capacidad de elección de prestador por parte de estos pacientes es plena y se diferencian entre ellos en el monto de la consulta que se encuentra incluida en el arancel: mientras que el grupo D –de mayor ingresos relativos– abona un 50% del costo de la consulta, el grupo C contribuye con el 25%. Al grupo B lo constituyen aquellos cuyos ingresos no superan la línea de pobreza, pero contribuyen compulsivamente al sistema. En estos casos, el arancel es nulo y la elección del prestador también es libre. Estos tres subgrupos (A, B y C) reúnen 2,5 millones de personas, aproximadamente el 28% de los participantes de la red social. Finalmente, el grupo A es el de los indigentes, financiados a través del presupuesto público más el subsidio cruzado proveniente de los grupos C y D.

En términos de la provisión de servicios, los grupos B, C y D, con aranceles diferenciados, reciben atención a través de una red de prestadores públicos y privados, tanto en internación como en consultas ambulatorias. El grupo A, llamado “institucional” en contraposición al sistema de “libre elección”, acude a instituciones sanitarias públicas, tanto nacionales como municipales, pudiendo optar, mediante un arancel, a recibir atención en otro servicio de la



red. Los hospitales públicos dependen directamente del Ministerio de Salud y son contratados por el FONASA para la prestación de servicios de la red aseguramiento social. La retribución a estas instituciones es a través de un presupuesto asignado por parte de la red pública, más los ingresos asociados por el cobro de servicios a pacientes privados particulares o provenientes de ISAPRE, realizado generalmente mediante la modalidad de pago por prestación.

El sistema chileno, si bien segmentado, ha demostrado poder aumentar la efectividad del gasto a través de una mayor focalización de grupos e intervenciones, sumada a la división de tareas en términos de financiamiento, provisión y control. Actualmente se encuentra bajo estudio un sistema de mayor descentralización administrativa, donde se incorporan sistemas de pago alternativos, asociados con desempeño



Recuadro 2. División de roles en el sistema de aseguramiento social en Surinam

La organización del sector salud de Surinam está basada en la separación entre los agentes financiadores y los agentes proveedores de servicios de atención de salud. Los principales agentes de financiación del sector son el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda, que provee cobertura a la población certificada como pobre (42% de la población total), el Fondo del Seguro de Salud del Estado (FSS), que cubre al 35% de la población (45% de los empleados públicos, o aproximadamente el 22% de la población total, más sus familiares directos) y las empresas privadas (20% del total de la población) que pagan por la atención médica de sus empleados. Los principales proveedores de servicios de atención son la Oficina de Salud Pública, dependiente del Ministerio de Salud y la principal institución encargada de la atención de la salud a través de distintos programas de salud familiar y de control de enfermedades, el Servicio Regional de Salud, una institución semiprivada subvencionada por el gobierno que provee atención primaria de salud al 34% de la población, la Misión Médica, un grupo de ONG religiosas que han sido designadas por el Ministerio de Salud para llevar la asistencia médica al interior del país (12% de la población) y la práctica privada que atiende principalmente a los trabajadores del sector privado (y familiares directos) que están afiliados a sindicatos y que, a través de negociaciones colectivas, son asegurados por sus empresas.

Los trabajadores del sector público aportan un 4% de su salario al FSS y otro porcentaje (5%) es aportado por el Gobierno. Ingresos adicional provienen de impuestos para subsidiar al FSS y los únicos aranceles en los que incurren los trabajadores asegurados y sus familias son una cifra mínima para la adquisición de medicamentos. El paquete de beneficios que cubre el FSS incluye tanto servicios de salud preventivos como curativos. Los planes de aseguramiento del sector privado cuentan con similares beneficios y los trabajadores deben aportar entre un 2% y un 3% en concepto de contribución salarial.

La política de pagos establecida por el FSS determina en gran medida las prácticas de los demás agentes financiadores del sistema. El FSS paga a los médicos generalistas un monto fijo mensual por cada persona registrada en su práctica y a los especialistas por paciente atendido. A pesar que desde 1995 estos montos se actualizan anualmente en base a estudios de costos, no se ha logrado evitar la transferencia excesiva de pacientes a los especialistas. Por su parte, los reembolsos que reciben los hospitales tampoco contribuyen a controlar costos: tanto el Ministerio de Asuntos Sociales como el FSS pagan un monto fijo por día de estancia, incentivando estancias más largas en el hospital.

El FSS funciona como un agente de financiamiento pasivo, más que como un fondo de aseguramiento que agrupa y administra el riesgo. La mayor proporción de los gastos del FSS corresponden a reembolsos a los hospitales por consultas médicas (37% del total), un 17% corresponde a medicamentos y el pago al personal médico implica otro 30% del presupuesto.

En tanto, el principal proveedor de servicios de salud, el Servicio Regional de Salud, la institución se encuentra en proceso de reestructuración, incluyendo descentralización administrativa y presupuestaria a los centros de salud distritales, y la participación comunitaria por intermedio de consejos de salud locales y regionales.



Aseguramiento social en Colombia: Fondo solidario y aseguramiento privado

La reforma del sector salud en Colombia a comienzos de la década de los noventa significó la búsqueda de opciones para la *falta de universalidad*, expresada en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población; la *falta de solidaridad*, representada en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas; la *falta de eficiencia*, reflejada en su organización institucional, deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector y la creciente insatisfacción de los usuarios; y la *falta de participación y compromiso de los departamentos y municipios* en la gestión de la salud. Estas condiciones fueron las que impulsaron la transformación de la Constitución Nacional de 1991 y la sanción de la Ley 100 de 1993.

El sistema está organizado actualmente de la siguiente manera:

Dirección, regulación y control. Ejercida en el nivel nacional por los Ministerios de Salud y Trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud y en el territorial por las Direcciones de Salud (departamentales, distritales y municipales) y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Administración y organización. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que pueden ser las EPS, las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y las Cajas de Compensación Familiar son las responsables de la afiliación, del registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones. Pueden ser públicas, privadas, o mixtas y compiten por la afiliación de la población.

Operación. Se cumple a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los empleadores, trabajadores y beneficiarios, con el apoyo de los mecanismos de participación social.

Financiamiento del sistema. Los recursos se manejan mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que está constituido por cuatro subcuentas: de compensación, de solidaridad, de promoción de la salud y de riesgos catastróficos.

El sistema está integrado por dos regímenes: contributivo y subsidiado. El régimen contributivo es administrado por las EPS y las instituciones adaptadas y regula la afiliación de los individuos y sus familias con el pago de una cotización, financiada directamente por el afiliado o en concurrencia con su empleador.

El régimen subsidiado es administrado por las entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud (EPS, ARS, ESS y Cajas de Compensación). Regula la afiliación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante el subsidio de la cotización, total o parcialmente, con recursos fiscales o provenientes de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, para financiar la salud de las personas y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago para cotizar. La población que no tiene capacidad de pago y no ha logrado afiliarse mediante el régimen subsidiado (población vinculada), tiene derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tienen contrato con el estado.

El Plan de Beneficios es el conjunto de actividades, procedimientos y suministros que el SGSSS brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y lo conforman los siguientes planes:

El Plan Obligatorio de Salud (POS) que está integrado por acciones individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y la provisión de medicamentos esenciales, así como por el reconocimiento de un subsidio económico por incapacidad temporal derivada de enfermedad general y maternidad. El conjunto de los recursos disponibles permite la financiación del POS; para tal efecto, el CNSSS determina el valor por capitación (Unidad de Pago por Capitación, UPC) que corresponde a cada beneficiario del sistema.

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) que está dirigido a la población que no cuenta con capacidad de pago, sus beneficios son menores que los del POS del régimen contributivo, pero en el futuro deberá ser igual. A partir del año 2001 todos los habitantes del territorio nacional deberán acceder al POS; actualmente los afiliados mediante el Régimen Contributivo tienen acceso de manera integral y de manera parcial, los afiliados a través del Régimen Subsidiado. La afiliación tiene cobertura familiar.

El Plan de Atención Básica (PAB) que está constituido por aquellas acciones que se orientan directamente a la colectividad y a los individuos pero que tienen altas externalidades. Su prestación es gratuita y obligatoria, se financia con recursos fiscales del Gobierno Nacional y de los entes territoriales, responsables de su prestación.

Los Planes de Atención Complementaria (PAC), constituidos por servicios contratados mediante el pago previo, ofrecidos por las EPS; comprenden acciones y actividades no contempladas en el POS.

La Atención en Accidentes de Tránsito y Riesgos Catastróficos, mediante los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y de transporte al centro asistencial, catástrofes naturales u otros eventos aprobados como tal por el CNSSS, los cuales son financiados por el FOSYGA.

La Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), garantizada por las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y se presta por la EPS a la cual esté afiliado el trabajador.

Existen 8.504.448 afiliados mediante el régimen subsidiado (correspondientes al 20,9% del total de la población) y 15.954.339 a través del régimen contributivo, equivalentes al 39,1% (incluye cotizantes, beneficiarios y adicionales). Con base en la población total, se estima que la población vinculada al SGSSS es de aproximadamente el 40% de los colombianos.

Desde la aparición de las Leyes 10/91 y 100/93, se ha fortalecido el financiamiento con la creación de las siguientes fuentes de financiación:

Nuevo situado fiscal, calculado con base en los ingresos corrientes de la nación (ingresos tributarios y no tributarios); es objeto de cesión a los departamentos y distritos para la atención directa o a través de los municipios de los servicios de salud y educación.

Participación municipal en los ingresos corrientes de la nación (ICN), la Ley establece un tope mínimo del 14% en 1993 y un tope máximo del 22% para el año 2002. Los municipios deben orientar estos recursos a la inversión social. Del total de ICN que reciben los municipios, el 60% se dirige a financiar el régimen subsidiado y el 40% a inversión.

A partir de la reforma, la aparición de las EPS supuso el fin de los monopolios en el proceso de afiliación y de la separación entre los sistemas de financiación y los de provisión de servicios. Sin embargo, las EPS no están utilizando procesos competitivos de contratación o negociación para inducir competencia a nivel de tarifas o calidad. En la actualidad las principales formas de pago a los médicos y hospitales continúan siendo el pago por servicio, la capitación (en el primer nivel de atención), salarios fijos y en algunos casos una prima a los médicos generales que remiten pacientes a otro nivel de atención. El Instituto de Seguros Sociales (ISS), la EPS más grande de Colombia, fue el primero en iniciar el pago a hospitales con base a "paquetes de diagnóstico" en vez de facturar por servicio prestado. Otro de los problemas que subsiste a pesar de la reforma es que no existen estudios técnicos para determinar el costo estándar de la atención y que por tal razón las IPS deben recurrir a su propia contabilidad de costos para determinar el pago.

Como se observa, el sistema colombiano de seguridad social en salud tiene dos grandes componentes interdependientes: aseguramiento y gestión territorial. Este proceso conjunto de descentralización y aseguramiento otorga al municipio la responsabilidad de dirigir la gestión de salud en el ámbito local, garantizando la salud pública y vigilando la calidad de los servicios y su impacto en la salud de la población y le confiere autonomía en la organización

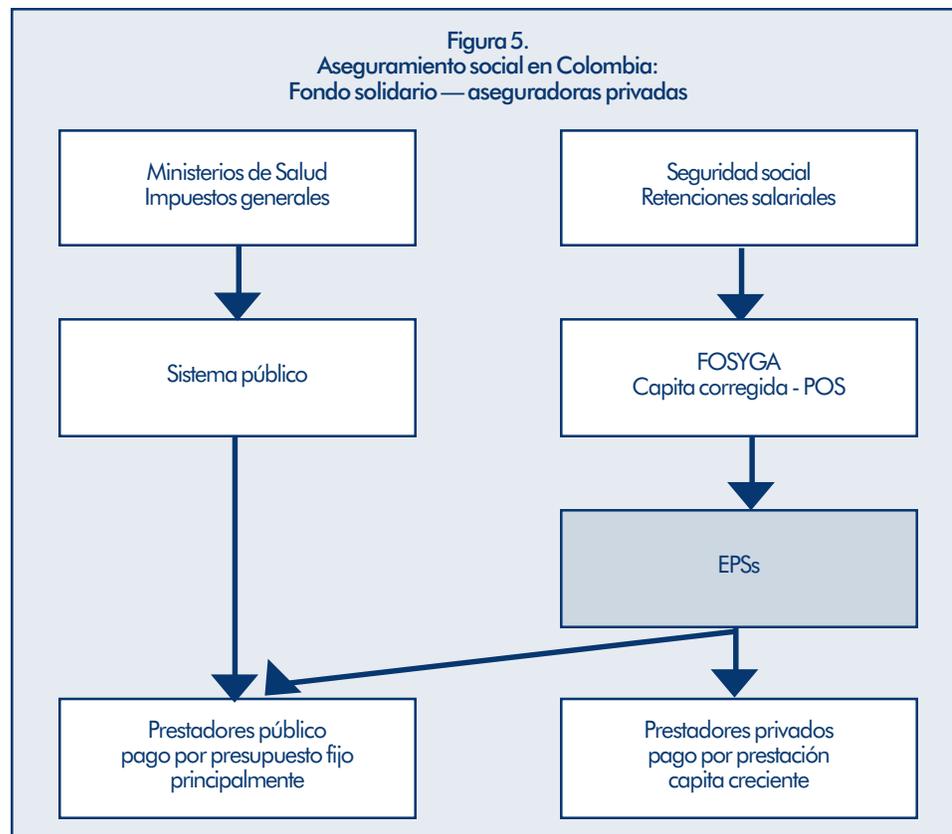


de los servicios y atención a los carenciados. Sin embargo, aún existen limitaciones en el área financiera (decisión de gastos y fijación de tarifas, por ejemplo) y de recursos humanos. Esto último está ligado a que el municipio puede contratar pero no despedir personal médico, porque estos pertenecen a la carrera administrativa.

En el caso de los departamentos, estos son los responsables de coordinar las acciones de salud de sus municipios, complementando las acciones municipales de salud pública, de participar en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud y de prestarles asistencia técnica para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones en cuanto a la atención de la salud pública. Su autonomía también es limitada en cuanto a la gestión de los recursos humanos, pero desde el punto de vista financiero, su situación es mucho más autónoma hasta el punto en que la mayor parte de las decisiones de organización de los servicios y de coordinación con otros sectores son hechas por las autoridades departamentales.

Sin embargo, existen problemas relacionados con la administración del nuevo sistema de salud debido a la gran cantidad de normas, requisitos y procedimientos que le quitan transparencia y aumentan su complejidad. Entre ellos se destacan la falta de incentivos para estimular la certificación de departamentos y municipios como entes descentralizados; el manejo incorrecto de los no afiliados, particularmente de las personas en situación de pobreza y de aquellos que se encuentran en el límite de poder hacer su aporte; y fuertes restricciones sobre el mercado de los trabajadores de la salud. Esto significa que en aspectos tan críticos como la vinculación laboral, la motivación, las condiciones de trabajo y la supervisión formadora, las EPS no tienen autonomía para su modificación y, por ende, para aumentar la productividad de su personal y la calidad de atención a los beneficiarios.

No obstante, las EPS han implementado mecanismos para el control de la calidad médica a través de visitas periódicas a las IPS, demandando auditoria de los registros médicos y realizando entrevistas con pacientes. Asimismo, algunas EPS exigen que las IPS realicen informes sobre la calidad de los servicios que entregan.



Coordinación Institucional en el sistema de aseguramiento social de Costa Rica

Costa Rica es un ejemplo de como un país latinoamericano de ingreso medio puede diseñar y gestionar un sistema de aseguramiento social equitativo y costo-efectivo con un status de salud comparable a los países de ingresos más altos y con gastos per cápita en la atención de la salud de sólo el 6% del de los Estados Unidos.

El sistema de salud de Costa Rica está conformado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y las Facultades de Salud de la Universidad de Costa Rica. Su modelo de atención atravesó por cuatro estadios, desarrolladas en la década de los setenta y que fueron determinantes en la construcción del modelo de atención que tradicionalmente ha tenido Costa Rica: (1) la adopción y aplicación por parte del Ministerio de Salud de la estrategia de atención primaria en el desarrollo del Programa de Salud Rural y Salud Comunitaria, (2) el desarrollo del Programa del Hospital Sin Paredes, (3) la universalización del Seguro Social y (4) el proceso de traspaso de hospitales a la CCSS.

Con el propósito de responder a las demandas de salud de la población y dada la escasez de recursos económicos desde el área pública, se dieron importantes pasos en la prestación de servicios de salud, entre ellos, el desarrollo del proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS y la decisión política de desarrollar los Sistemas Locales de Salud (SILOS). En el marco de la reforma del sector, el Ministerio de Salud asume el papel rector, con las funciones estratégicas de atención preventiva, dirección, conducción y regulación; la CCSS asume la prestación de servicios.

La CCSS cuenta con una cobertura teórica del 100% de la población. Actualmente el 90% de la población está asegurada y el resto está cubierto por el estado. La población afiliada total (cotizantes + beneficiarios) asciende a 3.284.100 habitantes. La CCSS provee servicios a las familias de los contribuyentes. Se estima que de la población cubierta, un 50% es urbana y que un 80% son trabajadores formales.

Existen métodos de subsidio cruzado entre instituciones dentro del sistema de salud. Un ejemplo es el de la Caja al Instituto Nacional de Seguros (INS), encargado del aseguramiento de la fuerza laboral para accidentes de trabajo y accidentes automovilísticos: la póliza de seguro cubre los accidentes y la CCSS financia la atención médica.

Organización y funcionamiento de la CCSS

La CCSS consta de un nivel central encargado de las políticas institucionales, un nivel regional conformado por siete direcciones regionales de servicios médicos y un nivel local constituido por áreas y sectores de salud. La CCSS cuenta con un listado de cotizantes y de beneficiarios que pueden requerir atención médica. Sin embargo, no ha definido un paquete básico de servicios, conocido explícitamente y disponible para cada afiliado. En su lugar, estableció programas de prestaciones de índole preventiva para grupos claves: mujeres embarazadas, niños de hasta 5 años, adolescentes, ancianos, etc. Asimismo, los programas de vacunación se encuentran incorporados al funcionamiento de la red de atención primaria.

El financiamiento del seguro de enfermedad y maternidad es tripartito, con aportes en cuotas obligatorias sobre el salario por parte de los empleadores (9,25%), del estado (0,25%) y los trabajadores (5,5%) y otros tales como los recursos provenientes del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados cuyos ingresos provienen, principalmente, de la venta de servicios de abastecimiento de agua potable. En el caso de los asegurados voluntarios el trabajador aporta un 13,25% y el estado el 0,25%. Los indigentes son cubiertos por el estado a través de un monto directo que se transfiere a la Caja.



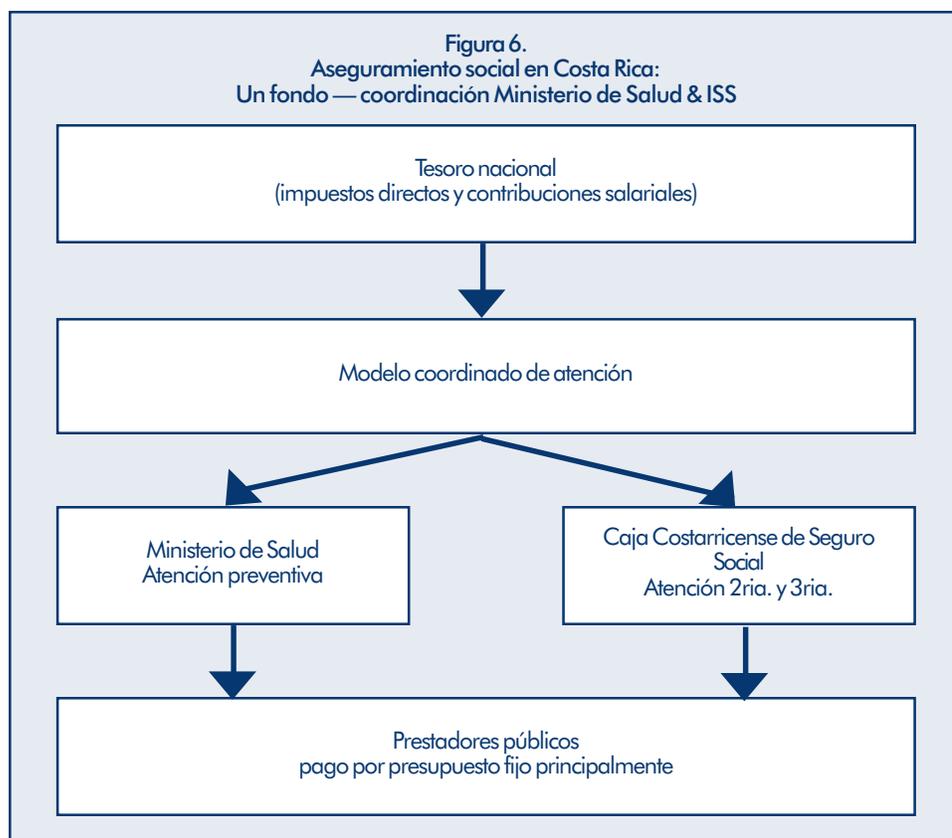
La recaudación es descentralizada (las empresas pagan el porcentaje de sus empleados y los voluntarios pagan en bancos) pero se concentra en un único fondo: la Gerencia Financiera de la CCSS. La distribución de los recursos se realiza a través de un presupuesto por partida, originado en presupuestos elaborados por cada hospital y área de salud y posteriormente negociados en la CCSS.

Recientemente la Caja ha puesto en marcha un modelo de asignación de recursos cuyo propósito fundamental es promover un reacomodamiento de los niveles de atención en base a las necesidades y las demandas de salud. Este modelo de asignación de recursos tiene una herramienta operativa que funciona bajo una lógica contractual, denominada “Compromiso de Gestión”. El presupuesto hospitalario asociado con algún criterio de desempeño está siendo implementado en cierta medida a través de este mecanismo, aunque se calcula que sólo un 2% del presupuesto total destinado a hospitales se destina a este incentivo. También se están desarrollando instrumentos tales como pago prospectivo por caso resuelto o el pago por capitación para el primer nivel de atención. Asimismo, el nivel de subcontratación de servicios es bajo, no superando el 5% del presupuesto.

Paralelamente, la CCSS ha implementado dos programas a nivel ambulatorio: la Medicina Mixta (el paciente paga los honorarios al médico y la CCSS brinda los medicamentos y exámenes de gabinete) y la Medicina de Empresas (la empresa paga los honorarios del médico y la CCSS cubre los medicamentos y servicios de apoyo).

A la fecha, las autoridades provinciales y municipales no tienen autoridad para decidir en la contratación / despido de los directores de hospitales. Del mismo modo, la subcontratación de servicios privados requiere de la aprobación de nivel central. A partir de la Ley de Desconcentración que implementa la personería jurídica instrumental a diferentes establecimientos, este procedimiento podrá hacerse sin la aprobación del nivel central. A partir de este proyecto, se descentralizaría el sistema de compra de insumos y equipos, así como la gestión de recursos humanos y de manejo de recursos financieros.

Figura 6.
Aseguramiento social en Costa Rica:
Un fondo — coordinación Ministerio de Salud & ISS



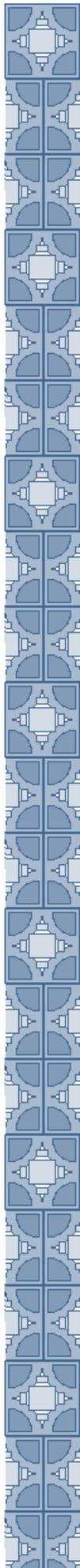
Recuadro 3. El sistema de aseguramiento social en Uruguay y el papel del sector privado

El subsector público del sistema de salud uruguayo comprende los servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública prestados a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que proporciona servicios asistenciales a la población de menores recursos (28% de la población total) y a la Universidad de la República, a través del Hospital de Clínicas. El mismo se completa con los servicios médicos de otras entidades públicas y entes autónomos (el Banco de Previsión Social -BPS- que es el organismo encargado de planificar, coordinar y administrar la seguridad social para un amplio sector de trabajadores del sector formal de la economía y el Banco de Seguros del Estado -BSE- que cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores cubiertos por la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad -DISSE-) y a los servicios de atención de salud de las municipalidades.

Sin embargo, de todas las instituciones públicas y privadas del sector salud, las más importantes son las instituciones de atención médica colectiva (IAMC), que atienden alrededor del 55% de la población del país. Las IAMC son instituciones privadas sin fines de lucro que ofrecen servicios asistenciales a través de un seguro de salud prepago. Pueden ser de distintos tipos, asociaciones asistenciales, cooperativas profesionales o servicios de asistencia. En la actualidad la consolidación del tipo predominante de organización se ha hecho en torno a las cooperativas de profesionales. Los trabajadores del sector formal de la economía se suscriben a través de la DISSE a un seguro obligatorio de enfermedad que los afilia a la IAMC de su elección, pero que no brinda atención a los dependientes. También existe la afiliación individual, en general de miembros de la familia de afiliados del sector público o privado. De este modo, la incidencia de la seguridad social en el funcionamiento de las IAMC es significativa, ya que casi el 50% de sus afiliados se canalizan por intermedio de esta institución y el estado asume plenamente un papel de intermediario entre el prestador de servicios y el usuario.

El financiamiento de las IAMC se lleva a cabo principalmente mediante los aportes de trabajadores y empleadores y en menor medida a través de copagos/aranceles. En la actualidad existen 52 IAMC y cada institución cuenta con un sistema de recaudación propio. Aunque no se contempla ningún método de subsidio cruzado entre estas instituciones entre sí, existe un mecanismo compensatorio cruzado con el Fondo Nacional de Recursos. Este organismo es el encargado de recolectar y administrar los recursos para pagar los servicios de los institutos de medicina altamente especializada (IMAE), que recibe el aporte de las IAMC para cubrir la atención de sus afiliados en áreas tales como cirugía cardiovascular, transplantes renales, etc., y con la ASSE que está habilitada para realizar convenios con las IAMC para el uso total o parcial de sus instalaciones por parte de éstas.





Aseguramiento social en México: Segmentación en financiamiento y provisión

La organización del sistema de salud mexicano se encuentra estrechamente vinculada con el sector formal de la economía, de modo tal que tanto los empleados del sector privado y los trabajadores por cuenta propia como los trabajadores del sector público y de empresas del estado están cubiertos por distintas instituciones que se financian, según sea el caso, con las contribuciones tripartitas o bipartitas de empleados, empleadores y el estado. Un segmento reducido de la población se atiende en forma privada y el resto (más de 40 millones de personas) acuden a los establecimientos de la Secretaría de Salud y al régimen denominado IMSS-Solidaridad, que opera dicha institución en determinadas regiones del país.

Dentro del sistema de aseguramiento social existen cinco instituciones (el IMSS, el Instituto de Servicios de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios de Salud de la Secretaría de Defensa (SEDENA), los Servicios de Salud de la Secretaría de la Marina y los Servicios de Salud para los Trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX)) y cada institución cuenta con un sistema de recaudación propio. En el caso de SEDENA y Marina, ambos reciben recursos de un agente intermediario ISSFAM (Cuenta Pública de Hacienda).

El Instituto Mexicano de Seguridad Social

El IMSS tiene un padrón definido de beneficiarios compuesto por todos los cotizantes más las familias de los contribuyentes. Se estima que en estos momentos la población afiliada total es de aproximadamente 45 millones de personas, de las cuales un 80% es población urbana y 95% trabajadores formales. Los servicios de salud que ofrece el IMSS dependen de la disponibilidad de las instalaciones y no cuenta con un paquete básico de servicios definido. Las fuentes de financiamiento más importantes del IMSS hasta 1995/96 fueron las familias y las empresas (retención al salario + contribución patronal). Pero a partir de 1997 los aportes federales y estatales se han incrementado en alrededor de un 30%. No existen los copagos.

La recaudación del IMSS es centralizada y existe muy poco subsidio cruzado con las otras instituciones de aseguramiento social. En general no existe traspaso de fondos: simplemente la población afiliada a un sistema se atiende en los servicios de salud que presta otra institución. La única excepción la presenta las transferencias que recibe el IMSS del agente ISSSTE como pago por servicios subrogados. A 1995 el agente IMSS asignaba un 96,6% del gasto al IMSS y un 3,4% al sector privado.

La estructura del gasto por tipo de servicios del IMSS era el siguiente a 1995: administración 16,6%, atención preventiva 4,8% y atención curativa 74,3%. La estructura del gasto IMSS por línea presupuestaria se constituía del siguiente modo: personal 48%, inversiones en infraestructura 3,2%, materiales y suministros (incluyendo medicamentos) 12,4% y servicios generales (mantenimiento y reparaciones, servicios administrativos básicos, asesorías, gastos bancarios y comerciales, etc.) 36,6%.

El Programa de Reforma del Sector Salud iniciada en 1995 establece la reorganización del sistema, de modo que (1) la Secretaría de Salud ejerza el papel rector y normativo, (2) la atención de la salud a la población abierta sea integrada y coordinada y (3) el IMSS separe las funciones de financiamiento y de provisión de servicios para introducir la competencia entre prestadores de servicios y brindar mayor transparencia al sistema. Asimismo, la reforma propone:

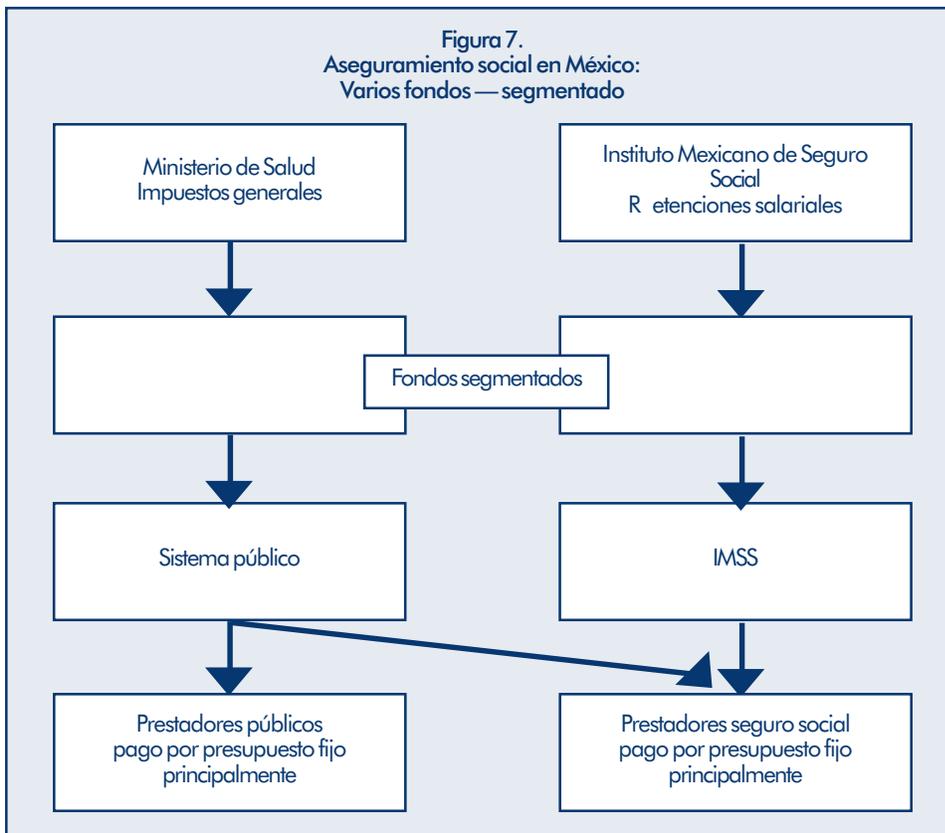
- 1 la libre elección por parte de los derechohabientes de la seguridad social del médico. A partir de ello, el profesional recibirá un premio por la cantidad de personas que se registren en su consulta;
- 1 la creación de un seguro familiar en el IMSS para la afiliación voluntaria de personas con capacidad de pago;

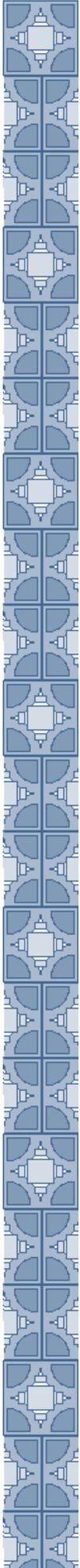
- 1 la transferencia a las entidades federativas de los servicios de salud para la atención de la población abierta;
- 1 el incremento de la participación municipal en salud mediante el programa de municipios saludables;
- 1 la ampliación de la cobertura por medio de un paquete básico de servicios de salud (PBSS), que consta de 75 acciones de salud agrupadas en 12 intervenciones básicas, para la población con acceso limitado o nulo a los servicios médicos en las zonas rurales;

Actualmente las instalaciones utilizadas son principalmente propias y los mecanismos de pago a hospitales y profesionales es fijo. Debido a que existe muy poca subcontratación de servicios de salud privados, no existe un método de uso frecuente de monitoreo externo. En el caso del sector público dependiente del Ministerio de Salud, la Dirección de Evaluación y Seguimiento del Ministerio de Salud no realiza monitoreo en el desempeño de los servicios del IMSS. En cambio, el IMSS hace regularmente encuestas de satisfacción de los usuarios de sus servicios.

Ni las autoridades estatales ni las municipales tienen poder de decisión en la contratación o despido de directores de hospitales o en la subcontratación de servicios. Por su parte, los directores de hospitales tienen facultades limitadas tanto en la contratación o despido de personal, como para la subcontratación de servicios. En estos momentos el IMSS ha comenzado a implementar 139 áreas médicas desconcentradas (que no coinciden con los estados), en las cuales se distribuyen los recursos según la cantidad de población de las mismas. A partir de ello se podrán utilizar los recursos de la propia institución y será posible subcontratar servicios privados.

Los problemas más usuales que aquejan al IMSS están relacionados con la calidad del servicio en el primer nivel ya que dada la falta de definición de un paquete básico de servicios, existen listas de espera para intervenciones quirúrgicas, diálisis, etc. En el caso de servicios de segundo y tercer nivel, la categorización del problema es sensiblemente menor.





Recuadro 4. La experiencia del seguro campesino en Ecuador

El esquema de aseguramiento social en salud del Ecuador se sustenta principalmente en las instituciones dependientes del Ministerio de Salud (MS) y en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), del cual el Seguro Social Campesino (SSC) depende funcionalmente. A pesar de ello, el SSC cuenta con presupuesto propio y gestión autónoma. Desde su fundación en 1968, el SSC tuvo como objetivo brindar atención primaria a la población rural del Ecuador mediante un sistema solidario de financiamiento. A 1999, el número de beneficiarios asciende a 900.000, aproximadamente un 20% del campesinado del país.

Sobre un presupuesto anual de diecinueve millones de dólares para 1999, el 90% del financiamiento proviene del aporte solidario de los trabajadores formales (1% del salario total). El aporte campesino sólo alcanza al 2,4% del total de los recursos disponibles, en tanto que el resto es cubierto por otros ingresos o donaciones.

El modo de captación de afiliados del SSC no se encuentra asociado con el esquema clásico de contribución compulsiva del trabajador urbano formal, como en el caso del IESS. Por el contrario, la población campesina se agrupa y solicita su incorporación a la red del seguro que impone como requisito que los solicitantes “vivan y trabajen en el campo” y que “no se hayan constituido en patronos” ni sean empleados en relación de dependencia. Una vez presentada la solicitud de afiliación—cuya unidad de cotización es la familia, no el individuo—el SSC autoriza la construcción de un dispensario a costas del Seguro en la medida en que se cumplan tres condiciones: (1) que se encuentre alejado al menos en ocho kilómetros de otra unidad de salud de igual o mayor nivel de complejidad, (2) que permita la concentración de por lo menos 1.200 personas y (3) que exista una vía de acceso permanente desde la unidad administrativa del IESS. Actualmente el SSC cuenta con 575 unidades de salud, con características estándar en todo el país. En ellos se ofrece atención básica únicamente y se proveen medicamentos a partir de una lista básica de 97 fármacos. Los médicos reciben un salario base por una jornada diaria de seis horas y cada uno de ellos presta servicios regularmente en más de una unidad de salud, recibiendo premios por trabajo rural y movilidad. Los beneficiarios del SSC se encuentran habilitados para utilizar las unidades de salud de mayor complejidad que el IESS tiene en los centros urbanos, no habiendo desembolsos del SSC por esas prestaciones. Sin embargo, la transferencia de pacientes a los servicios privados subcontractados por el IESS incluyen pagos por prestación. A pesar de existir convenios entre el Ministerio de Salud y el IESS, la transferencia de pacientes entre instituciones no es significativa.

Recuadro 5. Aseguramiento social en el Caribe inglés: El caso de Jamaica

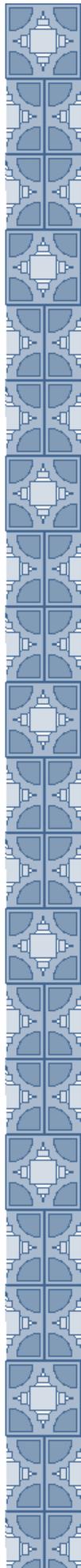
El sistema jamaicano de aseguramiento social en salud se define a partir de un modelo de cobertura universal, organizado a través de un sistema único dependiente del Ministerio de Salud. Este organismo recibe los fondos del Ministerio de Finanzas, los cuales se obtienen a través de impuestos directos de firmas e individuos (33% y 27% del total de los ingresos del sector, respectivamente) y 15% de impuestos indirectos. Aproximadamente un 20% proviene de donaciones y 10% de mecanismos de recuperación de costos (abonos). Como en otras naciones del Caribe inglés y a diferencia de la mayoría de las naciones latinoamericanas, Jamaica no cuenta con un instituto de seguridad social. De este modo, la solidaridad del sistema de aseguramiento social depende del grado de progresividad o regresividad del esquema impositivo y de los mecanismos de asignación de fondos para los cuidados de salud. Asimismo, el sistema no ofrece un paquete básico de atención definido, ni tampoco cuenta con criterios de focalización de pacientes en función de niveles de ingreso, sexo o geografía.

La prestación de servicios se organiza a través de cuatro regiones, subordinadas cada una de ellas a autoridades sanitarias descentralizadas, a partir de la reglamentación de 1997. El pago de salarios –así como la política de inversiones– depende directamente del Ministerio de Salud, en tanto que los responsables regionales cuentan con potestad para asignar fondos entre hospitales, comprar medicamentos y recomendar despidos o contrataciones del personal médico. Asimismo, el nivel regional cuenta con la facultad para contratar servicios a terceros, aunque esta modalidad de cooperación público-privada no es frecuente en el país. Los recursos de las oficinas regionales provienen fundamentalmente de partidas ministeriales. Existe una estructura de abonos hospitalarios generalizada para todas las regiones, con el objetivo de alcanzar el diez por ciento del presupuesto recibido desde el Ministerio. Sin embargo y con el fin de evitar selección de riesgo por parte de las autoridades hospitalarias, se establece que cualquier ingreso por esa fuente que supere el umbral del 10% es automáticamente reducida de la asignación presupuestaria. Por el contrario, una recaudación menor al umbral se traduce en menor capacidad de financiamiento por parte del prestador.

Paralelamente, Jamaica cuenta con un creciente sistema de seguros privados, independientes del sistema de aseguramiento social. Las compañías de seguros reciben los recursos de fondos específicos (que obtienen contribuciones de los empleados públicos, las empresas de teléfonos y de cemento, respectivamente y de otros servicios públicos), así como de contribuciones de firmas pequeñas y medianas. Todas estas firmas o instituciones abonan primas globales, que son utilizadas por los fondos para pagar por los servicios de salud contratados por las aseguradoras. Ellas, a su vez contratan a médicos y hospitales públicos y privados. En todos los casos, el método de pago predominante es el de pago por prestación. La cobertura total de este subsistema de fondos y aseguradoras privadas es 450.000 personas, un 20% de la población del país.

Las reformas actualmente bajo análisis tienen como objeto mantener la calidad satisfactoria de los servicios prestados, al tiempo que se persigue mejorar la equidad en el acceso, en el marco de nuevas necesidades epidemiológicas basadas en enfermedades crónicas, salud mental y accidentes.





Los institutos de seguridad social en América Central

Los organismos que participan del sistema de seguridad social en salud en América Central son el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), la Caja de Seguro Social (CSS) de Panamá, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Fundados en las décadas de los cincuenta y sesenta, los institutos de seguridad social de la región cuentan con rasgos comunes salientes, que caracterizan el modelo segmentado latinoamericano.

El ISSS proporciona pensiones y cobertura de salud amplia a los trabajadores de empresas públicas y privadas y a sus familiares directos, alcanzando una cobertura del 15% de la población del país a 1999. El caso de Honduras es similar en términos de población atendida (aproximadamente un 20% de la población), aunque con menor cobertura no sólo en términos de servicios teóricos prestados, sino también en cuanto a su área de acción—10 de los 18 departamentos del país. Por el contrario, la CSS cuenta con una población teórica cubierta que supera el 55%. Al igual que en la CSS panameña, la población cubierta por el ISSS y el IHSS es urbana en su totalidad (en el caso del IHSS el 65% de la cobertura se concentra en sólo dos ciudades: Tegucigalpa y San Pedro Sula) y el servicio de atención que se brinda es eminentemente curativo, basado en la disponibilidad de la oferta. En los tres casos no se encuentra definido un paquete básico de atención, salvo un esquema de diagnóstico precoz a nivel comunal en el caso salvadoreño.

El financiamiento del ISSS y de la CSS de Panamá provienen de los aportes de empleados y empleadores, más un subsidio anual de los respectivos gobiernos (en el caso de El Salvador, este aporte es fijo y anual desde su fundación). El nivel de afiliados voluntarios es poco significativo en ambos casos. El IHSS cuenta por ley con un límite superior fijo de retención salarial, el que no supera los 40 dólares/año y sus ingresos fueron tripartitos hasta épocas recientes, en que el estado retiró su aporte. No existen aranceles o copagos. La recaudación y distribución de fondos se realiza en forma centralizada en todos los casos, sin pasar a través del presupuesto nacional. La toma de decisiones en temas de financiamiento, recursos humanos, mantenimiento, compras e inversiones también se encuentra centralizada.

La organización del ISSS cuenta con cuatro regiones (occidental, oriental, central y metrópoli), con una capacidad instalada de 15 hospitales y 62 establecimientos ambulatorios. La subcontratación de servicios públicos o privados es poco significativa—al igual que en el IHSS—, no superando el 15% del gasto. En el caso de su par panameño, el nivel de subcontratación de servicios privados es aparentemente mayor y más desconcentrado a nivel hospitalario. Asimismo, el seguro panameño cuenta con un convenio formal con el Ministerio de Salud. De tal modo, parte del presupuesto de la institución se asigna al pago de servicios externos compensatorios con el Ministerio, por convenios con el Hospital de Niños, el Instituto Oncológico y el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, entre otros. En la misma dirección el IHSS cuenta con convenios de prestación de servicios con el Ministerio de Salud en aquellos lugares donde se carece de cobertura. En todos los casos, el pago por los servicios recibidos es por prestación.

El sistema de pagos es a través de salarios y presupuestos fijos para personal y establecimientos propios, respectivamente, en tanto que el pago a servicios subcontratados se realiza por prestación. En los casos de subcontrataciones del IHSS, existen mecanismos licitatorios para aumentar la cobertura, definiendo cápitales anuales de pago.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social se asemejaba al modelo centroamericano presentado previamente. En 1993 INSS puso en práctica un nuevo modelo de seguridad social, según el cual la institución se transforma en un ente financiador y regulador de los servicios de salud al subcontratar prestadores públicos y privados. El modelo por un lado ha logrado establecer la separación entre el financiamiento y el otorgamiento de los servicios y, por el otro, ha implantado un sistema de compra de servicios de salud a través de la

modalidad de pago por capitación. Estas reformas, sin embargo, han sido limitadas en su aplicación debido a los problemas financieros de la institución. El modelo opera con una canasta básica de beneficios definidos que incluyen atención ambulatoria, hospitalización, exámenes de diagnóstico médico, entrega de medicamentos y prestaciones económicas de corto plazo (subsidios). El INSS brinda, a través de las empresas médicas previsionales (EMP), una canasta limitada de prestaciones (patologías de baja y media complejidad y medicamentos) previamente definida en base a la mayor frecuencia de su uso. En tanto, para las prestaciones que no sean cubiertas por las EMP, el INSS otorga (en casos especiales) directamente al asegurado una ayuda financiera para cubrir el costo de la misma. A partir de la revisión de la canasta de prestaciones realizada en 1997 se incluyeron los componentes de prevención y educación y de inmunizaciones que forman parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.

Actualmente el INSS brinda cobertura a los trabajadores del sector formal de la economía y a sus familiares directos (hijos hasta los 6 años) y la población afiliada total (cotizantes más beneficiarios) asciende a 250.000 personas, de las cuales el 60% son trabajadores formales (el 17% de la Población Económicamente Activa) y el 94% es población urbana. El modelo excluye a pensionados y jubilados, los que siguen siendo atendidos por el Ministerio de Salud.

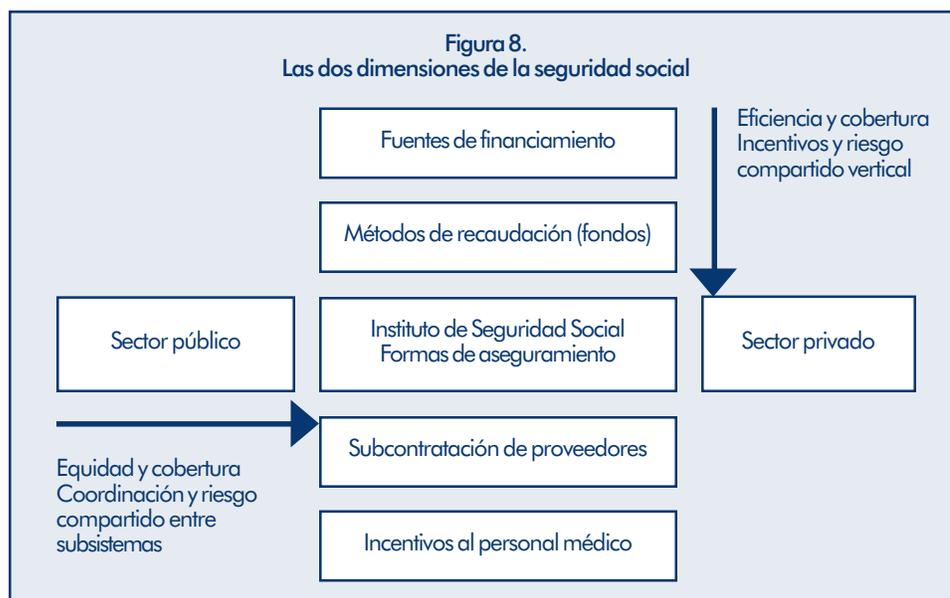


Dos dimensiones en la estructura de aseguramiento social

A partir de los estudios de caso presentados en la sección anterior, se puede establecer que la organización de un sistema de aseguramiento social cuenta con dos dimensiones: una horizontal y otra vertical, como muestra la Figura 8.

En la dimensión horizontal 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 social. Esta dimensión cobra especial importancia en los casos donde el sistema de salud es de naturaleza mixta y por tanto requiere de instancias de coordinación para maximizar la cobertura de salud de la población. Asimismo 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. En otras palabras, la dimensión horizontal establece los patrones de cobertura desde la equidad del sistema.

En la dimensión vertical, se establecen las relaciones de cada uno de las estructuras que participan de la red de aseguramiento social, desde la organización interna de funcionamiento. Cada uno de los escalones de esta dimensión han sido objeto de análisis en los casos latinoamericanos, no habiendo criterios uniformes en la implementación. Como lo presenta la Figura 9 (ver página 36), la dimensión vertical se encuentra constituida por cinco escalones: (1) el que hace a las fuentes de financiamiento, (2) el que hace a los métodos de gerenciamiento de fondos, (3) el que se refiere a los criterios de aseguramiento, (4) el relacionado con la estructura de provisión de servicios y (5) el referido a los métodos de pago al personal. Esta dimensión presenta los aspectos de cobertura del esquema de aseguramiento social, visto desde el lado de la eficiencia interna.



Dimensión horizontal

El Cuadro 2 ofrece una estructura de comparación horizontal entre los diferentes sistemas de aseguramiento social en los países de la región. La comparación se realiza a partir de tres factores:

- (a) la existencia de institutos de seguridad social y su nivel de coordinación con el sector público dependiente del Ministerio de Salud,
- (b) niveles de cobertura de los institutos de seguridad social, los seguros privados y los organismos sin fines de lucro, a partir de indicadores que fluctúan entre cero –baja cobertura– y cuatro, y
- (c) mecanismos de transferencia de riesgos entre las instituciones del sector público dependiente del ministerio y el instituto de seguridad social, ya sea ello a través de pacientes o de recepción de subsidios.

El Cuadro 2 presenta las diferencias características de los sectores público integrado (sin instituto de seguridad social o con alta coordinación) y segmentado (con institutos de seguridad social públicos, no coordinados con las instalaciones del ministerio y no integrados a redes públicas de atención de la salud). Asimismo se presentan las diferencias en aseguramiento social de Brasil, Chile, Colombia, Argentina y Uruguay, con mayores niveles de cobertura de aseguramiento social y seguros privados.



Cuadro 2. Dimensión horizontal en los sistemas de aseguramiento social en América Latina y el Caribe

País	Institutos de seguridad social	Cobertura ISS	Cobertura seguro privado	ONGs	Transferencia de pacientes			Subsidio público a ISS
					Desde	Hacia	Pagos	
Brasil	no ISS + contratos privados*	0	2	1	na	—	—	—
Bahamas	no ISS	0	0	1	na	—	—	—
Barbados	no ISS	0	0	0	na	—	—	—
Trinidad & Tobago	no ISS	0	0	0	na	—	—	—
Jamaica	no ISS	0	1	1	na	—	—	—
Belice	ISS público, solo cobertura de accidentes	0	0	2	na	—	—	—
Costa Rica	ISS público - integrado/coordinado	4	0	1	Seguro público	ISS	sí (conjunto)	—
México	ISS público - no integrado/coordinado	3	0	0	Seguro público	ISS	sí (IMS solid.)	—
Panamá	ISS público - no integrado/coordinado	3	0	1	Seguro público	ISS	sí (pob.rural)	—
Nicaragua	ISS público - integrado/no coordinado	1	0	2	ISS	Seguro Social	no (lotería)	sí
Haití	ISS público - no integrado/no coordinado	1	0	4	—	—	—	—
Guatemala	ISS público - no integrado/no coordinado	1	0	3	—	—	—	sí
Ecuador	ISS público - no integrado/no coordinado	1	0	3	Seguro público	ISS	sí	—
Bolivia	ISS público - no integrado/no coordinado	1	0	2	—	—	—	sí
El Salvador	ISS público - no integrado/no coordinado	1	0	2	—	—	—	sí
Honduras	ISS público - no integrado/no coordinado	1	0	2	ISS	Seguro Social	sí	—
Paraguay	ISS público - no integrado/no coordinado	1	0	2	—	—	—	sí
Perú	ISS público - no integrado/no coordinado	2	0	3	ISS	Seguro Social	no	—
Rep. Dominicana	ISS público - no integrado/no coordinado	1	1	2	—	—	—	sí
Venezuela	ISS público - no integrado/no coordinado	2	1	1	ISS	Seguro Social	no	—
Chile	ISS público**	1†	4	0	na	—	—	—
Uruguay	ISS público + contratos privados	3	0	0	—	—	—	sí
Argentina	ISS público + (para)público*** contr. privados	4	2	0	Seguro Social††	Seguro Social	no	sí
Colombia	no ISS - seguro privado c/intervención pública	0	3†††	1	Seguro Social††	Seguro Social	no	sí

Referencias	4	3	2	1	0
Cobertura ISS público	> 35%	25-35%	15-25%	5-15%	< 5%
Cobertura aseguramiento privado	> 35%	15-25%	10-15%	5-10%	< 5%
Cobertura de ONGs	> 20%	10-20%	5-10%	2-5%	< 1%

na: No se aplica.

—: Inexistencia o falta de información.

*: El Seguro Único de Salud mantiene contratos con prestadores privados.

** : Posibilidad de afiliación al sistema público de salud.

***: Sistema de Seguridad Social gerenciado por sindicatos, por rama de actividad, más sistemas provinciales de salud independientes.

†: Cobertura de FONASA.

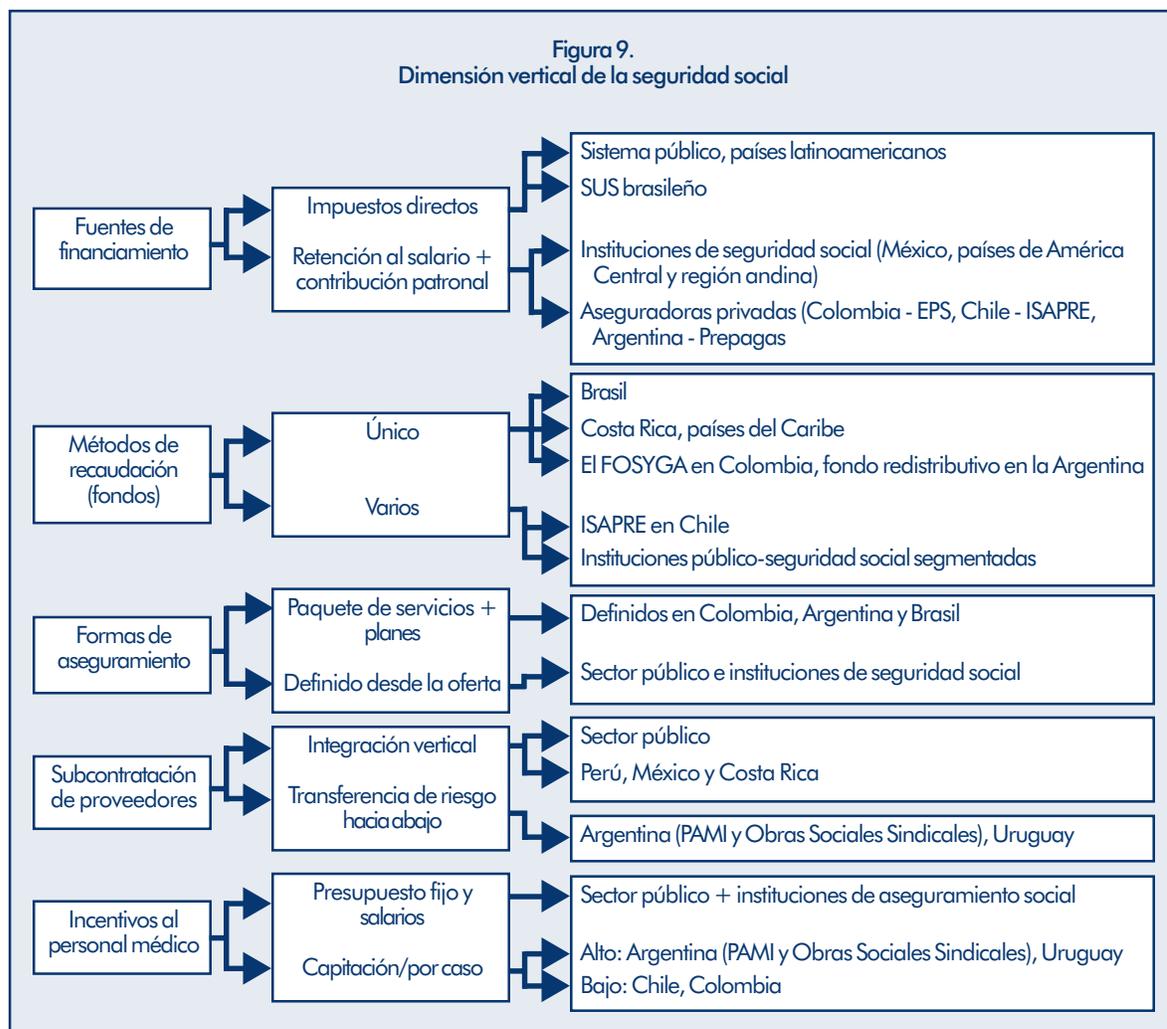
††: Fondos públicos dirigidos al PAMI en Argentina y al FOSYGA en Colombia.

†††: Esta cobertura incluye subsidios cruzados entre afiliados a EPS.

Fuente: Actualización en base a Maceira (1996).

Dimensión vertical

La Figura 9 presenta, para cada uno de los cinco escalones de la dimensión vertical, (financiamiento, fondo, seguro, integración de servicios y métodos de pago) las opciones más usuales utilizadas por los sistemas de aseguramiento social en América Latina, a las que se le acompañan algunos ejemplos.



Fuentes de financiamiento

Los sistemas de aseguramiento social en salud cuentan con dos fuentes principales de ingresos: aquellas que provienen de impuestos directos, recaudados por el gobierno nacional y utilizados para financiar el sistema de salud, o a través de contribuciones de trabajadores y empleadores a un seguro de salud. Dentro del primer caso, se encuentran en particular los sistemas de aseguramiento social que dependen de la autoridad ministerial –sistemas del Caribe inglés, SUS brasileño) y en general la red de cobertura pública de todos los países de la región. Los institutos de seguridad social de la naciones latinoamericanas, en cambio, se alimentan de contribuciones salariales y patronales, con porcentajes de distribución variados. Este método de financiamiento también es utilizado por los sistemas de aseguramiento privado de Chile (ISAPRE) y de Colombia (EPS). En otros casos, como en Argentina o Brasil, los seguros privados se establecen a través de pagos voluntarios de los afiliados, previo acuerdo de prima y paquete de atención.

El análisis de las fuentes de financiamiento de los sistemas de aseguramiento social conlleva al planteo de varios argumentos que limitan o alientan el desarrollo de este tipo de cobertura en salud. Ellos son:

- (1) los sistemas de aseguramiento social basados en impuestos directos deben considerar no sólo la recolección de los fondos y su nivel de progresividad y regresividad, sino también los criterios de asignación y uso, que pueden compensar o revertir el sesgo en la recaudación.
- (2) por una parte, la posibilidad de recaudar fondos de fuentes no relacionadas con el tesoro nacional previene de posibles desfinanciamientos relacionados con volatilidad macroeconómica y son independientes del nivel de regresividad de la recaudación impositiva.
- (3) sin embargo, dado que la población contributiva de los sistemas de aseguramiento vía retenciones salariales se limita a aquella proporción de habitantes que cuentan con empleos formales, el alcance de estos modelos de aseguramiento son limitados.
- (4) un sistema solidario de aseguramiento social basado en contribuciones salariales cuenta con el beneficio de establecer reglas de subsidios entre participantes, al igual que aquellos que se financian con rentas directas. En ambos casos se debe reconocer cuáles son los grupos receptores netos de subsidios y cuáles los contribuidores netos, a fin de promover la equidad en el acceso a servicios de salud.
- (5) En todos los casos, se debe priorizar aquellos métodos de recolección que contribuyan a la *sustentabilidad financiera* del sistema y cuyos fondos sean independientes de usos alternativo (pensiones, turismo, por ejemplo).

Métodos de recolección y gerenciamiento de fondos

El concepto de seguro que subyace detrás de toda reforma de un sistema de seguridad social descansa en la *distribución de riesgo* entre afiliados al sistema. La propuesta de *múltiples aseguradoras*, si bien contribuye a solucionar problemas de ineficiencias operativas relacionadas con los sistemas de seguro públicos tradicionales, atomiza el mercado asegurador, lo que dirige el sistema de salud en la dirección opuesta a la solución eficiente.

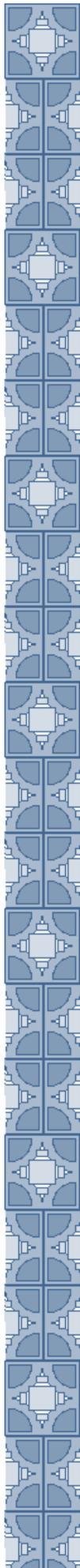
En algunos casos, como en las EPS de Colombia, o las Obras Sociales Nacionales en Argentina, se separa la recolección de fondos de la tarea aseguradora, la que queda en manos de varios actores del sistema. En ambos casos, existe un fondo único que recibe las contribuciones salariales y las distribuye a partir de criterios asociados principalmente con el valor de un paquete básico de servicios, el cual puede ser corregido por indicadores de riesgo epidemiológico, edad, género, etc. A su vez, en ambos casos existen fondos de redistribución que proveen subsidios a aquellos grupos cuyas contribuciones no alcanzan la cotización del paquete mínimo.

Las naciones incluidas dentro del sistema segmentado cuentan con dos fondos, los cuales se utilizan independientemente. Sin embargo y como se mencionara en la sección anterior, se observa la existencia de subsidios cruzados que, *ex-post*, intentan brindar un mayor contenido solidario a la prestación de sistemas de salud. Si *no existen transferencias* entre sectores, los sistemas de seguridad social no integrados corren riesgos de generar un *sistema de salud dual*, donde el sector público cuenta con menos recursos y recibe a los pacientes más "costosos", en tanto el seguro de salud "descrema" al mercado (captura a los grupos de mayores ingresos).

Gerenciamiento y organización de servicios

Finalmente, cuatro tópicos se asocian con la prestación de los servicios de salud en el marco de un sistema de aseguramiento social. Ellos son:





- 1) **La presencia de un paquete básico de servicios**, en oposición a la cobertura de salud basada en las disponibilidades de la oferta. La existencia de un paquete básico garantiza la organización del sistema de financiamiento a partir de un grupo de servicios asociados con las necesidades de la población. En muchos casos, sin embargo, las instalaciones disponibles no son suficientes para cubrir dichas necesidades por lo que se requiere de una red de atención asociada. Si bien en algunas de las naciones de la región se ha instaurado la definición de paquete básico de salud o planes médicos obligatorios, su aplicación real es limitada.
- 2) **Sistema centralizado/descentralizado** en la organización de los sistemas de provisión. A pesar de ser una herramienta teóricamente idónea para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos, la región todavía no cuenta con evaluaciones suficientes de procesos descentralizadores exitosos. Los sistemas de aseguramiento social han incorporado esta estrategia en el área dependiente del Ministerio de Salud y en las instituciones de aseguramiento social de Argentina, Uruguay y Colombia. Sin embargo, las instituciones públicas de seguridad social de los modelos segmentados no han avanzado en esta dirección, observándose solamente algunos esfuerzos de desconcentración administrativa.
- 3) **Los procesos de desintegración vertical y/o subcontratación de servicios de salud** tienen tres posibles objetivos: (a) ampliar cobertura, subcontratando servicios que se encuentran fuera de la red de aseguramiento, (b) buscar mayor eficiencia en la asignación de recursos, a partir de lo cual se separa el financiamiento de la provisión de servicios o (c) transferir el riesgo al proveedor.

Con excepción de los sistemas de provisión de Argentina y Uruguay, donde la tercerización de servicios es frecuente, o Surinam, donde el sector público subcontrata a una ONG para extender la cobertura a las áreas rurales, no existen esfuerzos sistemáticos en esta dirección.

4) **Mecanismos de pago a proveedores y profesionales:**

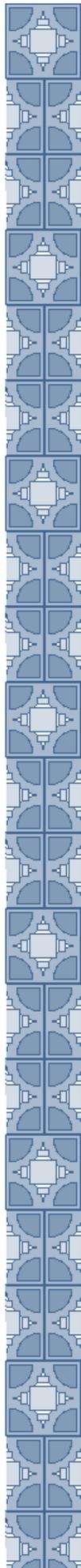
Los sistemas de aseguramiento social ya sean públicos dependientes del Ministerio de Salud o de los Institutos de Seguridad Social no cuentan con mecanismos de incentivos en la estructura de pagos a sus instituciones y profesionales. En todos los casos analizados, las asignaciones se realizan a través de presupuestos fijos por institución y salarios uniformes por agente. Las excepciones a la regla la constituyen, nuevamente, los casos de los sistemas de aseguramiento social en Argentina y Uruguay, donde los pagos utilizan criterios de capitación y módulos (pago por caso) y, en menor medida, los sistemas de seguro de Chile y Colombia.

Tendencias en las reformas del seguro social en la región

Provenientes de distintas estructuras de prestación de servicios de salud, se puede observar una tendencia general en los sistemas de aseguramiento social en la región. Esta tendencia se dirige a unificar fondos de contribuciones, compartir riesgos entre grupos de población con distintos status sanitario y aumentar los esfuerzos hacia modelos solidarios. Sin embargo, la organización interna del sistema aún queda relegada de los ámbitos de reforma. De modo esquemático, las tendencias en los sistemas de aseguramiento social en la región se presentan como sigue:

Caribe inglés	Desde el sector público integrado hacia un seguro nacional de salud + autonomía hospitalaria.
Costa Rica	Mantenimiento de la coordinación pública-seguro social, con mayor autonomía hospitalaria y desarrollo incipiente de estructuras de seguro.
Argentina y Uruguay	Descentralización pública + desregulación de los sistemas de seguridad social –Intensa red de contratos de incentivos y prestación entre sector público, seguro social y seguros privados.
Chile, Colombia, Perú	Participación del sector privado en aseguramiento –Descentralización en el sector público dependiente del Ministerio de Salud.
Brasil	Descentralización del Sistema Unico de Salud –Revisión de incentivos en los contratos público-privados.
México y Panamá	Desconcentración y descentralización –Mantenimiento de fondos separados entre Ministerio de Salud y Institutos de Seguridad Social.





Comentarios finales

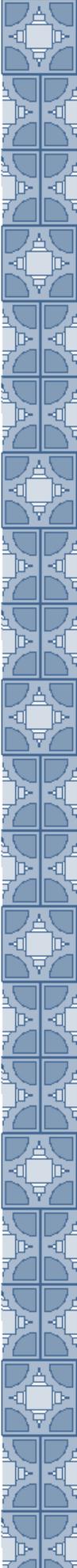
De acuerdo con la discusión presentada a lo largo de este trabajo, no existe una receta única de reforma. La estrategia de reformulación del sistema de aseguramiento social se encuentra asociada con las condiciones básicas del sistema, tales como el porcentaje de empleo formal existente y la proporción de la población residiendo en áreas rurales. Ello a su vez se asocia con las características macroeconómicas del país y la volatilidad de su economía. Sin embargo y a modo de conclusión, el estudio de los sistemas de aseguramiento social en la región de América Latina y el Caribe brinda algunos conceptos importantes a considerar en los futuros procesos de reforma. Sintéticamente, ellos son:

- 1 La experiencia muestra que la existencia de *fondos únicos* o *coordinados* promueven una mayor solidaridad en el sistema de atención de la salud.
- 1 En los casos donde el sistema de cuidados de la salud se apoya en principios de atención *preventiva* y *comprehensiva*, el modelo tiende a ser más *equitativo*, reduciendo ineficiencias asignativas.
- 1 La definición de un paquete *básico de servicios*, corregido por patrones epidemiológicos de la población, si bien se encuentra presente en varios de los sistemas de aseguramiento social de la región, resulta de difícil implementación. De cualquier modo, su existencia es importante en términos de establecer niveles homogéneos de comparación entre servicios, provocando un movimiento hacia la *eficiencia en la asignación de recursos*.
- 1 La implementación de *mecanismos de pago asociados con desempeño* así como la posibilidad de generar competencia en la provisión de servicios continúa siendo una asignatura pendiente en la mayoría de los sistemas de salud de la región. Un mayor debate acerca de las ventajas y limitaciones de estos mecanismos es necesario, a fin de contar con mecanismos adicionales para apoyar la *sustentabilidad* de las reformas en curso.
- 1 Finalmente y brindando el marco normativo adecuado, 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.

Referencias

- Banco Interamericano de Desarrollo (1999) *Suriname: Health Sector Assessment*, Economic and Sector Study Series RE3-99-004.
- Barreiro Chancay, P. (2000) "El seguro social campesino del Ecuador", presentado en el taller "Extendiendo la cobertura de la seguridad social", Montelimar, Nicaragua, mimeo, julio.
- Barret, R., S. Forrester and P. Arscott (2000) "Jamaica: Expanding Social Insurance Coverage", preparado para el taller "Extendiendo la cobertura de la seguridad social", Montelimar, Nicaragua, mimeo, julio.
- D'Ávila Viana y María Elena G. de Castro (1993) *Brasil: A Reforma do Sistema de Saúde*, CEPAL – Serie Reformas de Política Pública, número 16.
- Espinoza Ferrando, Jaime (1997) *Nicaragua: La Descentralización de los Servicios de la Salud*, CEPAL – Serie Reformas de Política Pública.
- Govindaraj, R., C. Murray y G. Chellaraj (1995) "Health Expenditures in Latin America"; Banco Mundial Publicaciones Técnicas, No.274, Washington, DC.
- Güendel, Ludwig y Juan Diego Trejos (1994) *Reformas Recientes en el Sector Salud de Costa Rica*, CEPAL – Serie Reformas de Política Pública.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (1998) *Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador*, Washington, DC.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (1999) *Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador*, Washington, DC.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (1998) *Cuentas Nacionales de Salud: México*, Washington, DC.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (1999) *Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua*, Washington, DC.
- Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (1999) *Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana*, Washington, DC.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social (2000) "Cobertura, Problemática y Planes", presentado en el taller "Extendiendo la cobertura de la seguridad social", Montelimar, Nicaragua, mimeo, julio.
- Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (2000) "Extendiendo la Cobertura de Seguridad Social", presentado en el taller "Extendiendo la cobertura de la seguridad social", Montelimar, Nicaragua, mimeo, julio.
- Larrañaga, O. (1997). *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*, CEPAL – Serie Reformas de Políticas Públicas, no. 49.
- Leighton, C. y D. Maceira (1999) *Toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud*, Guía Básica de Política, Edición Especial No.2, Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, Washington, DC.



- 
- Maceira, D. (1996) *Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud en América Latina*, Documento de Trabajo No.335, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.
- Maceira, D. (1998) *Income Distribution and the Public-Private Mix in Health Care Provision: The Latin American Case*, Documento de Trabajo No.391, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.
- Mesa-Lago, C. (1989) *Financiamiento de la Atención de la Salud en América Latina y el Caribe, con Focalización en el Seguro Social*; Documento No.42, Serie Seminarios, Instituto de Desarrollo Económico, Banco Mundial, Washington, DC.
- Ministerio de Salud, Nicaragua (2000) "Análisis del Sector Salud", Managua.
- Murray, C., R. Govindaraj, y P. Musgrove (1994) "National Health Expenditures: A Global Analysis", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 72(4).
- Organización Mundial de la Salud (1998) *Condiciones de Salud en las Américas*, Volúmenes I y II, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1999) *Situación de la salud en las Américas – Indicadores básicos*, Ginebra
- Piola, Sergio, José Ribeiro y Carlos Ocké Reis (1999) "Contribuciones Provisorias sobre Financiamiento da Saúde em Brasil", Mimeo, noviembre.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2000) *Evaluación Proceso Reforma y Modernización del Sector Salud en la República Dominicana*, Santo Domingo.
- Tafari R. (1997) *Reforma al Sector Salud en Argentina*, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53.
- Vargas González J. y A. Sarmiento Gómez (1997) *La Descentralización de los Servicios de Salud en Colombia*, Serie Reformas de Política Pública N° 51.

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

- 1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 2- Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe. (Español e Inglés)
- 3- Análisis del Sector Salud en Paraguay (*Versión Preliminar*). (Español solamente)
- 4- Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud. (Español e Inglés)
- 5- Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998). (Español e Inglés)
- 6- Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. (Español solamente)
- 7- Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo. (Español solamente)
- 8- Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. (Español solamente)
- 9- Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador. (Español solamente)
- 10- Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. (Español solamente)
- 11- Cuentas Nacionales de Salud: México. (Español solamente)
- 12- Cuentas Nacionales de Salud: Perú. (Español solamente)
- 13- Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (*Versión Preliminar*). (Español solamente)
- 14- Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua. (Español solamente)
- 15- Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (*Versión Preliminar*). (Español solamente)
- 16- Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network. (Inglés solamente)
- 17- Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance. (Inglés solamente)
- 18- Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform. (Inglés solamente)
- 19- Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud. (Español solamente)
- 20- Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies. (Inglés solamente)
- 21- Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999). (Español solamente)
- 22- State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization. (Inglés solamente)
- 23- State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance. (Inglés solamente)
- 24- Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop. (Inglés solamente)
- 25- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
- 26- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
- 27- Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua. (Español solamente)
- 28- Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002. (*En preparación*)
- 29- La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia. (Español e Inglés)
- 30- Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 31- Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America. (Inglés solamente)
- 32- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study. (Inglés solamente)

- 33- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study. (Inglés solamente)
- 34- Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study. (Inglés solamente)
- 35- La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia. (Español solamente)
- 36- Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. (Español e Inglés)
- 37- Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica. (Español e Inglés)
- 38- Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America. (Inglés solamente)
- 39- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case. (Inglés solamente)
- 40- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case. (Inglés solamente)
- 41- Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case. (Inglés solamente)
- 42- Financiamiento del Seguro Social de la Salud: Una Herramienta para la Evaluación del Seguro Social para Decisiones Referentes a las Políticas. (Español e Inglés)
- 43- Administración de Recursos Humanos: Fortaleciendo Capacidad para Mejorar el Desempeño de la Reforma del Sector Salud y las Organizaciones de Salud. (Español e Inglés)
- 44- Reembolsos Basados en el Desempeño para Mejorar el Impacto: La Evidencia de Haití. (Español e Inglés)
- 45- Focalización en Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias. (Español e Inglés)
- 46- Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana. Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado. (Español e Inglés)
- 47- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Un Desafío Crítico para la Reforma del Sector Salud. (Español e Inglés)
- 48- El Uso de la Investigación en las Reformas del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe. Informe sobre el Foro Regional. Salvador, Bahía, del 3 al 5 de mayo de 2000. (Español e Inglés)
- 49- Comparative Analysis of Social Insurance in Latin America and the Caribbean. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.3)
- 50- Provider Payment Alternatives for Latin America: Concepts and Stakeholder Strategies. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.4)
- 51- Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.5)
- 52- Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America. (Inglés, para versión en español referirse a la Edición Especial No.6)
- 53- Conjunto de Herramientas para el Manejo del Proceso Político: Guía del Capacitador. (Español e Inglés)

Ediciones Especiales

- 1- Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América latina y el Caribe. (Español solamente)
- 2- Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud. (Español solamente)
- 3- Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y El Caribe. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.49)
- 4- Alternativas de Pago a los Proveedores para América Latina: Conceptos y Estrategias de las Partes Interesadas (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.50)
- 5- Guía para la Capitación Prospectiva con ejemplos de América Latina. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.51)
- 6- El Pago Prospectivo por Caso Hospitalario en América Latina: Una Guía Metodológica. (Español, para versión en inglés referirse a la edición regular No.52)

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página Electrónica de la Iniciativa: <http://www.americas.health-sector-reform.org> y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"