

TALLER SOBRE NUEVOS MARCOS E INSTRUMENTOS PARA LA REGULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO Y EL ASEGURAMIENTO EN EL SECTOR DE LA SALUD (Santiago, Chile, 16-18 de enero, 2001)

Informe de Relatoría

I. Antecedentes

Objetivos del Taller

El Taller constituyó un esfuerzo conjunto de las Divisiones de Salud y Desarrollo Humano y de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Tuvo por objeto contribuir, con participación de los distintos actores involucrados, al diseño de una estrategia de cooperación regional sobre marcos e instrumentos para la regulación del financiamiento y del aseguramiento del sector de la salud, con el propósito de mejorar los niveles de equidad, eficiencia y sostenibilidad sectoriales teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas y culturales de los países de la Región.

Areas a cubrir

El sector de la salud en América Latina y el Caribe enfrenta una serie de problemas tales como la baja cobertura de los sistemas de protección social, la escasez y la inadecuada gestión de los recursos, la calidad deficiente, y la baja sostenibilidad de las acciones. En numerosos países de la Región se han ido desarrollando procesos de reforma del sector de la salud, uno de cuyos rasgos ha sido la descentralización de funciones y el surgimiento de nuevos actores públicos y privados relacionados con los campos del financiamiento, el aseguramiento y la provisión en el sector. Además, se ha enfatizado la necesidad de fortalecer la función de rectoría del sector salud para garantizar los derechos de los ciudadanos en relación con ella, en un escenario donde la interacción entre actores a menudo genera inseguridad e inestabilidad.

En ese contexto, la regulación de actores, mercados e insumos aparece como uno de los componentes principales de la rectoría del sector. En particular, en lo referido a las funciones de financiamiento y de aseguramiento sectoriales, las cuales son decisivas para el desempeño del sistema de salud en su conjunto y pueden, asimismo, prestar una importante contribución a la cohesión social. Y ello, tanto en términos de garantizar la equidad en la distribución de las cargas financieras y en la asignación de los recursos disponibles, como para fomentar la efectividad de las acciones en función de las prestaciones a ofrecer, de la naturaleza de los entes que financian y aseguran, y de las poblaciones a cubrir.

Para contar con marcos e instrumentos de regulación orientados hacia la equidad y la eficiencia y garantizar la eficacia de los mismos, se requiere que aquélla como función de gobierno e instrumento de cohesión social, se lleve a cabo con la participación e integración de todos los actores involucrados en el financiamiento y en el aseguramiento de la salud.

En consideración a lo anterior, durante el Taller se analizaron experiencias de regulación y se extrajeron conclusiones de ellas en dos campos distintos pero complementarios:

- *Regulación del Financiamiento:* Entendida como distintas modalidades de intervención de los poderes públicos en la generación de ingresos para el sector —mediante impuestos, dinero de bolsillo, cuotas de aseguramiento en instituciones con fines de lucro y sin él, ayuda internacional, y otros— en su manejo y en la asignación del gasto en salud —entre agentes, servicios, tipos de prestadores o por insumos—.
- *Regulación del Aseguramiento:* Entendida como distintas modalidades de intervención de los poderes públicos para tutelar el diseño, la oferta y la gestión de portafolios de prestaciones y servicios por parte de las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas de salud.

Países participantes

El Taller estuvo dirigido a países de la Región que se encuentran implementando políticas de regulación sobre el financiamiento y el aseguramiento de la salud, buscando combinar el enfoque teórico con la presentación y discusión de experiencias de país en distintos niveles de desarrollo, con vistas a orientar la cooperación técnica en los países.

Metodología de trabajo

El Taller se organizó por medio de paneles de discusión sobre la experiencia internacional y las experiencias de países, y por trabajo en grupos. A la presentación en plenario de las conclusiones de los grupos de trabajo siguió una sesión de síntesis y recapitulación de las futuras líneas de la cooperación técnica en la regulación del financiamiento y del aseguramiento en el sector de la salud en la Región.

II. Relatoría del Taller

Sesión de apertura

La sesión de apertura fue presidida por Cristina Nogueira, Representante de la OPS/OMS en Chile, Sara Ordoñez Noriega, Ministra de Salud de Colombia y Ernesto Benke, Subsecretario de Salud de Chile. Cristina Nogueira abrió la sesión inaugural, dando la bienvenida a los participantes a nombre de las autoridades de la OPS/OMS y agradeció a las autoridades del Ministerio de Salud. Señaló que el tema de la Regulación en el sector de la salud corresponde a un concepto que comienza a evolucionar desde finales de los años setenta cuando los sistemas de salud de los países empezaron a evidenciar problemas de costos asociados a la expansión de su aparato sanitario dentro de la concepción del *Estado de Bienestar* en el que el sector logró un vigoroso desarrollo. A principio de los años ochenta empiezan los movimientos tendentes a reducir el rol del Estado y a ampliar el de la iniciativa privada y del mercado, iniciándose así un escenario en que comienzan a generarse políticas de salud cuyo objetivo fue la contención de costos.

La expositora señaló los marcos teóricos en los cuales se ha tratado de encontrar explicaciones para las nuevas concepciones y mencionó algunos paradigmas como el neoclásico, la economía institucional y el enfoque de la teoría política. Mencionó también que en la década de los noventa, debido a la mejor información y a la presión de los usuarios, se empezaron a exigir respuestas de mejor calidad y más oportunas a los problemas de salud, y los gobiernos comenzaron a orientar sus políticas de salud hacia la evaluación de los servicios, y hacia una mayor transparencia y rendición de cuentas en el manejo de los recursos. Estas demandas han obligado, de alguna manera, al Estado a fortalecer su rol regulador.

También mencionó que la OPS/OMS, así como el Banco Mundial, consideran la regulación como un elemento esencial de la gestión de los gobiernos cuando se promueve la participación de la iniciativa privada. Reconoció que el ejercicio de la regulación no es fácil, especialmente en los países en vías de desarrollo donde los mecanismos y las capacidades para ejercerla son más débiles. Señaló dos tipos de dificultades para el ejercicio de la regulación: a) la asimetría de información entre el regulador y el regulado y b) los importantes costos de transacción.

Finalmente, reconoció que, a pesar de las dificultades, el fortalecimiento del poder regulador del Estado es una de las tareas ineludibles de los gobiernos, más aún cuando se considera que el financiamiento de los servicios de salud, además de su problemática económica, conlleva una dimensión social y por lo tanto la necesidad de buscar la equidad y la reducción de brechas de desigualdades entre grupos de población.

Después de dar la bienvenida a la Ministra de Salud de Colombia y a los participantes, Ernesto Benke indicó que el tema de la reunión es de gran importancia para Chile ya que está en buscando una solución óptima en los procesos de reforma, para que éstos se ajusten a la realidad política y social del país.

El expositor indicó que los cambios demográficos y epidemiológicos parecen poner a Chile entre los países desarrollados, pero que hay asimetrías al interior del país que afectan a la población pobre. Recalcó que en Chile el conjunto de acciones preventivas y otras intervenciones ha contribuido a la disminución de la mortalidad, pero que aún se observan perfiles de morbilidad preocupantes. Por eso el gobierno ha decidido revisar el proceso de reforma y los instrumentos para el aseguramiento y el financiamiento, indicando que las inequidades deben solucionarse y que el financiamiento debe ser solidario.

El Subsecretario Benke señaló que la regulación debe contribuir al desarrollo de una estrategia nacional que beneficie a todos y a que la salud es un derecho ciudadano sin distinciones. Para concluir señaló que se requieren planes de salud y no programas de salud que solo beneficien a aquellos que tienen capacidad de pago; hay necesidad, dijo, de buscar una cobertura real y nacional.

Panel Inaugural: Juan Antonio Casas y Daniel López Acuña

Juan Antonio Casas desarrolló el tema de Gobernabilidad y Salud. Refiriéndose al rol del Estado en la conducción del proceso de desarrollo nacional, indicó que se ha pasado del Estado fuerte de los setenta a un Estado distinto, en un ambiente que se caracteriza por una creciente dependencia económica y financiera como, por ejemplo, el proceso de dolarización de las economías, lo que es un indicio de la pérdida de poder del Estado en el manejo de la economía.

El expositor enfatizó la persistencia de la pobreza que afecta a 200 millones de habitantes, la acelerada migración a las áreas urbanas (el 30 % de la población vive en grandes urbes), el estancamiento rural con grandes brechas sanitarias y ambientales, la crisis de gobernabilidad en varios países, y la polarización del ingreso. Señaló que en varios países la pobreza afecta a un rango de población que va desde 75 % en Guatemala hasta 27 % en Brasil.

En relación a algunos indicadores de salud, el orador señaló que la mortalidad en menores de cinco años oscilan en un rango de tres a cinco veces más en la población de menores ingresos comparado con los de mayor ingreso; la misma situación sucede con la mortalidad materna, la correlación del ingreso con la disponibilidad de los servicios, y la expectativa de vida relacionada con los niveles de educación y otras variables socioeconómicas.

En lo concerniente a la salud y al bienestar familiar señaló que esto tiene que ver con el acceso a los servicios, con el ingreso disponible, con la producción de alimentos, con la inversión en salud y con otras variables.

Juan Antonio Casas indicó que la gobernabilidad es un conjunto de capacidades necesarias y de procesos institucionales de la sociedad para canalizar, articular y resolver

diversos conflictos que atañen al Estado, al sector privado y a la sociedad civil. Implican, por ejemplo, los marcos jurídicos, los niveles de seguridad, la elaboración de los instrumentos políticos, económicos y administrativos y la intervención sobre los factores condicionantes.

También se refirió a los procesos de modernización y reforma del Estado y a las responsabilidades básicas de éste, relacionadas con la transparencia, con el desarrollo del capital social y humano y con el desarrollo sostenible. Citó a Prats *[s]e trata no solo de hacer más eficientes instituciones sino de introducir más eficiencia en el mercado y más justicia en la sociedad*. También se refirió a las características de los procesos de Reforma en las que debe haber una participación ciudadana en la definición de prioridades y un enfoque interinstitucional en las políticas de salud.

Finalmente se refirió a un conjunto de líneas de acción para lograr la salud, la equidad y el desarrollo sostenible en las Américas, y los roles emergentes de la Autoridad Sanitaria Nacional y sus atributos de liderazgo.

El expositor concluyó con una cita de Virchow *[l]a medicina es una ciencia social, la política es medicina en gran escala*.

Daniel López Acuña presentó el tema de la regulación del financiamiento y del aseguramiento en el sector de la salud y en el ejercicio de la rectoría sectorial. Refiriéndose a la regulación del financiamiento señaló que ella incluye las distintas modalidades de intervención de los poderes públicos sobre la generación de ingresos, la ayuda externa, los impuestos generales, y las contribuciones a la seguridad social, así como al manejo de estos ingresos y a los mecanismos de asignación.

En lo que se refiere a la regulación del aseguramiento, señaló que hay distintas modalidades de intervención de los poderes públicos para tutelar el diseño, la oferta y la gestión de un conjunto de portafolios o paquetes de beneficios que tienen responsabilidad de otorgar los prestadores públicos y privados.

Señaló entre los principales problemas a superar y que hace complejo el tema de la regulación del financiamiento y el aseguramiento los siguientes:

- falta de protección social en salud a más de 200 millones de personas, patrón regresivo
- falta de racionalidad en el gasto de bolsillo en salud, acceso inequitativo a los servicios de salud, modelos inapropiados de prestación de servicios de salud para necesidades emergentes

Ambos aspectos se ven agravados por la segmentación de los sistemas de salud.

Se refirió a continuación a la separación de las funciones de los sistemas de servicios de salud —tales como el financiamiento, aseguramiento, compra y prestación de servicios— como un elemento que impulsa la necesidad de la función rectora.

También se refirió a los cambios en el escenario regional con relación a la función rectora que tiene que ver con los procesos de la descentralización y la aparición de nuevos actores tanto públicos como privados.

Daniel López Acuña señaló la importancia de tomar en cuenta las dimensiones del rol rector de la autoridad sanitaria relacionadas con la conducción, la regulación sobre bienes y servicios, el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento sectorial, la vigilancia del aseguramiento y la armonización en la provisión de servicios.

Seguidamente mencionó las funciones esenciales de salud pública que deben estar vigentes dentro de las responsabilidades de la autoridad sanitaria; estas son:

- el monitoreo y análisis de la situación de salud; vigilancia de la salud pública
- la promoción de la salud
- la participación ciudadana
- las políticas y capacidad de gestión
- la regulación y fiscalización de la salud pública
- el acceso equitativo de la población a los servicios de salud
- el desarrollo de Recursos humanos y capacitación
- la garantía de la calidad de la salud
- la investigación y desarrollo de soluciones innovadoras
- la reducción del impacto de los desastres

Para concluir, el expositor fundamentó la necesidad de regular el aseguramiento y el financiamiento, indicando que hay imperativos de orden económico, social, ético y sanitario, elaborando argumentos para cada uno de los imperativos señalados.

Panel: La regulación en el marco de los nuevos desafíos del financiamiento y aseguramiento de la salud

El objetivo de este panel fue analizar la función de regulación dentro de los nuevos marcos de organización del Estado en consideración a dos elementos, la salud como bien público de alta externalidad y el rescate de la función rectora del Estado en la formulación de la política regulatoria. Fue moderadora Ana Sojo de CEPAL quien, luego de presentar a los panelistas, sumalizó los criterios y principios planteados por la institución en relación a la regulación de los servicios sociales en general, y de servicios de salud en particular, en el marco de la reforma democrática del Estado ante la creciente privatización del sector salud. Con base en los últimos diez años de reforma de salud en la Región, se destacan tres ámbitos en que es necesario perfeccionar la regulación en salud: impedir la selección de los mejores riesgos por parte del sector privado; la compatibilización entre eficiencia y equidad y, por último, el balance entre la hipertrofia de la intermediación financiera y el menor desarrollo de la prestación de servicios.

José María Marín (OPS) insistió en la necesidad de un nuevo equilibrio entre el crecimiento del sector privado y el fortalecimiento de las funciones esenciales de un Estado eficaz y necesario. La regulación es crítica para garantizar la cohesión social y los derechos ciudadanos, a través de la distribución de bienes públicos o privados de salud. En la nueva relación Estado/mercado en salud, hay que establecer las reglas del juego para prevenir y corregir las fallas del mercado a través de intervenciones básicas y subsidiarias o selectivas.

La regulación es una de las funciones de la rectoría del sector salud, que se cumple a través de procesos complementarios de normatización y vigilancia. El rol regulador se ejerce a través de nuevas agencias, las superintendencias. Se dejan sin efecto las normas creadas en contextos ya superados, a la vez que se establecen otras. Nuevas regulaciones se van acordando a nivel supranacional ante la globalización, lo que constituye un desafío para las autoridades de salud que no siempre participan en estos procesos. ¿En qué campo es imprescindible la regulación? ¿cómo y cuánto regular? ¿cómo se vigila el cumplimiento de las normas? Estas son preguntas esenciales para contestar en este nuevo contexto.

Para Mónica Bolis (OPS) la regulación, desde el punto de vista normativo o jurídico-legal, es un factor para asegurar la cohesión social y la equidad en salud. Un elemento importante se refiere a la libre escogencia entre sistemas públicos y privados de salud en un contexto de expansión del sector privado, segmentación de los servicios y reducción de la solidaridad. Hay vacíos regulatorios en la salud debido a la multiplicidad de actores —usuarios, financiadores, aseguradores, proveedores— con intereses conflictivos y asimétricos, en un contexto de creciente descentralización del Estado.

Los países de la Región han tenido necesidades diferentes de regulación según las características específicas de los respectivos procesos de reforma o modernización, así como el nivel de participación del sector público o del sector privado en salud. Algunos de ellos han avanzado más en este proceso, otros deben acompañarlos en dicho desarrollo. Algunas áreas críticas de regulación tienen que a ver con la sustentabilidad de los sistemas de salud cambiantes, la reducción de asimetrías y la estratificación de beneficiarios. Desde un punto de vista de la norma jurídica, hay que tener en cuenta varios temas específicos relacionados a los intereses conflictivos de los diferentes actores ya mencionados.

Alejandro Ferreiro (consultor de OPS) hizo consideraciones generales sobre la función regulatoria en salud, su contexto, sus propósitos y fines (corrección de fallas de mercado, quiebra de monopolios, corrección de asimetría de la información, garantía de bienes públicos de alta externalidad y, principalmente, la equidad de acceso a los servicios). La regulación tiene costos directos e indirectos (riesgos de captura, sobrerregulación, subregulación, miopía del regulador), que no deben superar a los beneficios de la misma. Los atributos deseables de la regulación son la pertinencia, la racionalidad, la proporcionalidad, la eficacia y la eficiencia.

Las funciones de la regulación pueden ser normativas (de carácter político y técnico, con representatividad política, solvencia y autoridad técnica y transparencia de gestión) y de supervisión y control (esencialmente técnica y dependiente de la dotación de recursos, cuyo desempeño requiere autonomía). Hay dos opciones para la regulación (subordinación técnica a la política o autonomía relativa). La fijación de normas es política mientras la vigilancia de su cumplimiento es técnica. A partir del análisis de los casos chileno, colombiano, peruano y argentino, él propone: a) la instalación y perfeccionamiento de sistemas de ajuste y compensación de riesgos; b) el desarrollo de normas e instrumentos dedicados a velar por la calidad de las prestaciones; c) la expansión del aseguramiento para trabajadores independientes o informales; d) la incorporación de evidencia médico-científica en la definición de los contenidos de los planes de atención y de los instrumentos de fiscalización y control y e) el fortalecimiento de la capacidad de los usuarios para vigilar a los servicios.

Segundo panel: La regulación del financiamiento del sector de la salud

Rubén Suárez presentó el tema indicando que se trataba de regular mercados de salud que presentan fallas que varían según el segmento de mercado de que se trate. El mercado de salud de la Región de las Américas es 7.5% del PNB, aproximadamente. La participación pública es de 59%.

Los criterios para utilizar en el proceso de regulación incluyen:

- Optimalidad a través de la traducción de valores de la sociedad
- Eficiencia tanto de producción como de consumo
- Equidad

La optimalidad es independiente del mecanismo utilizado para llegar a su implementación. Generalmente se mezclan intervenciones de mercado con manejo de gobierno. Al final el beneficio social debe superar el costo económico. La intervención debe asegurar que se logre el objetivo social antes que su evaluación económica.

Daniel Reinharz se refirió a Canadá. La fuente principal de financiamiento del sistema canadiense de salud es federal, aunque no pasa de 50%. El sistema de salud tiene un valor importante de cohesión social. Salud representa un símbolo de Canadá apreciado por sus habitantes.

Los principios del sistema son: universalidad, integridad, accesibilidad, transferibilidad y gestión pública sin fines de lucro. Está prohibida la competencia entre sistemas de aseguramiento privado y público. Cada provincia o territorio es independiente en el uso de sus recursos. Sin embargo, las reglas emanadas del gobierno federal son comunes en todo el país y reflejan valores de la identidad canadiense.

El gobierno federal contribuye principalmente a través de tres programas: indígenas, transferencias de salud y programas sociales, y fondo de equiparación entre provincias.

Hay otros programas menos importantes, pero siempre apuntan a la estabilidad financiera de las provincias. La contribución era inicialmente el 50% de los gastos pero los costos se elevaron demasiado, lo que llevó a una serie de ajustes. En 1999 el gobierno eliminó el déficit. Se está usando el excedente para eliminar desigualdades entre provincias. Las provincias pueden usar los fondos sociales básicos para cualquier actividad (no sólo salud), pero los fondos adicionales solo pueden aplicarse a salud. El gobierno federal asume una parte importante del gasto de salud para asegurar la estabilidad financiera provincial (continuidad de políticas) y el mantenimiento de los valores nacionales. El carácter social del modelo ha sido cuestionado ocasionalmente, pero siempre ha prevalecido políticamente.

El modelo ha favorecido la eficiencia. La existencia de un pagador único ha logrado contener costos y el sistema ha resistido los vaivenes de la economía. Los indicadores explícitos de acceso han ayudado a lograr importantes avances en este sentido. Las provincias tienen la posibilidad de cambiar el modelo si quisieran, pero hay resistencia política. Algunas provincias han dejado de garantizar ciertos servicios, como algunos servicios dentales. El sistema ha sido además un buen instrumento para balancear la independencia provincial con un reforzamiento del papel del gobierno federal. Un posible cambio de tendencia de los valores sociales podría hacer frágil al sistema.

Matilde Pinto partió señalando que la regulación del financiamiento del sector de la salud debe adecuarse al contexto del modelo de desarrollo del país. El desarrollo humano sostenible y la transformación productiva con equidad son líneas que distinguen desarrollo de crecimiento. La regulación va más allá de corregir las fallas del mercado, y sirve para asegurar la asignación óptima de recursos. A partir de las reformas de los años ochenta con su énfasis en la reducción del rol proveedor del Estado, se subestimó su capacidad de garantizar la política social. Algunas políticas pueden resultar en efectos contrarios a los deseados. Los incentivos importan, y las asimetrías de información, externalidades y bienes meritorios son justificaciones adicionales para regular. No solo las políticas de salud, sino también las de otros sectores, impactan en el sistema de salud.

Temas importantes desde el ángulo de la recolección de recursos son:

- el gasto público debe ser progresivo y redistributivo
- la regulación debe corregir distorsiones de varios tipos en la asignación de recursos
- el gasto de bolsillo –altamente regresivo- debe ser reemplazado por mecanismos de seguro, como por ejemplo, un seguro familiar

Desde el ángulo de la distribución de recursos, los temas importantes son:

- ajustarla a las modalidades de descentralización
- establecer mecanismos que incentiven la adecuada entrega de servicios de parte de los proveedores (por ejemplo, el copago implica la no-atención de los más pobres, efecto contrario al deseado)
- asegurar coherencia entre la política social y los mecanismos de asignación de recursos

- los subsidios deben ser financiados por el gasto público y no por los proveedores
- los seguros privados no contribuyen necesariamente a la reducción de inequidades

La ponencia de Elías Mossialos fue sintetizada por Rubén Suárez. Comparando con las presentaciones anteriores, señaló que los objetivos de la regulación en Europa y Canadá eran mantener sistemas públicos de aseguramiento y provisión. En estos países el financiamiento es principalmente público (incluyendo el nivel subnacional). Existen dos mecanismos de recaudación: los impuestos y las cuotas sociales. La discusión radica en determinar si el mecanismo de los seguros sociales no distorsiona el sistema por sus efectos sobre el empleo. Si bien existen presiones externas fuertes, no se cuestiona el carácter público del manejo del sistema. El principal problema es cómo reestructurar el sistema público creando mecanismos de incentivos internos que ayuden a mejorar la eficiencia en la provisión de servicios.

Tercer panel: La regulación del aseguramiento en salud

El panel fue moderado por Andras Uthoff quien resaltó la relevancia del tema por la creciente tendencia en los países a ampliar la gama de mecanismos para universalizar el aseguramiento.

Hector Sánchez analizó la práctica de la regulación del aseguramiento desde la perspectiva de los regulados. Planteó como objetivos de la presentación, lo siguiente:

- Analizar las fuentes de imperfección del mercado de los seguros de salud que se desea regular
- Analizar las limitaciones del Estado como regulador
- Ensayar una propuesta sobre el rol regulador del Estado

Señaló como imperfecciones del mercado que se pretende regular, las que siguen:

- A) Las asimetrías en el nivel de información de los actores, entre:
 - Asegurador - consumidor
 - Asegurador – prestador
 - Asegurador - prestador – consumidor
- B) Las conductas oportunistas de los actores
- C) La mala asignación de recursos
- D) La baja eficiencia e ineficacia de los seguros, y la insatisfacción de los consumidores

Sintetizó que la orientación actual de la regulación del mercado de los seguros busca aumentar la transparencia del mercado, cuando:

- Regula los contratos
- Regula el proceso de aseguramiento y de provisión

- Regula la solvencia de las instituciones
- Regula la generación de información
- Regula el proceso de venta

Como los principales riesgos de este tipo de regulación ,el expositor identificó que:

- No se logra el objetivo de aumentar transparencia del mercado
- Suele aumentar la insatisfacción de los consumidores
- Se inhibe al mercado en su creatividad y desarrollo frenando su crecimiento
- Se incrementan los costos de los seguros
- Se crea un círculo vicioso de mayor regulación-baja efectividad-mayor regulación.
- Se limita la competencia y sus beneficios de largo plazo

A partir de ello, señaló como las principales limitaciones del Estado para regular:

- La dificultad de prever las externalidades positivas y negativas de las medidas de regulación
- El limitado poder para controlar las externalidades positivas y negativas ya que pueden frenarse las inversiones y el desarrollo, y generarse comportamientos oportunistas de los agentes prestadores
- Los legisladores tiene escaso poder de influir en cómo se aplican las leyes
- Los sistemas políticos pueden verse presionados para favorecer grupos

Desde la perspectiva de los regulados planteó las condiciones que se consideran básicas para regular el mercado de los seguros:

- Debe haber seguridad de que el mercado no es capaz por sí mismo de resolver los problemas
- Deben generar beneficios muy superiores a los costos de la regulación
- Deben regularse aquellos aspectos fundamentales en que realmente se pueda influir

Dichas condiciones se derivan de algunos principios que, a criterios de los entes privados, debieran orientar la regulación, como son:

- Principio del Estado subsidiario, transformando el rol clásico del Estado en salud hacia el de definidor de políticas
- Propósito de fortalecer y perfeccionar el mercado para corregir imperfecciones, actuando más sobre las causas que sobre los efectos
- El Estado debe garantizar que su intervención produzca mayores beneficios que costos, evaluando las intervenciones con participación de los regulados

Finalmente, propuso:

- Regular para modificar aspectos estructurales más que síntomas

- Regular para modificar marcos de incentivos más que los efectos que éstos provocan en los actores
- Regular para dar mayor transparencia
- Regular para aumentar la capacidad de las personas para tomar decisiones.

A continuación, Joan Rovira ofreció consideraciones generales sobre el diseño y la implantación de portafolios de servicios en el aseguramiento con financiación pública, para dar respuesta a las tres cuestiones básicas sobre la asignación de recursos que todo sistema sanitario se plantea:

- ¿Qué bienes y servicios y en qué cantidades se deben producir?
- ¿Con qué tecnologías, tratamientos y combinación de factores productivos se produce?
- ¿Cómo se distribuyen los bienes y servicios recibidos?

Partió de la premisa de que los recursos son limitados ante las necesidades sanitarias ilimitadas, por lo que es necesario racionalizar y establecer prioridades que reflejen los criterios de efectividad, eficiencia, equidad y los objetivos de la política de salud nacional. Cuando no se racionalizan explícitamente los servicios surgen formas *espontáneas* de racionalización, como las listas de espera, reducción de tiempos de atención, y otros.

Propuso un procedimiento para la definición de los portafolios de beneficios, entendido como una relación ordenada y costeada de servicios y prestaciones, financiados total o parcialmente por el sistema público, y que son objeto potencial de derechos y obligaciones para los actores del sistema:

- Identificación de los objetivos para la definición del portafolio
- Definición del contenido del portafolio
- Delimitación de la población beneficiada
- Establecimiento de criterios de priorización
- Cálculo de los costos del portafolio
- Identificación de las fuentes de financiación
- Revisión y actualización del contenido del portafolio

Entre las principales condiciones para la definición del portafolio de beneficios enunció los siguientes:

- Suficiencia financiera, garantizando que los recursos disponibles permitan cumplir con las obligaciones del sistema
- Efectividad, incluyendo solo los servicios con efectividad comprobada
- Eficiencia, manteniendo una óptima relación costo-beneficio
- Equidad, buscando que personas con iguales necesidades reciban la misma atención en condiciones similares
- Seguridad jurídica, definiendo las condiciones en que el beneficiario tiene derecho de recibir los servicios.

Propuso los tres criterios siguientes para la selección del contenido del portafolio:

- Análisis económico
- Expectativas y preferencias de beneficiarios y proveedores
- Objetivos de políticas sanitarias.

En cuanto a la población beneficiaria, ofreció consideraciones sobre los portafolios de cobertura universal y los de cobertura para colectivos específicos con necesidades peculiares. Igualmente señaló las diferencias en función de la conformación unitaria o segmentada del sistema.

El cálculo del costo del portafolio se hace con base en los costos unitarios de las prestaciones, multiplicado por la cantidad de unidades de servicios necesarios en un período dado. A partir de ello, se estiman las necesidades financieras para su implantación y se identifican los criterios de factibilidad, que serán diferentes para sistemas unitarios o con financiación segmentada, si es total o parcialmente subsidiado.

Finalmente, señaló que las diferencias en los modelos de salud condicionan la definición de los portafolios de prestaciones.

Carlos Zarabozo presentó la experiencia de los Estados Unidos en la regulación del aseguramiento. Inició clarificando que en los sectores públicos de Medicare y Medicaid la relación con el sector privado ha sido directa entre los proveedores de servicios, y que el gobierno actúa como fuente de pagos con base en pago por prestación. El gobierno federal y los gobiernos estatales también contratan con los HMOs como proveedores de servicios.

También afirmó que en el sistema de pago por prestación, los proveedores eligen si quieren o no participar en Medicare y Medicaid; los HMOs eligen participar o no con base en prepagos de Medicare y Medicaid. Para los beneficiarios que se hagan socios de los HMOs, son los HMOs quienes contratan con los proveedores y deciden cuáles están disponibles.

Seguidamente planteó las cuestiones sobre las que persiste incertidumbre:

- ¿Cómo pagar a los HMOs? ¿Cómo mantener un sistema estable de un año a otro?
- ¿Cuál es el límite entre el gasto público suficiente y gasto excesivo?
- ¿Cómo asegurar que la regulación de los HMOs sea lo suficientemente estricta para proteger al consumidor y evitar problemas de insolvencia o baja calidad de servicios sin imponer barreras innecesarias en el mercado?
- ¿Se requiere o no cierto nivel de participación en el sector de la salud privado para participar en Medicare y Medicaid?

Para explorar respuestas a las mencionadas interrogantes, analizó experiencias en dos estados (California y Florida).

En la experiencia del sistema Medicaid en California, en los años setenta, identificó las posibles causas del fracaso de los HMOs en los siguientes términos:

- Pagos del gobierno insuficientes para atraer mejores empresas
- Programa nuevo que se inició con planificación insuficiente y sin tener en cuenta las consecuencias de un cambio brusco
- Falta de regulación y monitoreo para asegurar que hubiera HMOs participando en el programa.

De ahí surgieron algunas reformas, como:

- Nuevos requisitos y mayor regulación para todos los HMOs de California
- Ley nacional imponiendo restricciones sobre el tipo de HMO que podía obtener un contrato de Medicaid en cualquier estado
- Preferencia porque los HMOs actúen tanto en el sector público como en el privado.

De la experiencia del fracaso de IMC en Miami -más de 100,000 socios, casi exclusivamente beneficiarios de Medicare- por corrupción y falta de monitoreo surgieron más restricciones en la ley, se reforzó el requisito de que la empresa opere en el sector privado al igual que en Medicare. Para los HMOs de Medicare, al menos 50% de los socios proveedores tenían que ser del sector privado.

En Miami las ganancias de los HMOs de Medicare eran tan grandes que valía la pena perder dinero en las primas del mercado privado para aumentar el número de socios del sector público (alterando el mercado privado de seguros de salud en Miami).

El expositor revisó posteriormente una tercera experiencia genérica sobre cómo el gobierno ha podido aprovecharse del mercado libre.

Las opciones de planes de salud en Medicare han sido, hasta ahora, empresas privadas (los HMOs). El número de opciones (planes que decidan participar en Medicare) depende de la situación del mercado en su totalidad (es decir, sector privado, Medicare, Medicaid). Los pagos del gobierno están basados en el nivel de pagos en cada condado en el sistema tradicional de Medicare (pago por prestación de servicios).

Presentó también las razones del gran éxito de los HMOs en el sistema Medicare:

- Pagos altos por muchas razones, incluso por exceso de oferta de proveedores (produciendo exceso de demanda en Medicare). Con el pago del gobierno, los HMOs pueden ofrecer una cobertura muy amplia, incluyendo medicinas recetadas.

- Cada HMO decide en cuáles condados ofrece el plan de Medicare; lógicamente hay planes sólo en los condados de mayores pagos, donde hasta 53% de los beneficiarios eligen la opción HMO.
- Desde 1997 el Congreso aumentó los pagos en las zonas rurales para atraer a los HMOs (con la premisa de que así los beneficiarios podrán conseguir la misma cobertura amplia de los HMOs en zonas urbanas), pero pone un límite en el aumento anual de los pagos en los condados con pagos excesivos (límite: 2%).
- La mayor capacidad de demanda estimuló el incremento de la oferta, aumentando el número de los HMOs y su tamaño, causando descenso en las primas.
- Ante tanta competencia los HMOs buscaron mercados nuevos, encontrando los mercados de Medicare y Medicaid. Solo por motivos de la situación del mercado, y no por la ley de 1997, el número de los HMOs con contratos de Medicare llega a su nivel más alto en 1998--bajando rápidamente después de ese año.
- Se incrementó la competencia en Medicare--competencia con base en primas bajas y servicios adicionales (medicinas recetadas).

El expositor concluyó su análisis indicando que aunque se supone que la operación del mercado libre da el mejor resultado en precio y calidad, en la historia de Medicare y los HMO, no se ha podido comprobar si es verdad o no, por las muchas interferencias que ha habido en el mercado. Quizás lo único que se puede concluir es que no se puede esperar estabilidad continua si se depende solo del mercado.

Cuarto panel: Experiencias chilenas en regulación del financiamiento y aseguramiento en salud

Moderó este panel Rolando Zúñiga, Jefe del Departamento de Estudios del Ministerio de Salud de Chile. Durante el mismo se presentaron las visiones del Ministerio de Hacienda, del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de la Superintendencia de Instituciones Prestadoras de Salud y de lo Servicios de Salud de Coquimbo. No alcanzó a participar el delegado de la Confederación de Usuarios de Salud (ONFEDACH).

Mario Marcel (Ministerio de Hacienda) destacó que, desde la perspectiva epidemiológica, Chile se encuentra en una situación privilegiada dentro del contexto latinoamericano. Sin embargo, existen variaciones entre regiones y comunas que evidencian importantes desigualdades. Desde el inicio del proceso de recuperación democrática iniciado en 1990, se ha ido produciendo un fortalecimiento del sector público de salud, reforzándose el rol de FONASA como administrador del seguro público de salud y creándose nuevos instrumentos de pago a prestadores hospitalarios y de nivel primario de atención.

Entre los problemas detectados a fines de los años 90 se pueden mencionar la falta de planificación sanitaria, el difícil desarrollo y aplicación de soportes informáticos, como apoyo a la gestión, y las restricciones presupuestarias aplicadas al sector salud.

En la actualidad, aún funciona mayoritariamente la asignación de recursos con base en presupuestos históricos, que no responde a necesidades reales ni a variaciones locales de costos. Los programas especiales (programas de oportunidad de atención, programas de prestaciones complejas) son la excepción. Esta situación genera una serie de efectos a nivel del prestador hospitalario, entre los que se pueden mencionar los desincentivos a la eficiencia y la calidad, la dudosa efectividad sanitaria y los desincentivos a las prestaciones de alta complejidad.

Existiría una débil sustentabilidad financiera que se expresaría en el financiamiento insuficiente del sector, el desarrollo inorgánico de los sistemas de salud y la falta de articulación de la red asistencial. Respecto a la atención primaria, el financiamiento sería de igual modo insuficiente y el instrumento de asignación (per cápita) adolecería de falta de sensibilidad para discriminar entre realidades comunales diferentes, además de incentivar poco la resolución de problemas de salud locales.

Entre las sugerencias para corregir estas anomalías se plantea, desde la perspectiva de los proveedores locales, incorporar en los compromisos de gestión los resultados e impactos sanitarios, así como fortalecer la descentralización y flexibilidad del manejo de los factores de producción.

José Pablo Gómez, Superintendente de ISAPRES señaló que se debe reconocer que los reguladores no están solos, sino que interactúan y definen su posición y rol en relación con los regulados, así como también con terceros, como son los usuarios de las entidades reguladas, u observadores, el Parlamento y los propios ministerios.

Si se coincide en que la regulación busca introducir mejoras, o evitar riesgos, también aparece claro que la regulación protege a las personas y a los sistemas y facilita el logro de los objetivos para los cuales fueron creados. La Superintendencia de ISAPRES (SISP) es una entidad creada para *la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional*. Junto con registrar a las ISAPRES, interpretar las leyes y reglamentos para la operación de las mismas, generar información que debe ser enviada para mejorar el control, ésta pone especial acento en la emisión de instrucciones y en la fiscalización para el debido cumplimiento de los contratos que las ISAPRES suscriben con sus afiliados.

Las competencias de la Superintendencia se limitan a un segmento de la población, aquella que está cubierta por las ISAPRES que administran planes privados de salud (aproximadamente 23% del total de la población).

Se estima que las 23 ISAPRES que existen en Chile otorgan cobertura a 3 millones 76 mil beneficiarios. De ellos, 1 millón 355 mil son cotizantes y 1 millón 721 mil son beneficiarios. La cartera de cotizantes se compone principalmente de afiliados del sexo masculino (65,8%). Por tramos de edad, la mayor representatividad la tienen los menores de 40 años (58,6%), seguidos por el grupo entre 40 y 59 años (36,2%) y por los de 60 años y más (7%). La edad promedio del sistema es de 39,5 años.

Las facultades que la ley concede a la Superintendencia se refieren a la autorización de funcionamiento, la regulación de contratos y planes, la administración de la información y la defensa del usuario y el arbitraje.

Autorización de funcionamiento

Las ISAPRES son empresas de giro exclusivo a la venta de planes de salud conforme a la cotización obligatoria del 7%, pudiendo en todo caso ofrecer beneficios mayores en los contratos de salud con cargo a cotizaciones adicionales. Para funcionar requieren estar registradas en la Superintendencia. Para obtener el registro una ISAPRE debe presentar una solicitud de acuerdo con normas específicas, entre las cuales se cuenta tener un proyecto estratégico y un patrimonio mínimo de 5.000 Unidades de Fomento (UF), que equivalen a aproximadamente US \$ 137.000, además de una serie de exigencias legales y tributarias. En caso de autorizarse su funcionamiento, deben depositar al inicio una garantía equivalente a 2000 UF la que se incrementa conforme al número de afiliados que dicha ISAPRE logre. La cancelación del registro se produce por solicitud de la propia ISAPRE, por pérdidas de garantía o patrimonio mínimo, o por incumplimiento grave de instrucciones de la Superintendencia.

Contratos y planes

Las ISAPRES tienen libertad para configurar planes y coberturas, los cuales pueden ser solamente aceptados o rechazados por las personas. Sin embargo, corresponde a la Superintendencia verificar el cumplimiento de la ley y de la normativa en los contratos que dan cuenta de dichos planes. Con todo, las facultades de las SISP no le permiten realizar esta revisión antes de la venta de planes, sino con posterioridad al mismo acto. De este modo, queda a riesgo de la ISAPRE el vender un producto que eventualmente pueda ser sancionado o rechazado por la Superintendencia. Los contratos bajo los cuales se sancionan los compromisos entre ISAPRES y afiliados son preparados por las propias ISAPRES, constituyendo un tipo de contratos denominados *de adhesión*.

Información

Las SISP cuentan con facultades para normar la información que se entrega a los usuarios relativa a contratos y contenidos de los planes de salud. Basado en esto, se han regulado los procesos de reclamos así como los contenidos mínimos de los procesos de suscripción y adecuación de contratos. Al mismo tiempo, las SISP puede y debe solicitar información a las ISAPRES, tanto financiera como la relativa a los contratos, así como también alguna información de procesos gerenciales considerados relevantes. Con estos datos, más la información emanada de la propia gestión, las SISP está facultada para entregar información a los afiliados del sistema, para lo cual puede usar la prensa, cartas o medios electrónicos. Como puede comprenderse, en un mercado de información asimétrica por naturaleza, el uso responsable de esta facultad puede ser determinante para la transparencia del mismo mercado.

Defensa del usuario y arbitraje

Respecto de la defensa del usuario, la ley faculta a las SISP a requerir información y a instruir acciones en el contexto de reclamaciones específicas de afiliados. En relación con el arbitraje, la ley faculta al Superintendente a actuar como árbitro en los casos donde existe una controversia o contienda entre una ISAPRE y un afiliado, convirtiéndose las SISP para estos efectos en un Tribunal especial.

Fiscalización

La Superintendencia realiza labores de fiscalización en varios de los ámbitos antes mencionados, pudiendo impartir sanciones a cada una de la ISAPRES, que van desde una amonestación hasta una multa. Se ha podido comprobar que el valor económico de las mismas no es un aliciente suficiente para el cambio de conducta, siendo necesario complementar estas acciones con otras dos: informar a los dueños de las ISAPRES de las infracciones de sus gerentes, y al público de las principales razones de multa.

Reflexiones y Desafíos

- Relativas a la situación actual de regulación del aseguramiento

A partir de la experiencia chilena, tal vez lo primero a destacar es la necesidad de la autonomía legal y patrimonial del regulador. Definitivamente, esto permite tomar mejores decisiones y reducir el riesgo de captura, aún por sobre la necesaria adhesión a las políticas de gobierno. Se debe reconocer que, en la medida en que la actividad regulatoria mejora aspectos falentes en una industria o el mercado, también la perfecciona. Las reformas son naturales y consustanciales a un proceso de mejora del funcionamiento de los actores en el sector salud, proceso donde ciertamente están involucrados los reguladores. Por otro lado, la regulación implica tanto la función de normar y de controlar, no pudiendo suponerse una sin la otra.

- Respecto del futuro de la regulación del aseguramiento

Una primera constatación y desafío es que la regulación de los seguros privados es insuficiente desde el punto de vista de la cobertura. La sensación de inseguridad e inequidad que manifiestan las personas está ligada ciertamente a la desprotección efectiva de las personas en salud. Desde esta mirada las regulaciones pueden ser débiles e incluso torpes, si no van orientadas a respaldar una política, hoy inexistente, de establecimiento de mínimos de cobertura y de garantía de calidad de los servicios. Así, a largo plazo, los temas de regulación serían la garantía de coberturas mínimas y el perfeccionamiento de los planes de las personas de tercera edad y las mujeres, principalmente aquellas afectadas por el sistema actual de fijación de primas o precios de planes.

Como segundo desafío hay que perfeccionar el marco jurídico en lo relativo a las relaciones entre aseguradoras y prestadores, pues son éstos últimos los que pueden determinar el acceso real por sobre el plan contratado.

Finalmente, existe otro aspecto complejo relativo a las distintas regulaciones que tienen como marco los seguros privados y el FONASA. Ciertamente, hay diferencias de origen (público vs privado) y de *promesa* (atención respecto del contrato vs privado), (atención con los recursos disponibles contra necesidad médica), donde se pueden producir inequidades en la protección. Desde este punto de vista se hace necesario, a lo menos, una armonización en los tres aspectos inicialmente mostrados: derechos, cobertura y competencia. Estas insuficiencias en las reglas tienden a generar ineficiencia, y más aún, inequidad en la protección de los afiliados a uno u otro segmento. De este modo, un planteamiento reformista debería considerar la homogeneidad de reglas entre estas organizaciones.

Alvaro Erazo, Director de FONASA, expresó que la salud como bien público requiere que la evaluación de los mecanismos de financiamiento contemple, además de un análisis de eficiencia, un análisis de equidad. Mientras que el análisis de la eficiencia toma como punto de referencia criterios económicos y discusiones de tipo positivo, el estudio de la equidad resulta mucho más complejo, ya que supone juicios de valor y de principios por lo que debe implicar consideraciones de carácter normativo.

En términos genéricos se podría afirmar que cada sociedad y momento histórico eligen la importancia relativa que van a asignar a cada grupo de población y a cada problema, en su función de bienestar social. En términos específicos, ello supone que la sociedad debe, en el caso de la salud, resolver los problemas relacionados con el tipo de provisión, el nivel de cobertura y la responsabilidad del Estado en el caso de la población menos favorecida.

Los mecanismos de pago eficientes buscan afectar los incentivos que enfrentan los proveedores, de manera tal que éstos actúen en beneficio de la población adscrita y de acuerdo con las prioridades sanitarias del sistema, generalmente orientadas por la normativa del Ministerio de Salud. En el establecimiento de estos mecanismos es importante definir cuánto riesgo conviene transferir al prestador, ya que la transferencia total de riesgo puede implicar el sacrificio de estándares de calidad en la prestación o la reducción de recursos destinados a medicina preventiva, con el consecuente deterioro de la salud de la población en pos de la eficiencia y de mayores excedentes financieros.

Los hitos más importantes de la década de los ochenta fueron la creación de las ISAPRES, la reorganización del Ministerio de Salud, que permitió delimitar las funciones de los distintos organismos públicos del sector e incrementar su grado de autonomía en la toma de decisiones, la municipalización de la atención primaria, la promulgación de una nueva legislación de salud (1985) y la reforma de los mecanismos de pago, procurando incentivar la eficiencia a nivel de prestadores públicos de salud.

El legado de tales reformas se tradujo en la consolidación de un sistema dual, ya que la instauración de un sistema de seguro privado con cotización obligatoria, generó un profundo proceso de selección adversa en el que los cotizantes de mayores ingresos abandonaron el sistema de seguro público y buscaron en los seguros privados un mayor beneficio individual.

La reforma financiera de los años noventa tomó medidas concretas en cuatro dimensiones: el ordenamiento financiero; el establecimiento de presupuestos prospectivos; la introducción de una política arancelaria y de una política de recuperación de costos; y, la introducción de nuevos mecanismos de asignación de recursos (Pago Asociado a Diagnóstico y Pago por Prestación).

El sistema de salud chileno, si bien recoge las características más importantes de las reformas que se han vivido al nivel internacional, adolece de deficiencias en aspectos de solidaridad y de equidad, propias de las características macro del modelo. Es prioritario elaborar la regulación adecuada que permita introducir en el sistema de salud la solidaridad en el financiamiento de las prestaciones, y desalentar la discriminación de acuerdo con el nivel del beneficiario. Paralelamente, se debe diseñar un Plan de Salud cuyo objetivo, lejos de reducir los niveles de cobertura de las personas, sea garantizar y asegurar un nivel de cobertura de servicios igual para toda la población e independiente de su nivel de ingreso.

Sin embargo, aún con la existencia de un fondo único y un plan garantizado, dada la competencia que existe entre los aseguradores privados, se van a mantener las prácticas de selección de riesgo, a no ser que se diseñen los mecanismos adecuados para desalentarlas. Estos mecanismos van desde el caso extremo que propone un sistema de seguridad pública universal, hasta un caso intermedio que plantea la regulación de la competencia con una fuerte preponderancia del seguro público.

La provisión de servicios de salud es otro de los aspectos que constituye un desafío en el marco de la reforma. En este punto, la reforma debe propiciar la aún escasa interacción entre los proveedores públicos y privados. Por otro lado, con la finalidad de crear incentivos e introducir eficiencia de la red pública, es necesario lograr una mejora en el diseño de los mecanismos de pago existentes.

Otro elemento que se debe considerar es que tanto las nuevas modalidades de pago como los nuevos esquemas de gestión y de regulación requieren de nuevas relaciones laborales y de la mejor utilización del capital humano en ambos sistemas. En la medida en que se profundiza la interacción entre ambas redes y se ajusta el sistema de precios, las modalidades de contratación y los pagos de factores tienden a estandarizarse.

Quinto Panel: Experiencias nacionales en la regulación del financiamiento del sector de la salud

Moderó este panel José Alberto Acuña de Costa Rica. Durante el mismo se presentaron los casos de Argentina a cargo de Rubén Cano, Superintendente de Servicios de Salud, Colombia a cargo de Sara Ordoñez, Ministra de Salud, y Paraguay a cargo de Roberto Dullack, Director General de Planificación del Ministerio de Salud.

Rubén Cano manifestó que en el caso de Argentina el tema de la regulación del financiamiento y del aseguramiento en salud se refiere a las reformas que afectan los cinco o seis subsistemas de aseguramiento público y a la expansión de cobertura a la población que en la actualidad se encuentra sin seguros.

Las obras sociales se financian a través de contribuciones obligatorias basadas en las remuneraciones, y cubren alrededor de 24 millones de personas. El sistema de medicina prepaga y/o aseguramiento privado, que se estima que alcanza a unas 850,000 personas. Aproximadamente 12 millones de personas no tienen aseguramiento en salud y se benefician de los servicios de salud ofrecidos a través de hospitales públicos.

Los principales problemas del sistema son las desigualdades en las prestaciones entre los distintos esquemas de aseguramiento. En 1980 existían más de 300 obras sociales, cada una con distintos niveles de contribuciones y prestaciones. Existían grandes diferencias en los niveles de gasto entre sub-sectores de salud. Las desigualdades en las prestaciones, la *cautividad* de los afiliados a los planes médicos o servicios ofrecidos por las diferentes obras sociales, y problemas en las formas de contratación y control de la calidad de los servicios, fueron algunas de las razones que motivaron las reformas al sistema de salud iniciadas en 1997.

La Superintendencia de Servicios de Salud es una institución nueva, tiene solamente un año de creación.

Los principios básicos de la propuesta de reforma son:

- Libertad de elección por parte de los asegurados
- Solidaridad del sistema
- Responsabilidad del Estado
- Equidad: Definición del Plan Médico Asistencial (médico referente-como puerta de entrada)/ Plan Médico Obligatorio.

La reforma se basa en:

- Competencia regulada, pero sin comprometer los principios de justicia distributiva
- Marco legal: leyes de normatización del Sistema de Seguridad Social; Ley de Regulación de prepagos; Decreto de libertad de competencias
- Concepto de justicia distributiva: Mantener contribuciones en función de capacidad de pago, pero no permitir la diferenciación en el acceso o calidad de los servicios

En relación con el financiamiento, el expositor puntualizó lo siguiente:

- El principal problema del financiamiento es cómo hacer mejor uso de los recursos y reducir las desigualdades en los tipos de servicios a los cuales tienen acceso diferentes grupos de población. No constituye un problema de insuficiencia de recursos o nivel de gasto.
- Pasar del financiamiento basado en contribuciones sobre el salario, a un financiamiento basado en impuestos generales. La idea es reducir la presión sobre el empleo de los programas sociales.
- Crear un plan de seguro para los no cubiertos por los sistemas de aseguramiento, cambiando de un financiamiento a la oferta, por un subsidio a la demanda.

En el caso de Colombia Sara Ordoñez se refirió a los avances en la implementación del sistema nacional de aseguramiento que resultó de las propuestas de reforma desarrolladas en el marco de la Ley 100 (1993).

Los principales cambios en la década de los noventa fueron:

- Disminuir el rol del Estado
- Impulsar la descentralización; cada departamento asume los servicios de salud
- La financiación de los hospitales y servicios de salud se realiza a través de las transferencias a los Departamentos (Situado fiscal) y los fondos de participación
- Se busca una mayor participación del sector privado en la prestación de servicios de salud

En 1993 la Ley 100 crea un nuevo sistema de salud. Se crearon nuevas formas de organización y definición de competencia. El sistema es único en el sentido de que las mismas leyes/normas regulan las actividades de prestadores públicos o privados. El mayor cambio del sistema es pasar del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, a través del nuevo sistema de aseguramiento. Se trata de crear un sistema universal de aseguramiento a través de los regímenes contributivo y subsidiario. También se prevé la existencia de *vinculados*. Se crean esquemas de aseguramiento a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), para los asegurados en el régimen subsidiado. Se establece que los servicios serán prestados por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que pueden ser públicas o privadas, y se crea un Plan Obligatorio de Salud – POS (paquete mínimo de servicios) como unidad base de contratación. Se definen la Unidad de Pago Caputivo (UPC) como la unidad de reembolso por servicios diferenciados por edades y otros criterios.

Los principios básicos del nuevo sistema son: Integralidad; Unidad; Libre Elección; Subsidiariedad, Participación Comunitaria; Descentralización, Autonomía Institucional, Eficiencia, Calidad, Solidaridad y Equidad, Obligatoriedad, Universalidad e Integralidad.

Los principales instrumentos/mecanismos de financiamiento del Sistema de Salud son: recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA), recursos del situado fiscal, recursos municipales (% marcado para ser gastado en salud); recursos de las Cajas de Compensación Familiar, y gravámenes específicos (licores, loterías, etc.).

Entre 1993 y 1999 han habido incrementos importantes en el nivel de gasto en salud que ha pasado del 5% del PIB a más del 9%. La mayor parte de este crecimiento ha significado un incremento sustancial del gasto público en salud que pasó del 3.2%, a alrededor del 5%. La cobertura de la población aumentó de aproximadamente 14 millones en 1993, a más de 21 millones en 1999. Este incremento se dio principalmente en la población afiliada al régimen subsidiado.

No se ven mayores problemas con el diseño del modelo. Los problemas son de implementación y corrección de las irregularidades o distorsiones que surgen en el desarrollo del modelo de aseguramiento. Algunos de estos problemas son:

- irregularidades en la identificación de las personas que califican para el régimen subsidiado
- explosión de las ARS debido al rápido crecimiento de los recursos captados desde el régimen distributivo
- la creación de ARS por parte de varias IPS con el fin de captar los recursos asignados al régimen subsidiado
- evasión y elusión

Algunas reformas financieras consideradas prioritarias son:

- la creación de una Central Unica de Recaudación
- resolver los problemas de transferencias e irregularidades en la afiliación de la población asegurada por los regímenes contributivo y subsidiado
- definir mejores mecanismos para identificación de la población subsidiada
- hacer más transparentes los procesos de participación comunitaria
- fortalecer los sistemas de información sobre financiamiento y cobertura
- evitar la politización de las ARS, para mejorar la ineficiencia en el uso de los recursos

En el caso de Paraguay, señaló Roberto Dullack, la seguridad social cubre aproximadamente al 17% de la población. El sistema de medicina prepaga y los seguros médicos privados cubren menos del 8% de la población. La reforma del sistema de salud de 1992 plantea la creación del Sistema Nacional de Salud y de la Superintendencia de Servicios de Salud. No existe institución encargada de la regulación del financiamiento. Se está preparando una norma para la regulación de los seguros privados de salud. También se está discutiendo la creación de un Seguro Nacional Materno Infantil. Se están realizando avances en la definición del contenido del portafolio de los servicios de salud a ser incluidos en un plan básico de aseguramiento, y en la identificación de las posibles fuentes de financiamiento de este esquema de aseguramiento.

Sexto panel: Experiencias nacionales en la regulación del financiamiento del sector de la salud

Moderó el panel María Luisa Escobar del Banco Mundial. Durante el mismo se presentaron las experiencias en la regulación del financiamiento de Cuba, a cargo de Osvaldo Castro; México, a cargo de Fernando Alvarez del Río; y República Dominicana, con José Colón. Los cuatro países presentan grandes variaciones en extensión territorial y poblacional, modelo de desarrollo y organización de sistemas de salud.

Las experiencias de estos cuatro países demuestran que, a pesar de sus grandes diferencias, comparten más que el Mar del Caribe, y apuntan para una reversión de la tendencia observada en América Latina a fines de los años ochenta y principios de los años noventa de contención acrítica del gasto público para fines de ajuste fiscal, lentamente sustituida por estrategias de regulación del financiamiento que enfatizan la ampliación del aseguramiento y la extensión de cobertura de los servicios de salud.

Fernando Alvarez del Río destacó que en 1994 México presentaba una alta segmentación de la cobertura de aseguramiento, con un 90% de la población distribuida en tres grandes subsistemas: el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), la Secretaría de Salud, y los seguros privados. En este último caso con una cobertura de solo 1,5%. Un 10% de la población carecía de cobertura al no estar incluida en ninguno de los mencionados subsistemas.

Frente a esa realidad, el objetivo estratégico de las intervenciones regulatorias durante los últimos seis años fue la extensión de cobertura, lo que se hizo mediante el incremento del gasto del IMSS y de los aportes de la Secretaría de Salud, con el propósito de garantizar un conjunto de prestaciones básicas para toda la población. El incremento presupuestal se basó en una fórmula de asignación diseñada para aumentar la equidad. Para garantizar la sustentabilidad de estas medidas, en 1997 se llevó a cabo una reforma financiera de la seguridad social, orientada a la ampliación de la base contributiva de los trabajadores informales y por cuenta propia.

En forma secundaria se pretende en el largo plazo disminuir las cotizaciones provenientes del mercado de trabajo formal y un incremento de la participación de los impuestos generales en el financiamiento de la salud. Las pequeñas dimensiones del mercado de seguros privados hacen que el esfuerzo regulatorio hacia este subsector haya sido reciente (1999/2000) y priorice algunos aspectos económicos y financieros de los contratos, por ejemplo: las condiciones de solvencia financiera y técnica, los mecanismos de control de la prestación a los asegurados, la necesidad de acuerdos de gestión para definir las condiciones de la compra de servicios, los mecanismos para medir la satisfacción de los usuarios y la definición de los portafolios.

José Alberto Acuña describió el sistema de salud de Costa Rica haciendo énfasis en el rol que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) tiene en el aseguramiento de toda la población, contribuyente o no. Los cambios más importantes que se dieron en los años noventa tienen que ver con las reformas de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y del sistema de salud. El problema que motivó la reforma fue la preocupación por la sostenibilidad del sistema, si bien la reforma también se consideró como una estrategia para replantear las prioridades en salud, y todo ello pese a que el sistema se considera relativamente exitoso en términos de indicadores de salud.

El sistema de salud costarricense tiene cobertura integral y universal en prestaciones, si bien no todos aportan. El sistema se sustenta en la tradición cultural y política de la sociedad costarricense, lo que hace que los cambios deban realizarse de forma lenta, incremental y consensuada.

Las principales reformas en curso son de ajuste, manteniendo los principios y características generales del sistema. Las principales intervenciones regulatorias se centran en la ampliación de la base contributiva de la CCSS, con el objetivo estratégico de garantizar la sustentabilidad financiera futura. Asimismo, se busca la racionalización del gasto a través de descentralización, y un incremento de la autonomía gerencial de las unidades pública prestadoras de servicios.

En Costa Rica las reformas tienden a ser graduales y siguen procesos de concertación. Así, se revisaron experiencias de otros países para evitar errores que se habían identificado en otros procesos de reformas. El criterio más importante en la política de financiamiento es lograr la coherencia entre los objetivos de política social y los mecanismos de recaudación fiscal para el financiamiento de estos servicios.

José Colón destacó que el proceso de reforma del sector salud en la República Dominicana recién empieza, a pesar de que la protección social tiene aún características muy frágiles, quedándose grandes parcelas de la población sin ninguna cobertura en salud.

La cobertura de salud se estructura de la siguiente manera:

- instituciones dependientes del gobierno central (SESPAS): 76%
- Instituto Dominicano del Seguro Social: 7%
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional
- Programa de Medicamentos Esenciales
- Institutos
- Municipalidades

- Subsector privado: aseguradoras y otras instituciones prestadoras de servicios.

Las intervenciones regulatorias se están produciendo a nivel de proyectos de ley en discusión en el Congreso Nacional, siendo una la del Sistema Dominicano de Seguridad Social y otra la Ley General de Salud. Estos proyectos de Ley no tienen todavía el consenso del gobierno ni de la sociedad, y presentan algunos conflictos conceptuales y operacionales entre ambas. En el futuro, especialmente en razón del esfuerzo de fortalecimiento del rol rector de la SESPAS, las intervenciones regulatorias puntuales deberán ser más fáciles de implementar.

Oswaldo Castro presentó una breve historia de la evolución del sistema de salud de su país, Cuba, desde los años sesenta hasta la fecha, con énfasis en sus características de universalidad, gratuidad y financiamiento público. Destacó las estrategias con que se enfrentó la grave crisis económica por la que pasó el país en la primera mitad de los años noventa, y el uso intensivo de instrumentos de regulación del financiamiento en esta coyuntura, especialmente a través de los cambios en planificación del gasto, la descentralización de la gestión financiera, la capacitación de los dirigentes en economía de la salud y el estímulo a la racionalización del modelo de atención, con prioridad a los cuidados ambulatorios y de los médicos de familia y gran reducción de camas hospitalarias.

Conclusiones de los grupos de trabajo

Financiamiento

La situación observada en los países se sistematizó de la siguiente manera:

- Países con relativa suficiencia de recursos (CAN, ARG, CHI, COR, CUB)
- Países con aparente carencia de recursos (BOL, ECU, PAN, GUA, PAR)

Se identificaron también áreas críticas en el financiamiento:

- Explicitar políticamente los valores y los principios fundamentales que van a orientar las políticas sociales y de salud
- Conocer las necesidades de salud y priorizar las posibilidades de financiamiento
- Adecuar los recursos disponibles a las necesidades identificadas
- Cómo ajustar el financiamiento a los costos reales
- Cómo optimizar la participación de los recursos entre los distintos niveles de gobierno
- Cómo garantizar la asignación equitativa entre grupos sociales y étnicos y regiones
- Cómo limitar y reorientar los gastos de bolsillo
- Cómo controlar los subsidios cruzados

- Cómo optimizar la relación Gasto APS - Gasto Hospitalario
- Definición y regulación de la mezcla público/privado

Como mecanismos de instrumentos de regulación se consideraron los siguientes:

- Sistemas de información estandarizados y articulados
- Cuentas Nacionales de Salud
- Portafolios o planes referenciales de salud
- Metodologías de sistemas regulatorios comparados
- Comparación de sistemas de incentivos
- Sistemas de identificación de usuarios
- Alternativas de cobro de servicios a los financiadores
- Desarrollo de indicadores de gestión efectivos
- Sistemas de evaluación de cobertura y de resultados

En relación a la cooperación técnica, se sugiere incrementar la efectividad de la Cooperación.

Aseguramiento

Como principio de derecho humano, el Estado debe garantizar un nivel de cobertura y acceso. Lo puede garantizar en diferentes formas, mediante un sistema público, privado, o mixto. Son indispensables: la medicina preventiva y la promoción de la salud. El portafolio debe ser lo más amplio posible, con acceso equitativo. Debe hacerse según el perfil del país y las posibilidades económicas del país.

La regulación debe hacerse en base a criterios de rectoría pública (legislativa, judicial y ejecutiva) para resolver los problemas de asimetría de información y trato.

Se corrige vigilando, fiscalizando, y controlando. Para conseguir simetría de información, la regulación trata de *potenciar* al consumidor, haciendo transparentes las cuestiones de aseguramiento y los derechos del usuario.

La regulación debe tratar equitativamente tanto a las entidades públicas y a las privadas, si existen. El regulador debe actuar oportunamente, eficaz y democráticamente (más atención al usuario, y a la comunidad, como actores en cuestiones de salud). No hay pruebas suficientes de que la competencia entre aseguradores o la competencia entre proveedores sea la mejor manera de lograr el nivel de aseguramiento que se busca, pero la existencia de un sector privado sirve como punto de referencia para evaluar la eficacia del sector público y viceversa.

Se definieron algunos aspectos de contexto más general entre los que pueden destacarse:

- El Estado debe regular las relaciones entre la población y los seguros, así como entre el prestador y el asegurador
- El portafolio de aseguramiento debería considerar:
 - Plan obligatorio
 - Plan básico colectivo
 - Accidente de tránsito
 - Plan mínimo
 - Plan complementario (hotelería y otros aspectos no considerados en los otros planes)

Respecto de las aseguradores se identificó la necesidad de:

- evitar exclusiones
- crear condiciones mínimas (financieras, colectivo, tiempo)
- crear mecanismos pago y tiempos

Respecto de las prestadoras se establece:

- requerimientos de acreditación
- requerimiento de calidad

Se sugirió:

- Formulación de políticas sobre medicamentos genéricos
- Tarifas equilibradas entre costo y beneficio

Entre los mecanismos e instrumentos identificados se mencionan:

- Legislación
 - Constitución, leyes, decretos, normas
- Formas de pago e incentivos
 - Capitación, pago caso atendido y otros
- Contratos o acuerdos gestión
- Instancias de control ciudadano
- Fiscalización institucional

Se identifican también las siguientes áreas de cooperación:

- Cambiar esquema de beneficencia al de aseguramiento
- Cimentar doctrina del aseguramiento
- Mejorar el intercambio de experiencias
- Favorecer escenarios para mejorar la negociación e implementación de la reforma
- Desarrollar la capacidad de la autoridad sanitaria

- Mejorar los procesos orientados a mejorar la calidad