

Alcances para el Análisis de la Equidad en los Sistemas de Salud

Comments for the analysis of equity in health systems

Rafael Urriola U.¹

Resumen

A la luz de las reformas recientes de salud en la región latinoamericana este documento tiene por objeto examinar los sistemas de salud en una perspectiva de equidad. Tomando en cuenta las especificidades de los mercados de salud (demanda incierta y eventuales efectos catastróficos; asimetría de mercados; y, transición demográfica, epidemiológica y tecnológica) se examina la estructura del financiamiento de la salud; la integración de las redes sanitarias (segmentación y fragmentación de mercados); la asignación de recursos y mecanismos de pago; y, las acciones de promoción y prevención de la salud los que, a juicio del autor, son significativos para identificar el "grado" de equidad de los sistemas de salud y orientar las políticas públicas respectivas.

Palabras Clave: Equidad en Salud, Financiación en Salud

Abstract

In the light of the recent health reforms in the Latin American region, the object of this document is to examine health systems with an equity perspective. Considering the distinctiveness of the health markets (uncertain demand and possible catastrophic effects, market mismatches, and demographic, epidemiologic and technological transition) the document examines the financing of health, integration of the sanitary networks (segmentation and fragmentation of markets), resource allocation and payment mechanisms, and health advancement and prevention, which the author considers significant to identify the "degree" of equity in the health systems and to guide the respective public policies.

Key Words: Equity in Health, Financing, Health

Recibido el 16 de mayo, 2007. aceptado el 08 de junio de 2007

1 Ingeniero Comercial. FONASA. Email: rurriola@fonasa.cl

I.- INTRODUCCIÓN

Este documento tiene por objeto examinar los sistemas de salud en una perspectiva de equidad, es decir, describiendo los temas que, en esta óptica, parecen no haber quedado resueltos en las reformas recientes de salud en la región latinoamericana.

En la primera parte, a modo de diagnóstico y de manera muy sucinta, se recuerdan características fundamentales de la salud en su ámbito de oferta y demanda de bienes y servicios específicos (demanda incierta y eventuales efectos catastróficos; asimetría de mercados; y, transición demográfica, epidemiológica y tecnológica). La segunda sección revisa los cuatro aspectos que, a juicio del autor, son imprescindibles de abordar para el diseño de políticas públicas que afecten a la equidad: estructura del financiamiento de la salud; integración de las redes sanitarias (segmentación y fragmentación de mercados); asignación de recursos y mecanismos de pago; y, las acciones de promoción y prevención de la salud. El objeto de examinar estos cuatro aspectos es porque ellos parecen ser significativos para identificar el “grado” de equidad de los sistemas de salud. Las conclusiones, preliminares y exploratorias, se ubican en la tercera sección.

Se entenderá por “Sistemas de salud” al conjunto de instituciones, agentes y funciones destinados a proteger la salud de las personas o grupos de la sociedad (OPS/OMS 2006). Asimismo, “Sistemas de Protección de salud” al conjunto de instituciones, normas, recursos y valores de naturaleza pública o privada, destinados a proteger la salud de la población (ibid). Como puede apreciarse, la diferencia es sutil puesto que la meta parece ser que los sistemas de salud sean sistemas de protección de la salud para lo cual, es necesario incluir el marco valórico, especialmente en lo referente a la equidad.

A su vez, la protección social será: *“la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de*

individuos pueda satisfacer sus demandas de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo” (OPS/OMS 2002). En este contexto, vale la pena enfatizar que se trata de derechos garantizados por oposición a los derechos formales (Courtis 2006). Por otra parte, los sistemas tenderán a la equidad en tanto se observen los principios de equidad horizontal y vertical. Para asegurar la verdadera igualdad en salud no basta que la sociedad ofrezca a las personas la posibilidad de usar o consumir prestaciones de salud. Si dos o más personas presentan el mismo grado de necesidad en salud, el principio de equidad horizontal exige que ellas reciban el mismo tratamiento. Sin embargo, si uno de ellos, por ejemplo, tiene menos instrucción que el otro y no asume (o no comprende) las instrucciones de su médico, entonces debe recibir el tratamiento adecuado a esa situación (Urriola 2006).

La equidad en salud, puede abordarse tanto desde el punto de vista del acceso y de la utilización de servicios sanitarios como desde las formas de financiarlos. En el primer caso, la equidad consiste en que el acceso a los servicios de salud tenga como única condición las necesidades de salud sin tomar en cuenta situaciones económicas, sociales, étnicas, u otras. Pero, en general, los estudios sobre equidad relacionados con las contribuciones -véase la revisión hecha por Wagstaff y Van Doorslaer- se centran en cómo financiar las prestaciones de salud de acuerdo con las capacidades de pago. En este caso la equidad horizontal se expresa cuando todos los miembros de la sociedad con una misma capacidad de pago contribuyen de forma idéntica al financiamiento. Habría equidad vertical si, además, los pagos se organizaran de acuerdo con la capacidad de pagar de modo que los ricos paguen más que los pobres (Wagstaff A, Van Doorslaer, 2000).

Antes de describir los sistemas de salud y los componentes principales para el análisis de la equidad cabe recordar sucintamente los aspectos que concurren a la especificidad de los mercados de bienes y servicios de salud:

a) *La demanda de prestaciones de salud es incierta.* Lo específico de las enfermedades es que, tanto la ocurrencia, la magnitud del trauma y los costos asociados son inciertos.

Además, es necesario tomar en cuenta que el costo de las enfermedades catastróficas puede ser un factor relevante para ocasionar pobreza en los hogares. Por ejemplo, "... [en países de ingresos bajos] entre 20% y 30% de los hogares han tenido que endeudarse o vender activos para pagar hospitalizaciones. Los hogares necesitan seguros médicos o accesos subsidiados a los servicios de salud para prevenir bancarrotas financieras" (Hsiao y Heller 2007). En consecuencia, los seguros de salud disminuyen esta incertidumbre proveyendo un mayor bienestar en las sociedades.

b) *Existe asimetría de información en los mercados de salud.* La oferta (profesionales) domina a la demanda (pacientes) en los mercados de servicios de salud (prestaciones) por la asimetría de información entre ellos y en consecuencia por el rol de agente del profesional en la determinación del consumo de prestaciones de salud por parte del paciente. También los mercados de seguros son imperfectos puesto que las empresas aplican criterios de selección de riesgos. De esta manera, se provoca exclusión de personas a los seguros y servicios de salud lo que acrecienta las desigualdades sociales.

c) *Nuevos desafíos mundiales por cambios en la estructura de la oferta y la demanda de servicios de salud.* La transición demográfica y epidemiológica que enfrentan los países desarrollados, ha modificado sustancialmente el perfil de la demanda de los servicios sanitarios. Las transformaciones objetivas ocurridas en las poblaciones son: i) el incremento de los costos de la salud ocasionado por la velocidad de la innovación tecnológica en insumos (medicamentos, especialmente), procedimientos y equipos, lo cual tensiona los presupuestos fiscales y los de los hogares. En efecto, las sociedades gastan cada vez más en salud. El estudio de Appleby y Harrison (2006) para el Reino Unido indica que si no se limitan los

gastos en salud en torno al año 2026 se gastaría el 20% del producto interno bruto en salud y, ajustando las proyecciones, en 40 años la mitad de la riqueza de la nación sería destinada a salud. ii) el envejecimiento poblacional (notablemente en países de desarrollo medio y alto) pone en problemas a los sistemas de aseguramiento por la mayor demanda de prestaciones relacionada con el aumento de la edad. iii) la transición epidemiológica crea desequilibrios entre la oferta y la demanda potenciando la exclusión de algunos grupos para acceder a los tratamientos efectivos de las enfermedades crónicas o degenerativas. iv) el acceso a mayor y mejor información sobre avances en la medicina por parte de la población, presiona al mercado de servicios por tecnología de última generación.

El desafío consiste entonces en evitar que los sistemas de salud creen nuevos mecanismos de exclusión por no considerar tales situaciones.

II.- Hitos relevantes para la elaboración de políticas públicas equitativas referidas a los sistemas de salud

A partir de la literatura especializada parece posible determinar prioridades entre los múltiples aspectos que constituyen los sistemas de salud. En este documento se consideran cuatro aspectos esenciales que contribuyen decisivamente a la equidad de los sistemas de salud²: estructura del financiamiento de la salud; segmentación y fragmentación de mercados; asignación de recursos y mecanismos de pago; y, las acciones de promoción y prevención de la salud.

1) Estructura del financiamiento de la salud

Esta sección se aboca esencialmente a las fuentes de financiamiento de la salud pero también a las combinaciones institucionales que deciden los

² Por cierto, se han dejado de lado los aspectos sanitarios o epidemiológicos. Esto se debe a que las prioridades sanitarias son determinantes –y previas– de las definiciones institucionales que ocupan a este documento y éstas no pueden sino ser coherentes con aquellas.

países para administrar los fondos de seguridad social en salud. La mayor extensión de esta sección se explica por el directo impacto del financiamiento sobre la equidad.

Las dificultades para lograr universalidad en la cobertura de la mayoría de los sistemas de salud en América Latina ha reposicionado el debate acerca del financiamiento de la seguridad social en salud y de los aportes que le corresponderían a cada uno de los diferentes agentes que componen la sociedad.

Hsiao y Heller (2007), examinaron diferentes modelos internacionales de financiamiento concluyendo que: (i) para asegurar equidad, los gobiernos deben tener un rol importante en el financiamiento de la salud; (ii) la eficiencia y calidad de los servicios de salud pueden ser mejorados mediante mayor competencia, mejor destino de los incentivos y mejorando la organización/gestión de los sistemas de salud; y (iii) el aumento de los costos de los gastos en salud puede ser controlado estableciendo restricciones presupuestarias “duras” a todo el sector.

En cambio, los autores sostienen que aumentar la competencia no se ha verificado eficaz para reducir costos y que las restricciones por el lado de la demanda, tales como aumento de los copagos, tampoco logran este objetivo ya que sólo transfieren el riesgo financiero al paciente, exponiéndolo al empobrecimiento.

i) Mitos sobre los seguros públicos o sistemas de salud integrados

Las reformas de salud en América Latina en los últimos 20 años han tenido un marcado sesgo privatizador lo cual no ha logrado pasar las pruebas de la eficiencia ni mucho menos, resolver las inequidades en salud. La confrontación entre sector público y privado ha tenido más bien un carácter ideológico. Por ello es necesario despejar algunos mitos antes de examinar la institucionalidad que podría ser más equitativa y costo-efectiva.

Mito 1: Los seguros públicos restringen la libre elección de proveedores en relación a los seguros privados. Esta percepción -mucho más sentida en EE. UU.- no es real en Canadá, Francia o incluso en Chile, donde los cotizantes de Fonasa pueden elegir libremente a sus prestadores individuales. Asimismo, cabe notar que las aseguradoras privadas de EE. UU. -y las de Chile- han ido vinculando sus planes de salud a empresas prestadoras preferenciales o cerradas, restringiendo contractualmente la libre elección de prestadores. Este fenómeno adquiere mayor relevancia social y económica cuando existe integración vertical del asegurador y el proveedor de salud. Curiosamente, esto contradice uno de los principios fundacionales del sistema chileno: la libertad de elección de los afiliados.

Mito 2: El aumento de los costos del sector salud no puede ser detenido por el agente público. Al principio se creyó que el aumento en los costos del sector se debía al efecto de demanda inducida y a la ineficiencia mayor del sector público para controlar las prestaciones, pero EE.UU. en la década de los 80 bajó su cobertura de prestaciones y el ritmo del alza de los costos de salud continuó. Algunos suponen que la contención de costos en el sector público se ha hecho a través de una restricción en la innovación tecnológica lo que es desmentido por la evidencia en los sistemas públicos europeos, pero aún en Chile los hospitales de especialidades públicos son equivalentes, tecnológicamente, a las mejores clínicas privadas.

Mito 3: El financiamiento fiscal es más restrictivo que el financiamiento privado.. En realidad, la restricción presupuestaria es un fenómeno universal, salvo para un muy reducido grupo de la población: el de más altos ingresos. Los planes privados de salud también presentan estas restricciones, lo que se traduce principalmente en menores coberturas y, por ende, en un mayor gasto por parte de los usuarios.

Mito 4: El sector privado es más eficiente que el sector público. Sería necesario afinados estudios de costos para dilucidar tal aseveración. No obstante, los costos de administración por afiliado (incluyendo

utilidades) de las Isapres en Chile son 26 veces más altos que los del seguro público (Urriola 2005). Por cierto, esto obedece a que las Isapres tienen fines de lucro. Empero, incluso en EE. UU. algunos estudios muestran que la insuficiente competencia genera distorsiones de precios. En Singapur, también según el estudio de Hsiao y Heller, se destaca que ante servicios de igual calidad los hospitales privados tienen precios más altos que los hospitales públicos.

ii) ¿Financiamiento con cotizaciones o con impuestos generales?

Este debate, que ha cobrado especial importancia en el período reciente, debe enfocarse en función de la equidad subyacente en una u otra modalidad. Entre los argumentos en favor del sistema de financiamiento basado en cotizaciones se cree que es posible que en este modelo la gente reclame más (ejerza ciudadanía) por la calidad que en el modelo de pago con impuestos generales, es decir, la predisposición de la gente a pagar cotizaciones sería mayor que a pagar impuestos.

En cambio, debiera considerarse los problemas de evasión del pago de cotizaciones que existe en algunos países. En Colombia, la evasión en el régimen contributivo (el cual cubre tanto trabajadores formales como informales clasificados como no pobres) es considerada un gran problema para el sistema ya que se calcula que alcanzaba en el 2000 a alrededor de US\$836 millones, equivalente a 2.8% del Producto Interno Bruto (Wagstaff 2007 (a)).

Además, los sistemas de pago por cotizaciones tienden a ser regresivos porque generalmente tienen “techos”, mientras que los impuestos generales tienden a ser progresivos.

Frecuentemente, quienes se oponen a la modalidad de contribuciones solidarias argumentan que se les “nivelaría por abajo” a quienes pueden pagar servicios más sofisticados. No obstante, nada impide que los grupos de más altos ingresos puedan adquirir seguros privados complementarios

(los cuales podrán ser financiados con cotizaciones adicionales a los mínimos que cada país disponga para el financiamiento de la salud si se mantiene el sistema de pago por cotización).

Empero, detrás de esta disyuntiva pareciera visualizarse una nueva visión de la protección social basada en consideraciones macroeconómicas propias de la globalización. En efecto, surgen voces que consideran que la presencia de sistemas sólidos de protección social conduce a una utilización limitada de la mano de obra y que, desde el punto de vista de la competitividad, sería aconsejable privilegiar el pago con impuestos generales porque los pagos a la seguridad social en la planilla empresarial alcanzan hasta el 14% de los costos en el caso alemán (Wagstaff 2007 (a)). Además, se argumenta que los sistemas de protección social son insensibles a la coyuntura, y acentúan el no uso de recursos humanos incluso luego de efectos negativos (Van den Noord et. al. 2006). En todo caso, no hay evidencias de que el financiamiento de la seguridad social con cotizaciones tenga efectos adversos sobre el empleo (Wagstaff 2007 (a)).

Cuando se hace el debate sobre financiamiento con cotizaciones es evidente que éste podría ser con aportes de los trabajadores o patronales o combinaciones entre ellos. Desde el punto de vista patronal sería un costo imputable a la misma línea de costos (remuneraciones). Pero, en cambio, en la medida que todo el peso del pago de la seguridad social se haga recaer en el trabajo éste aparece percibiendo una proporción del ingreso nacional superior al que realmente dispone.

En segundo lugar, el pago sólo por cotizaciones de los trabajadores desliga toda responsabilidad de los empleadores en la seguridad social lo cual transforma la previsión y la salud en un asunto individual por oposición a lo social que es un componente principal de la protección social.

iii) *Universalidad y equidad para integrar a trabajadores independientes o informales*

El cómo integrar a los trabajadores por cuenta propia, informales o independientes a la seguridad social en salud es un problema de mayor escala en América Latina, especialmente por la alta proporción de ellos en relación a la población económicamente activa, como por la dificultad para visualizar en el corto plazo cambios institucionales que hagan retroceder la proporción de este sector en relación a otras categorías ocupacionales. Esta parece ser la razón principal para favorecer modalidades de pago de la seguridad social en salud mediante impuestos generales.

CUADRO 1:
AMÉRICA LATINA: EMPLEO INFORMAL
(% DEL EMPLEO TOTAL URBANO)

Años	Total	Hombres	Mujeres
1990	42.8	39.4	47.4
1995	46.1	42.7	51.0
2000	46.9	44.5	50.3
2001	46.3	43.8	49.7
2002	46.5	44.3	49.4
2003	46.7	44.1	50.1

Fuente: OIT 2004; en Velásquez (2005).

En efecto, a pesar del marcado esfuerzo de los últimos años en la Región por desarrollar nuevas herramientas para proporcionar una mayor protección social a quienes pierden su empleo y buscan su reinserción laboral, y que van desde los tradicionales esquemas de indemnizaciones por despido o seguros de desempleo hasta la creación -más reciente- de cuentas de ahorro individual, los resultados siguen siendo modestos, lo que se expresa en una baja cobertura de trabajadores protegidos (Velásquez 2005).

CUADRO 2:
AMÉRICA LATINA: ASALARIADOS COTIZANTES
EN SEGURIDAD SOCIAL

AÑOS	SECTOR INFORMAL	SECTOR FORMAL	TOTAL
1990	29.2	80.6	66.6
1995	24.2	79.3	65.2
2000	27.2	79.6	64.6
2001	27.7	78.6	65.3
2002	26.2	78.9	63.7
2003	26.2	79.3	63.6

Fuente: OIT (2004) en Velásquez (2005)

Nota: en el sector informal se incluye a trabajadores domésticos y trabajadores de empresas pequeñas.

Otras soluciones de inclusión a la seguridad social de los independientes o informales con sistemas especiales para este segmento como las de Viet-Nam (Wagstaff 2007 (b)) o Ecuador (Palacio 2006) con montos de cotizaciones reducidos y únicos, respetan los criterios de equidad sólo en el supuesto de que se trate de personas de ingresos por debajo de la línea de pobreza y que la cotización sea mínima. De hecho, el Seguro Popular de México no tiene capacidades para controlar las remuneraciones de sus afiliados, por lo que la cotización deja de estar vinculada a los ingresos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2004).

En conclusión, conviene diseñar políticas que relacionen las condiciones específicas de la inserción laboral con la inclusión en la seguridad social en salud para al menos cuatro tipos de trabajadores del sector informal: (i) los auto-empleados; (ii) los trabajadores mayores; (iii) personas con acceso intermitente al mercado laboral; y (iv) los trabajadores jóvenes (CISSS 2005).

También se ha argumentado que los seguros privados podrían ser una solución factible y eficaz para las personas que no tienen relación de dependencia. En la zona OCDE, si bien una pequeña fracción del financiamiento general de la salud se cubre con seguros privados, en algunos países el 30% de la población dispone de seguros

privados, aunque también se concluye (Colombo y Tapay 2004) que esta modalidad engendra a menudo nuevos problemas de inequidad y aumenta los costos generales del sector.

En resumidas cuentas, se ha comprobado que la segmentación de mercados resultante de la segmentación de los mecanismos de financiamiento y que se expresa en las políticas de focalización –por oposición al universalismo- quíéralo o no, ha cumplido una función de desmantelamiento de los sistemas de salud; la propuesta, también reduccionista, del manejo del riesgo social, elaborada para el ámbito del aseguramiento, que socava el principio de solidaridad, subestima los problemas de equidad derivados del aseguramiento de mercado y recorta drásticamente el ámbito sectorial público favorable al principio de solidaridad (Sojo 2007).

2) Integración de redes sanitarias

A partir de las definiciones de segmentación y fragmentación de mercados, esta sección se concentrará en la organización de la oferta de servicios sanitarios y la integración de la red asistencial pública.

La fragmentación es la existencia de muchas instituciones -prestadoras de servicios de salud o de aseguramiento- que trabajan de manera no integrada en el sistema general o al interior de un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema de salud y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas (OPS/OMS 2006). La segmentación, por su parte, es la existencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, elegibilidad y prestaciones, generalmente “especializados” en diversos segmentos de la población, a menudo determinados por el nivel de ingresos, la situación laboral o la posición social.

La información disponible muestra que mientras mayor es la segmentación de los sistemas de salud, mayor es la inequidad en salud.

CUADRO 3:

EFFECTOS DE LA SEGMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Efecto	Sector público	Seguridad social	Sector privado con fines de lucro
Descreme	Concentración de la población más pobre y de mayor edad.	Concentración de la población trabajadora de ingresos medios.	Concentración de la población más joven y más rica.
Selección adversa	Concentración de la población más enferma y con mayores preexistencias.	Concentración de enfermedades profesionales y accidentes laborales.	Concentración de la población más sana y con menores preexistencias.
Sobredemanda hacia el sector público.	Listas de espera, insuficiencia de recursos, mala atención.	Subutilización o utilización inadecuada de recursos e instalaciones.	Subutilización de servicios e instalaciones.
Menores recursos para el sector público.	Falta de suministros, bajos salarios, mala atención.	Subutilización de recursos e instalaciones.	Subutilización de recursos, servicios e instalaciones.

Fuente: OPS/OMS 2006

En este acápite nuestro ejemplo se reducirá a la experiencia chilena. Chile, con la instauración de la reforma liberal de los años 80, estableció dos subsistemas de aseguramiento: el uno, privado, individual y con coberturas adecuadas a las capacidades de pago del cotizante; el otro, público, universal (nadie es rechazado aún si no tiene recursos) y solidario (sin planes individuales).

En 2004 –antes de la actual Reforma-, más del 90% de los enfermos de Sida o enfermos que requieren hemodiálisis estaban atendidos por los establecimientos públicos. Asimismo, las Isapres además de expulsar a los pacientes más caros con enfermedades crónicas, también podían discriminar a los que son menos sanos o necesitan más atenciones. Así, 77% de los niños menores de cinco años; 92% de los adultos mayores de 65 años; y el 76% de las mujeres en edad fértil (es decir, entre 20 y 44 años) estaban afiliados a FONASA. Lo establecido en la ley de Isapres que está vigente desde julio de 2005 redujo en parte estas inequidades.

Por otra parte, la Ley de Garantía Explícitas en salud establece condiciones a las prestaciones en cuanto a acceso, calidad, financieras y de oportunidad. Esta última, al definir plazos tope para las secuencias en las prestaciones, exige a la red pública de salud niveles de coordinación que no son fáciles de lograr porque, en definitiva, ponen en tensión a la propia cultura organizacional de los Servicios de Salud y del sistema como un todo.

“El modelo institucional actual ha alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población, -señalaba el Minsal en 2005- lo que se expresa en: insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud del país, insuficiencias en coberturas, trato muchas veces inadecuado, fallas en la oportunidad de la atención, demanda por mayor respeto a sus derechos. Conjuntamente es necesario realizar cambios de gestión, que aseguren que los esfuerzos de inversión se traduzcan en más y mejores acciones sanitarias para la población” (Minsal 2005). El modelo en debate debe orientarse hacia los objetivos sanitarios al 2010, uno de los cuales es reducir las desigualdades de salud.

La transformación del actual modelo de atención se orienta hacia la obtención del máximo impacto sanitario de sus acciones. El Minsal explica así los desafíos que exige la situación con la Reforma:

1. Énfasis en la promoción y prevención de la salud, control de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable. Prevención de enfermedades mediante pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de éstas (ver la sección iv de este capítulo).
2. Resolución integral de los problemas de salud, en red.
3. Resolución ambulatoria de la mayor parte de los problemas de salud, incorporando mecanismos de financiamiento que incentiven la atención ambulatoria (ver la sección iii de este capítulo). Desarrollo racional de las especialidades clínicas orientadas al impacto sanitario, a la mayor

resolutividad, al enfoque por procesos clínicos y a la mejoría de la equidad en salud.

4. Uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada.

5. Desarrollo de hospitales públicos al servicio de los requerimientos de la red asistencial, sustentables, y enfocados al desafío que introduce la problemática de salud del adulto (ibid).

En definitiva, el desafío consiste en establecer un Modelo de Gestión en Red lo cual también es crucial para los objetivos de equidad del sistema.

En fin, los requerimientos de las garantías explícitas exige establecer procesos complejos de información puesto que las necesidades deben ser resueltas en plazos muy estrechos, especialmente cuando se trata de problemas que son tratados en su fase inicial en urgencia, tales como el infarto que es una de las garantías vigentes en Chile.

En consecuencia, la estructura organizacional precisa un sistema de monitoreo de las garantías independiente del prestador para garantizar el derecho ciudadano. Todo lo anterior sólo es posible en un sistema con bases de datos nacionales que identifiquen a las personas. Mal puede asegurarse cobertura a poblaciones si no tenemos mecanismos para identificarlas.

3) Asignación de recursos, mecanismos de pago y la estructura de incentivos

Es evidente que las formas que adquiere la distribución de los recursos también puede ser decisiva para afectar la equidad de un sistema. En primer lugar porque el principio general de equidad relacionado con la distribución³ exige que reciban más los que más necesiten. Antes de todo es necesario recordar tres factores relevantes:

a) Los mercados no logran por sí solos resultados eficientes en la salud de la población. De hecho, el

³ Nótese que en páginas anteriores se hizo referencia a la equidad en cuanto a las contribuciones (que den más los que más tienen) lo que es diferente a la distribución de servicios de salud que se alude en esta sección.

mercado no asegura ni la competencia ni la equidad y ambos son objetivos estratégicos sectoriales.

b) Trade-off entre equidad y eficiencia. La equidad es una consideración básica de la protección social, en consecuencia, los precios -o riesgos individuales- no pueden ser consideradas las herramientas prioritarias para racionalizar la asignación de recursos. Es decir, las herramientas de costo-efectividad pueden ser insuficientes para la elección de prioridades en salud.

c) Problemas en la selección de prioridades. Hay otros objetivos alternativos que ocasionan trade-off, por ejemplo, mejorar la salud de la población; protegerla de los gastos catastróficos; y satisfacer sus expectativas con respecto a los servicios que le son ofrecidos. Estas metas no son fáciles de cumplir simultáneamente.

El debate sobre mecanismos de pago adquiere mayor relevancia en el sector salud por la asimetría de los actores en los mercados, la presencia de oligopolios y el peso del sector público. Los sistemas de salud tienden a combinar criterios en la asignación de recursos aún para prestaciones o prestadores similares. A modo de ejemplo se describirá algunos aspectos que se observan en el sistema público chileno de salud y que ameritan reflexionar acerca de los mecanismos de pago más adecuados.

En primer lugar, en el sistema público de salud en Chile se verifica una separación de funciones en que, grosso modo, el Fondo Nacional de Salud debe cumplir la función aseguradora. El rol primario tradicional del seguro público es simplemente distribuir fondos –que provienen de los aportes- entre los proveedores públicos y privados; luego, con el desarrollo del sistema, hay una transición desde la “compra pura” hacia el Aseguramiento Integral que incorpora varias funciones: la de Compra; la de Intermediación de Gestión; la de Intermediación Financiera; la de Fiscalización, entre otras (Erazo 2005).

En este contexto, el sistema público chileno tiene múltiples mecanismos de pago que vinculan al seguro con prestadores públicos y privados y,

entre estos últimos, individuales e institucionales. ¿Son estos mecanismos de pago coherentes con los principios de equidad? En esta perspectiva, ejemplificaremos a continuación algunos de los métodos vigentes:

i) sistema de asignación per cápita en la Atención Primaria de Salud (APS). El cuadro siguiente da cuenta de los factores actualmente vigentes para distribuir los recursos a la Atención Primaria de Salud.

CUADRO 4:
ASIGNACIÓN PER CÁPITA EN LA APS. MONTOS
TOTALES POR CATEGORÍA 2005
(en millones de pesos)

	Nacional		Costo fijo		Rural		Urbano	
	Montos (miles \$)	% del total	Montos (miles \$)	% del total	Montos (miles \$)	% del total	Montos (miles \$)	% del total
Remesa comunas costo fijo	2.313	1	2.313	91	0	0	0	0
Monto per cápita basal	152.547	84	0	0	42.221	71	110.327	92
Ruralidad	8.437	5	0	0	8.438	14	0	0
Ajuste por zona	4.723	3	0	0	1.916	3	2.807	2
Ajuste por pobreza	6.070	3	0	0	3.003	5	3.067	3
Ajuste transitorio	267	0	0	0	0	0	267	0
Asignación Pob. > 65 años	3.770	2	0	0	1.050	2	2.721	2
Asignación desempeño difícil	3.299	2	227	9	2.425	4	647	1
Remesa total	181.431	100	2.541	100	59.053	100	119.837	100

Fuente: Minsal Decreto 181, www.minsal.cl

Poblete y Vargas (2006) previenen que el ajuste enunciado como de pobreza en el cuadro 4 corresponde a un ajuste de autonomía financiera del municipio. Se supone que aquellos municipios cuyos fondos provienen mayoritariamente del Fondo Común Municipal y tienen un menor nivel de ingresos propios permanentes se encontrarían en un mayor nivel de pobreza. Por ello los autores

sugieren correcciones utilizando más bien como indicador central a las personas de bajos ingresos (por ejemplo, personas pertenecientes al grupo A de Fonasa) que hacen uso efectivo de este seguro. Por su parte, Bitrán et al (2004) proponen mantener el pago capitado para la atención primaria, incorporando progresivamente al Per Cápita todas las prestaciones que actualmente se pagan por Programas Especiales y para las cuales ya existe información suficiente sobre la epidemiología o la demanda para hacer este traspaso; y, mantener el pago vía Programas Especiales para las prestaciones que son excepcionales y que no corresponden a todos los municipios.

La APS percibe alrededor del 25% del presupuesto público distribuido por Fonasa pero solo una parte es distribuida según el mecanismo de asignación Percápita (alrededor de 60%) y lo demás se hace según Programas Especiales.

Al analizar la APS ésta tiende a aumentar su participación presupuestaria especialmente por los impactos de la Reforma. En efecto, la implantación del plan AUGE, entre otras cosas, provocó un cambio en los mecanismos habituales de pago ya que de todos modos las prestaciones AUGE deben ser valoradas. En efecto, más del 90% de los casos AUGE se atienden en APS.

**CUADRO 5:
CASOS AUGE EN APS EN EL PRIMER AÑO DE
APLICACIÓN DEL PLAN**

Diabetes Mellitus Tipo 2	315,064
Infección Respiratoria Aguda Baja En Menores De 5 Años (Trat. Amb.)	378,229
Neumonía Adquirida En La Comunidad En Personas De 65 Años Y Más (Trat. Amb.)	28,779
Hipertensión	994,047
Epilepsia No Refractaria En Niños Desde 1 Año Y Menores De 15 Años	1,408
Salud Oral Integral	86,081

Fuente: Fonasa

El problema que puede tornar ineficiente estos mecanismos de pago en la APS proviene de que puede aumentar la sensibilidad de la varianza

de los costos por la introducción de atenciones complejas (de altos costos) o por las diferencias de estados de salud en poblaciones diferentes desde un punto de vista socio-económico. Esto pareciera exigir estudios sobre ajuste de riesgos más sofisticados.

La asignación de recursos en APS puede resultar más eficiente mezclando métodos percapitados tradicionales (sexo, edad y pobreza) con pagos por prestaciones retrospectivos para las pequeñas unidades pero, a la vez, con asignación per cápita a Servicios de Salud que son unidades con cobertura geográfica más amplia. Si fuese así, es esencial precisar la modalidad de vínculos de gestión entre los Servicios de Salud y la APS municipalizada, aunque está establecido en la ley de autoridad sanitaria las funciones y los mecanismos de coordinación, en concordancia con el modelo de atención.

Otro ejemplo. La utilización de los servicios de urgencia hospitalarios chilenos es muy abultada, tanto en términos absolutos –unos 6 millones de visitas anuales– como en términos relativos –más del 40% de las urgencias atendidas⁴. Como en el resto de prestaciones, las alternativas a considerar en la asignación de recursos a los servicios de urgencias incluyen el presupuesto global (fijado por institución prestadora o en base capitativa si existiese una adecuada territorialización), la financiación por cumplimiento de objetivos cuantitativos, el pago por actividad (con posibles ajustes por casuística) y los sistemas mixtos. Cada una de estas opciones responde a unos criterios distintos de deseabilidad⁵ (Ibern et al 2007).

4 La diferencia es atendida por los servicios de urgencia de la atención primaria.

5 Se refiere a las prioridades que la autoridad otorga a las alternativas de políticas públicas.

**CUADRO 6:
FUENTES Y RUBROS DE FINANCIAMIENTO EN
ATENCIÓN DE URGENCIAS. CHILE 2005.**

Financiamiento		Monto (millones de pesos)
FONASA		
	Programa Prestaciones Valoradas	102.228
	Rebalses	5.633
	Prestaciones asociadas a emergencias	2.012
	AUGE	5.173
MINSAL		
	SAPU + IRA	16.757
TOTAL		131.803

FUENTE: FONASA en Ibern et. Al. 2007.

Como se observa en el cuadro 6 en el sistema chileno en el 2005 coexisten formas diversas de pago en este tipo de prestaciones. De una parte, los costos fijos asociados a personal, manutención e insumos (exceptuando medicamentos) son pagados independientemente de las prestaciones efectuadas (es el rubro de infecciones respiratorias agudas en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia conocidos como SAPU-IRA); el Programa de Prestaciones Valoradas, y todas las demás que figuran en el cuadro son pagadas contra realización de la prestación. Tanto las prestaciones AU GE como los Pagos por Prestaciones Valoradas (PPV) y las Prestaciones en Atención de Emergencia (PAE) son tarifadas previamente, mientras que los "rebalses" son pagados contra facturación porque se trata de afiliados a FONASA que, por la urgencia, no pudieron ser atendidos en los establecimientos públicos y son facturados a precio del establecimiento privado receptor del paciente. En suma, los ejemplos anteriores dan cuenta de una enorme diversidad en las formas de pago lo que está asociado a la segmentación y fragmentación de mercados. No cabe duda que cada modalidad cumple un rol y que puede favorecer a sectores o a las prioridades sanitarias que establece la autoridad. En todo caso, podrán ser más o menos

equitativas y esto deberá tenerse en cuenta al momento de evaluar los sistemas de salud en su desempeño global.

No es menos importante establecer los mecanismos de pago más equitativos en la atención hospitalaria pero no parece necesario abundar en otros ejemplos.

4) Prevención y Promoción de la salud

Se refiere al rol del sector público en cuanto a mejorar los resultados de salud mediante políticas de educación, información, promoción y prevención de salud que influyen en las creencias y expectativas de la población, estilos de vida y preferencias de consumo.

Se sostiene que la seguridad social única universal permite incorporar los gastos generales de promoción y prevención de la salud en la planificación sectorial.

En efecto, el argumento central es que en acciones de salud pública de este ámbito hay externalidades (comportamientos económicos particulares que tienen consecuencias inesperadas, positivas o negativas, más allá de los objetivos inicialmente buscados explícitamente). Entonces, la prevención y promoción de la salud puede actuar sobre estas externalidades (por ejemplo, mediante vacunas gratuitas -que no hará el sector privado- que evitan los contagios de las epidemias a los pacientes y sus próximos). El Estado es el único que puede imponer un interés por el bien colectivo.

Lo importante es que puede ser extremadamente útil para los indicadores generales de equidad considerar cual es la proporción de los gastos que los sistemas de salud otorgan a la prevención y a la promoción de la salud y cómo se priorizan los grupos vulnerables en esta actividad.

La promoción de la salud incentiva las prácticas que pueden proporcionar a la población en general, los medios para mantener y mejorar la salud. Se trata de empoderar a los ciudadanos de sus derechos e incentivar estilos de vida saludables como las

actividades físicas o los hábitos de alimentación. En general, se refiere a entornos saludables, estilos de vida y a la salud mental.

Lo que refuerza las actividades de prevención y promoción es que, en general, resultan con un alto grado de aceptación en términos de costo-efectividad. En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención de VIH-SIDA (UNAIDS) evaluó que “las necesidades de recursos para prevención, tratamiento y atención, apoyo a huérfanos y niños vulnerables y costos de programas y recursos humanos ascienden a 18 000 millones de dólares de EE. UU. en 2007, de los cuales 10.000 serían dedicados a prevención” (ONUSIDA 2006).

El argumento central para impulsar el aporte de lo requerido según UNAIDS es que los costos de la prevención (3.900 dólares por cada uno de los que se evitan el contagio) son menores que el costo del tratamiento de la enfermedad (4.770 dólares) (Arredondo 2007).

En otro ámbito, “en el mundo, el tabaco se vincula con una de cada cinco defunciones de hombres y con 1 de cada 20 defunciones en mujeres de más de 30 años” (Banco Mundial 2006). La mayor parte de las intervenciones que se proponen modificar la demanda son costo-efectivas... “un aumento de precio del 33% aportó una relación costo eficacia de US\$ 3 a US\$ 42 por AVAD⁶ evitado en países de ingreso bajo y mediano; y de US\$ 85 a US\$ 1.773 por AVAD evitado en países de ingreso alto” (ibid:136).

El Ministerio de Salud de Chile desarrolló los Objetivos Sanitarios de impacto y de desarrollo para reducir las inequidades en salud en el período 2006-2010 los cuales cuentan con varios objetivos relacionados con promoción y prevención, entre ellos: refocalizar el programa de prevención y control de accidentes en hombres jóvenes de nivel

socioeconómico bajo; refocalizar los programas de prevención y control de Hipertensión arterial y Cáncer cérvico uterino en mujeres de edad media, de nivel socioeconómico bajo; implementar Programa de Prevención y Control de Cáncer de Vesícula y vías biliares focalizado en mujeres con mayor riesgo (Commission on Social Determinants of Health y Minsal 2006).

En fin, todos estos aspectos, que son precisados por las autoridades de salud pública, sin duda influyen sobre la equidad en los sistemas de salud. Cabe recordar que este es el aporte del sector salud, pero que la promoción es intersectorial y deben participar otros sectores, incluyendo educación, vivienda, transporte.

III.- A modo de conclusión

1.- Los sistemas de salud en América Latina en los últimos 20 años han tenido un marcado sesgo privatizador lo cual no ha logrado pasar las pruebas de la eficiencia ni mucho menos, resolver las inequidades en salud. La confrontación entre sector público y privado ha tenido más bien un carácter ideológico. Por esta razón, probablemente, no han logrado conciliar las funciones de aseguramiento con las de solidaridad, distribución y cobertura universal, en definitiva, con un concepto global de equidad.

2.- En este documento se consideraron cuatro aspectos esenciales que contribuyen decisivamente a la equidad de los sistemas de salud⁷: estructura del financiamiento de la salud; articulación de las redes sanitarias; asignación de recursos y mecanismos de pago; y, las acciones de promoción y prevención de la salud. Esta elección es una invitación a examinar prioritariamente estos aspectos cada vez que se diseñan o implementan las políticas públicas sectoriales.

6 Años de Vida Ajustados por Discapacidad. - Medida que trata de captar las pérdidas en autovalencia por la presencia de enfermedades pero que están ponderadas de manera diferente según la edad de las personas.

7 Por cierto, se han dejado de lado los aspectos sanitarios o epidemiológicos. Esto se debe a que las prioridades sanitarias son determinantes –y previas- de las definiciones institucionales que ocupa a este documento y éstas no pueden sino ser coherentes con aquellas.

La revisión de estos aspectos -lejos de ser exhaustiva en sus contenidos- tiene por objeto más bien ilustrar a través de ejemplos, lo importante que puede ser el tratamiento de tales problemas y los alcances para la equidad en las políticas públicas.

3.- En América Latina la presencia del sector informal o de trabajadores independientes y la precariedad o temporalidad de los empleos hace que el sistema de protección social basado en cotizaciones sea engorroso tanto para su administración como para mantener la protección social. No obstante, un sistema basado sólo en impuestos generales diluye las responsabilidades mayores que tienen trabajadores y empleadores en la mantención de la salud del país. En consecuencia, dada las condiciones que impone la globalización, el fácil acceso a la información y el creciente desarrollo de los derechos civiles en los sistemas democráticos, resulta razonable postular el desarrollo de sistemas que consideren aportes de trabajadores, de empleadores y del Estado.

4.- Desde el punto de vista de la eficiencia y de la equidad la segmentación y fragmentación de los mercados constituyen trabas para el sector salud. Por la complejidad del "mercado" de la salud pareciera, paradójicamente, que este sector no debe ser tratado como un mercado normal a riesgo de exacerbar la inequidad. Por el contrario, se pueden visualizar mecanismos complementarios a la seguridad social o seguros privados complementarios que cubran copagos o las enfermedades con menor cobertura en la seguridad social.

5.- Pareciera que no existen mecanismos de pago únicos, permanentes y mejores en todos los momentos. Sin embargo, priorizar grupos, enfermedades, planes, prevención y promoción es un elemento esencial de la política pública. Ello implica asignar incentivos y los mecanismos de pago son un instrumento potente para reducir las inequidades de acceso a la salud por parte de grupos poblacionales.

6.- Priorizar en prevención y promoción de la salud tiene un alto grado de utilidad tanto sanitaria como económica (costo-efectividad). Los sistemas de salud debieran dar cuenta de la proporción de recursos destinados a estas tareas y además rescatar fondos de los seguros privados que se benefician de estas acciones.

Referencias:

1. *Arredondo Sergio Bautista et al. Optimización de programas de prevención de VIH/SIDA: hacia la eficiencia asignativa. Seminario Internacional de Prioridades en Salud. (Minsal, OPS, Banco Mundial). Santiago 2007.*
2. *Appleby J. and Anthony Harrison. SPENDING ON HEALTH CARE. How much is enough? King's Fund, United Kingdom 2006.*
3. *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe del segundo semestre de 2004. Seguro Popular, México 2004.*
4. *Courtis C. Los derechos sociales en perspectiva: la cara jurídica de la política social. En Desempeño Económico y política social en América Latina y el caribe. CEPAL- FLACSO-GTZ- Indesol- Fontamara. México. 2006.*
5. *Colombo F. and N. Tapay. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)6. HEALTH WORKING PAPERS, OCDE. 2004*
6. *Commission on Social Determinants of Health y Ministerio de Salud. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Evaluación a mitad de período. Evaluación Objetivo III: Disminuir las desigualdades en salud. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Octubre 2006.*
7. *Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Informe sobre la Seguridad Social en América. Mercados de Trabajo y la Fragmentación de la Seguridad Social, Financiamiento para VIH-SIDA por los Seguros Sociales. CISS, México. Edición 2005.*
8. *Banco Mundial. Las prioridades de la salud. Banco Mundial, Washington. 2006.*
9. *Bitrán R., U. Giedion y P. Gómez. Resumen de Métodos de pago para el Plan AUGE y para las demás atenciones financiadas por el sistema público de salud en Chile. Minsal (documento interno). Agosto 2004.*

10. Drewsky L. *Cooperación de la GTZ para la protección social. En Protección y seguridad social en salud. Ediciones Seminarios Fondo Nacional de Salud año 1 N°1. Santiago, 2006.*
11. Erazo Alvaro. *ROL DEL ASEGURAMIENTO PÚBLICO EN CHILE. Documento de Trabajo N° 1, Fonasa. 2005.*
12. Hsiao W. and P. S. Heller. *What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?. IMF Working Paper WP/07/13. IMF. 2007*
13. Ibern Pere, Vicente Ortún, Ricard Meneu, Ivan Planas. *Sistema de pago de las urgencias. Universitat Pompeu Fabra. Centre de Recerca en Economia i Salut. (Borrador del informe para FONASA). Abril 2006*
14. *Ministerio de Planificación, Chile. Encuesta de Caracterización socioeconómica (Casen). Mideplan. Santiago, varios años.*
15. *Ministerio de Salud - Organización Panamericana de la Salud. Primer estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud. Informe de resultados. Módulos "F" y "G", gasto de bolsillo en salud. Minsal- OPS, Santiago. 2007.*
16. *Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud. Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Minsal (documento interno) Diciembre 2005.*
17. *OPS/OMS. Guía metodológica para la caracterización de LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. OPS/OMS Washington. 2006.*
18. *OPS/OMS, Resolución CSP26/12 "Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo". Washington DC., Septiembre 2002.*
19. *Palacio A. SALUD, El Derecho de todos. Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM) - Programa de Aseguramiento Universal de la Salud (AUS). Presidencia de la República del Ecuador, Quito. Junio 2006.*
20. *Poblete S. y V. Vargas. El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la atención primaria. (documento de trabajo interno). Fonasa. 2006*
21. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) Necesidades de recursos para una respuesta ampliada al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos. ONUSIDA, Ginebra. 2006.*
22. *Sojo A. La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales. Revista de la Cepal 9 1. Santiago, Abril 2007.*
23. *Titelman D. Y A. Uthoff. El papel del aseguramiento en la protección social. Revista de la CEPAL N° 81 103:123. CEPAL, Santiago, diciembre 2003.*
24. *Urriola R. Chile: protección social de la salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 20(4), 2006.*
25. *Van den Noord P., N. Girouard and Christophe A. Social Safety Nets and Structural Adjustment Economics Departament. Working papers No. 517. OCDE. 2006.*
26. *Velásquez M. La protección frente al desempleo en América Latina. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 166. CEPAL, GTZ. Santiago, 2005.*
27. *Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse. JP, eds. Handbook of health economics, Vol I. Elsevier Science BV; 2000.*
28. *Wagstaff A.. Social Health Insurance Reexamined. World Bank Policy Research Working Paper 4111, Washington DC, USA . January 2007 (a).*
29. *Wagstaff. A. Health Insurance for the Poor: Initial Impacts of Vietnam's Health Care Fund for the Poor. WPS4134. IMPACT EVALUATION SERIES NO. 11. Development Research Group, The World Bank, Washington DC, USA. Febrero 2007 (b).*