

## EL PARADIGMA EMERGENTE EN LOS SISTEMAS DE SALUD: HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN LOS PAÍSES DEL CONTINENTE

Nelly AGUILERA ABURTO\*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Antecedentes*. III. *Marco conceptual para analizar los sistemas de salud*. IV. *Breve resumen de las reformas recientes a los sistemas del continente*. V. *Conclusiones*. VI. *Bibliografía*.

### I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo toma como base una investigación en curso que está realizando la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) sobre sistemas de salud en el continente. En la etapa actual se han incluido los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Trinidad y Tobago. El documento final estará listo y accesible para todo el público a finales de 2006. En este documento presento una visión de la reforma en México tomando como contexto las reformas en Chile y Colombia. Todas las opiniones vertidas en este documento son de mi responsabilidad y no necesariamente reflejan la visión del CIESS-CISS.

### II. ANTECEDENTES

Los sistemas de salud del continente, generalmente se caracterizaban, o siguen caracterizando, por la falta de cobertura y fragmentación en la provisión y el financiamiento. Como se ha documentado ampliamente, en general no existe la cobertura universal. En México, por ejemplo, según esti-

\* Coordinadora de investigación del CIESS-CISS.

maciones de la OCDE,<sup>1</sup> la población no asegurada suma 52%. Por otro lado, existe una importante fragmentación tanto en el aseguramiento como en la provisión. En México, por ejemplo, el IMSS y el ISSSTE, así como otros regímenes especiales, entre ellos el de PEMEX, son instituciones verticalmente integradas totalmente independientes unas de otras. En Argentina, por ejemplo, existen 285 obras sociales, que son las entidades responsables de manejar los seguros de salud del país. En Chile, existe una separación completa en el aseguramiento y la provisión entre el seguro de salud y el de riesgos de trabajo.

Aunque no podemos generalizar para todos los países, esta situación ha provocado desigualdades financieras y en los resultados de salud. Por ejemplo, en el caso de México, ya se ha documentado la amplia desigualdad vertical en el financiamiento, y la amplia desigualdad horizontal en los resultados de salud.<sup>2</sup> La desigualdad financiera se refleja en el amplio gasto de bolsillo y en que existe un diferente nivel de gasto público per cápita entre diferentes grupos atendidos, por ejemplo población asegurada vs. población no asegurada. Los resultados de salud se dan, asimismo, entre la población no asegurada y la población asegurada, y entre la población pobre, de bajo nivel educativo, y la población no pobre, de mayor nivel educativo.<sup>3</sup>

Ante esta situación, en el continente se han llevado a cabo recientes reformas importantes a los sistemas de salud con cinco ejes principales:

- Descentralización.
- Extensión de cobertura.
- Establecimiento de un paquete básico de cobertura.
- Separación de funciones.
- Privatización de algunas partes del proceso.

Ejemplo de descentralización es Brasil, que descentralizó a los municipios la atención de primer nivel, y a los estados la atención de hospitalización y casos más complejos. Trinidad y Tobago, que creó autoridades de salud regionales, y México que descentralizó los servicios de salud a los

<sup>1</sup> OECD, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*, París, 2005.

<sup>2</sup> OMS, *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Ginebra, 2000.

<sup>3</sup> Aguilera, Nelly *et al.*, “Desigualdad en salud en México: los factores determinantes”, *Comercio Exterior*, núm. 2, vol. 56, 2006, pp. 106-113.

estados. Reformas cuyo primordial objetivo ha sido la extensión de cobertura son, entre otras, las de Costa Rica, Chile, Colombia y México con la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El establecimiento de un paquete básico de cobertura es una medida que garantiza la equidad.<sup>4</sup> Chile, Colombia, Argentina y México han establecido paquetes básicos de cobertura. Recientemente, Chile acaba de instrumentar el Plan Auge, en el cual se incluye, entre otros beneficios, la garantía de bajos tiempos de espera para algunos padecimientos cubiertos en el plan. La separación de funciones, con la privatización de algunas partes del proceso, como se verá a mayor detalle en las próximas secciones, se ha llevado a cabo en Chile y Colombia, principalmente.

Los objetivos de las reformas han sido buscar una mayor eficiencia, una mayor equidad y mejores resultados de salud. Desafortunadamente, existen muy pocos trabajos que hayan evaluado el éxito o fracaso de las reformas por el alcance de estos objetivos. Además, entre los pocos trabajos que existen no se ha llegado a un consenso. Por ejemplo, en una visión muy crítica, Homedes y Ugalde<sup>5</sup> establecen que las reformas de Chile y Colombia no han mejorado la calidad del servicio, la equidad y la eficiencia. En el mismo sentido, Gaviria, Medina y Mejía<sup>6</sup> concluyen que la reforma de salud de Colombia ha sido efectiva en racionalizar la demanda por salud de los hogares, pero no en racionalizar la oferta pública (provisión), y tampoco ha contribuido a incrementar su eficiencia. En el lado positivo, Knoul<sup>7</sup> ha mostrado que los gastos en salud catastróficos y empobrecedores para el caso de México se han reducido con la implementación del SPSS.

Este trabajo describe brevemente las reformas de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México, analizadas bajo un marco conceptual común. Describe, asimismo, lo que creo son las principales deficiencias de la implementación del SPSS llevado a cabo en México, sobre todo a la luz de las reformas de Chile y Colombia, y presenta lo que considero son

<sup>4</sup> Chernichovsky, Dov *et al.*, *Social Health Insurance: Concepts and Issues Revisited*, Mimeo, 2006.

<sup>5</sup> Homedes, Núria y Ugalde, Antonio, "Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America", *Health Policy*, vol. 71, 2005, pp. 83-96.

<sup>6</sup> Gaviria, Alejandro *et al.*, "Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice", Documento del CEDE, 2006.

<sup>7</sup> Knoul, Felicia M. *et al.*, *Preventing Impoverishment, Promoting Equity and Protecting Households from Financial Crisis: Universal Health Insurance Through Institutional Reform in Mexico*, Mimeo, FUNSALUD, 2006.

los principios básicos que debe de seguir una reforma integral al sistema de salud en México.

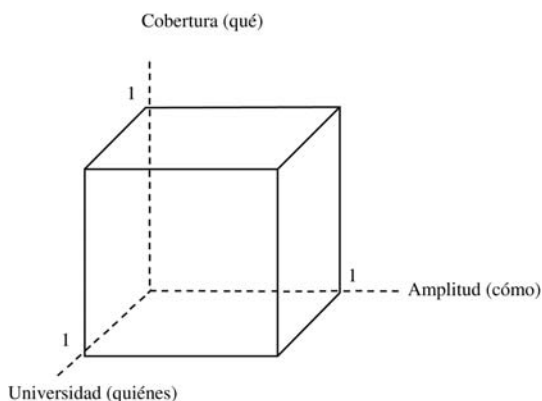
La siguiente sección, describe el marco conceptual utilizado para analizar los diferentes sistemas de salud (III). La sección IV presenta un breve resumen con énfasis en la organización del sistema de las reformas de Chile, Colombia y México, y finalmente la sección V presenta las conclusiones.

### III. MARCO CONCEPTUAL PARA ANALIZAR LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud se pueden analizar por su alcance y por su organización. Por su alcance los sistemas de salud tienen tres dimensiones, como se muestra en la gráfica 1.

Gráfica 1

*Dimensiones del alcance de los sistemas de salud  
Existen tres diferentes dimensiones para analizar el “alcance”  
de los sistemas de salud*



*Fuente: CISS, The Emerging Paradigm in Health Systems: Entitlement, Mimeo, 2006.*

Una primera dimensión es la universalidad, es decir, cuántas personas están “aseguradas” o tienen acceso a un paquete básico de salud garantizado. Esta dimensión es muy fácil de medir, ya hemos dado unas cifras en la sección anterior. Una segunda dimensión es la cobertura, es decir, qué se está cubriendo y, finalmente, la tercera dimensión es la amplitud, es decir, cómo se atienden los tratamientos, con qué tecnología. A diferencia de la

universalidad, estas dos dimensiones son difíciles de evaluar. Por un lado cambian con el tiempo. Por ejemplo, en la década de los setenta no se daba cobertura de Sida por obvias razones, y los tratamientos del Sida han evolucionado significativamente desde que la enfermedad hizo su aparición. Por otro lado, no queda claro qué tanto las instituciones cumplen con su promesa de beneficios cubiertos. Por ejemplo, el IMSS en su ley establece que se da cobertura total; sin embargo, en la realidad se sabe que muchas veces algunos padecimientos no se tratan o no se tratan con la mejor tecnología.

Idealmente los países quisieran estar en el vértice (1,1,1); sin embargo, las limitaciones financieras hacen prácticamente que ningún país logre este objetivo. Por tal motivo, los países tienen que escoger en dónde ubicarse en este amplio espacio.

En cuanto a su organización, los sistemas de salud tienen tres funciones núcleo, además de otras funciones muy importantes, como la regulación, la capacitación, etcétera. Estas tres funciones núcleo son:

*Recaudación y asignación.* Recaudación es autoexplicativa, asignación se refiere a cómo se va a asignar el dinero del sistema, por ejemplo, entre los diferentes grupos de población.

*Organización y administración del consumo del cuidado de la salud (OACCS).* Esta función se refiere a cómo se va a diseñar el consumo de la salud y al pago a proveedores. Las instituciones que desempeñan esta función mantienen el control de los presupuestos.

*Provisión.* Los proveedores son, por ejemplo, los hospitales y los grupos de médicos. En algunos países se refieren a ellos como la “oferta”.

Por otro lado, existen tres formas de financiar los esquemas públicos de salud y dos de proporcionar los beneficios. Respecto al financiamiento se encuentran:

*Seguridad social.* Las contribuciones se realizan con base en la nómina, típicamente de forma tripartita por el trabajador, el empleador y los Estados.

*Aseguramiento social o por el Estado.* En este caso, la afiliación puede ser voluntaria u obligatoria, típicamente con base en prueba de medios y las contribuciones provienen del afiliado y/o del Estado. El dinero se asigna a un fondo común.

*Ingresos generales.* Es autoexplicativo. Incluyen los impuestos generales y otro tipo de ingresos de los gobiernos. Puede ser financiado con ingresos de los tres niveles de gobierno.

Respecto al otorgamiento de los beneficios, éstos se proporcionan:

*Con base en derechos establecidos.* Modelo a través del cual los derechos se hacen explícitos, y típicamente se otorga una canasta de beneficios definida.

*Acceso sujeto a restricciones presupuestarias.* En este caso, no se garantiza a los usuarios una canasta, y los servicios que se otorgan típicamente están sujetos a restricciones presupuestarias. Algunos lo identifican con el “modelo asistencial”.

Típicamente, en los esquemas de seguridad social y de aseguramiento social o por el Estado, los beneficios son otorgados con base en derechos establecidos. Por otro lado, los sistemas financiados por impuestos generales típicamente otorgan los beneficios sujetos a restricciones presupuestarias.

#### IV. BREVE RESUMEN DE LAS REFORMAS RECIENTES A LOS SISTEMAS DEL CONTINENTE

##### 1. Chile

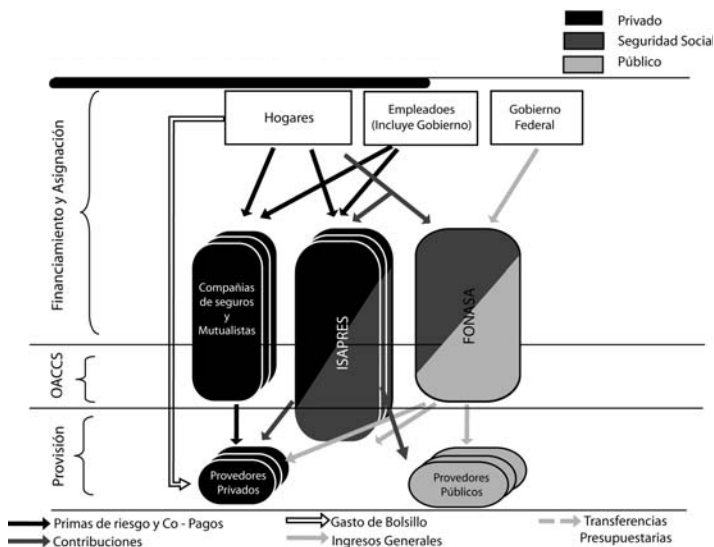
Chile estableció una reforma que ha creado importantes beneficios en la equidad horizontal (iguales resultados en salud), aunque ha generado una inequidad vertical (gasto financiero de las familias).<sup>8</sup> La gráfica 2 muestra el sistema chileno después de la reforma.

Se crearon empresas aseguradoras que recolectan y cumplen la función de OACCS, llamadas ISAPRES. Estas aseguradoras compran servicios de salud a proveedores privados y públicos. Por otro lado, se creó una aseguradora nacional pública llamada FONASA, con las mismas funciones. Los asegurados asalariados pueden optar por FONASA o la ISAPRE de su elección. Las personas no asalariadas son aseguradas por el Estado en FONASA.

Con esta reforma se tiene competencia a nivel de OACCS y al nivel de la provisión. Además, Chile es un ejemplo de que lo público y lo privado se mezclan en ambos niveles. FONASA compra una parte importante de sus servicios a proveedores privados, mientras que las ISAPRES llegan a comprar servicios a los proveedores públicos, especialmente en las regiones alejadas en donde no existe infraestructura privada.

<sup>8</sup> OMS, *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, cit., nota 2.

Gráfica 2  
Panorama del sistema de salud chileno



Fuente: CISS, *The Emerging Paradigm in Health Systems: Overview of Health Systems*. Mimeo, 2006.

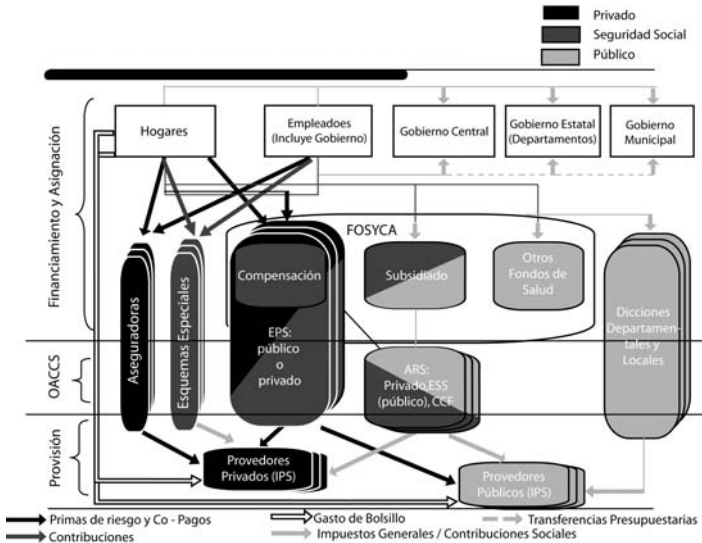
## 2. Colombia

Colombia llevó a cabo una de las reformas más drásticas en el continente. Al igual que en el caso chileno, se generaron mecanismos de aseguramiento social a la población no asalariada (no asegurada), se generó competencia al nivel de las OACCS, con empresas llamadas EPS (equivalentes a las ISAPRES) y ARS (múltiples empresas que fungen grosso modo la función de FONASA), y también se creó competencia a nivel de la provisión. Los proveedores privados y públicos le dan servicios a las EPS y a las ARS. El que los proveedores públicos le “vendan” servicios a las EPS y a las ARS se debe al hecho de que con la desintegración del aseguramiento y de la provisión, los proveedores públicos pueden, hasta cierta medida, establecer contratos de prestación de servicios como si fueran privados.

Colombia todavía no alcanza la cobertura universal, ya que si bien el gobierno subsidia a una parte importante de la población, que está afilia-

da a las ARS en su mayoría, existen todavía personas que son atendidas en los servicios públicos en el modelo “asistencial”.

Gráfica 3  
Panorama del sistema de salud colombiano



Fuente: CISS, *The Emerging Paradigm in Health Systems: Overview of Health Systems*, Mimeo, 2006.

### 3. México

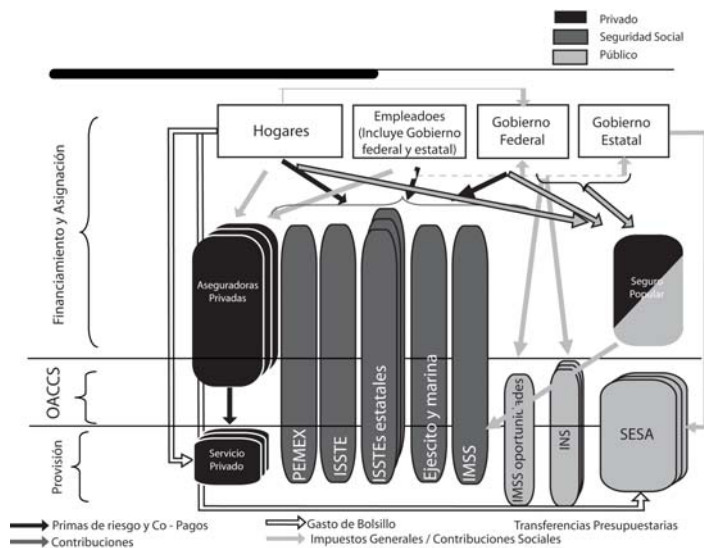
En México no se llevó una reforma general al sistema. Sin embargo, en 2004 se estableció un programa de aseguramiento que busca la cobertura universal en el 2010. El Sistema de Protección Social en Salud, cuyo principal instrumento es el Seguro Popular, proporciona un paquete de servicios garantizados a la población afiliada, un paquete básico más un paquete de atención para enfermedades de baja incidencia pero alto costo. La población elegible es toda aquella que no cuenta con afiliación a un sistema de seguridad social. Las contribuciones al sistema son tripartitas. La familia afiliada contribuye con un monto que depende de su nivel de ingreso, aunque cabe destacar que si las familias están en los dos niveles más pobres, su contribución es cero, el gobierno federal contribu-



ye con una cuota social, como a cualquier esquema de seguridad social, y contribuye con una cuota, como si fuera el empleador. Los gobiernos estatales también contribuyen al sistema.

La organización del SPSS hace que los gobiernos estatales sean las OACCS y los proveedores en el caso del paquete básico. En el caso del paquete de gastos catastróficos el SPSS paga a diversos proveedores por la atención de sus afiliados, por ejemplo a los institutos de alta especialidad de la Secretaría de Salud.

Gráfica 4  
Panorama del sistema de salud mexicano



Fuente: CISS, *The Emerging Paradigm in Health Systems: Overview of Health Systems*, Mimeo, 2006.

## V. CONCLUSIONES

El Seguro Popular es un esfuerzo importante para hacer efectivo el acceso al cuidado de la salud de la población antes no cubierta. Al darle poder al paciente se espera que cambien los patrones de demanda por salud. Ante esta situación, se tiene la expectativa de que mejore la inequidad financiera, situación que ya ha sido documentada, y se espera que mejoren los resultados de salud, aunque no existe evidencia en este tema.

Existen cuestionamientos válidos al programa. Por ejemplo, amplios sectores de la población han cuestionado su viabilidad financiera: se requieren recursos fiscales adicionales de ahora hasta el 2010, equivalentes al 0.75% del PIB.<sup>9</sup> Asimismo, se ha cuestionado su viabilidad operativa: un cambio en los patrones de comportamiento se reflejará en una mayor demanda de servicios que puede congestionar la oferta existente.

Si bien estos señalamientos son válidos, yo cuestiono el modelo operativo. El que los Estados continúen siendo las OACCS tiene varias desventajas: *i)* son monopolios estatales sin incentivos para mejorar el servicio; *ii)* los afiliados no perciben altamente la diferencia entre los servicios asistenciales y los servicios amparados por el Seguro Popular, después de todo, los proveedores son los mismos, y *iii)* puede faltar transparencia en el manejo de los recursos por parte de los Estados.

Por otro lado, considero que en México se requiere una reforma de fondo que permita una mayor equidad, una mayor eficiencia, una mejor satisfacción de los clientes y mejores resultados de salud. Una reforma con estos objetivos debe de tener como base cuatro principios fundamentales: *i)* establecer un paquete básico de servicios para todos, que esté financiado con principios de finanzas públicas: que las aportaciones estén en función del ingreso y que los servicios se presten independientemente del ingreso; *ii)* desintegrar las tres funciones antes señaladas: financiamiento, OACCS y provisión; *iii)* incentivar la competencia a nivel de las OACCS y de los proveedores, y *iv)* permitir la combinación público/privado. Reconocemos, sin embargo, que la reforma propuesta requiere la eliminación de los silos que ahora representan las instituciones de seguridad social y modificaciones a su forma de operar actual. Por ello, creo que un plan como el que propongo debe ser ejecutado a largo plazo, pero que por lo pronto se debe empezar con permitir que el IMSS sea el OACCS de los afiliados del Seguro Popular.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- AGUILERA, Nelly *et al.*, “Desigualdad en salud en México: los factores determinantes”, *Comercio Exterior*, núm. 2, vol. 56, 2006.
- CHERNICHOVSKY, Dov *et al.*, *Social Health Insurance: Concepts and Issues Revisited*, Mimeo, 2006.

<sup>9</sup> OECD, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*, cit., nota 1.

- CISS, *The Emerging Paradigm in Health Systems: Overview of Health Systems*, Mimeo, 2006.
- , *The Emerging Paradigm in Health Systems: Entitlement*, Mimeo, 2006.
- GAVIRIA, Alejandro *et al.*, “Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice”, Documento del CEDE, 2006.
- HOMEDES, Nuria y UGALDE, Antonio, “Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America”, *Health Policy*, vol. 71, 2005.
- KNAUL, Felicia M. *et al.*, *Preventing Impoverishment, Promoting Equity and Protecting Households from Financial Crisis: Universal Health Insurance Through Institutional Reform in Mexico*, Mimeo, FUNSALUD, 2006.
- OECD, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*, París, 2005.
- OMS, *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Génova, 2000.