

Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos¹

Daniel Maceira, Ph.D.²

Diciembre 10, 2002

Resumen

En términos generales, se aspira a que un sistema de salud provea a toda la población de un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. Las diferencias en la distribución del ingreso entre grupos sociales, especialmente en naciones en desarrollo, así como otras fallas específicas en el funcionamiento de cualquier sistema de salud (externalidades, asimetrías de información, etc.) requieren de la creación de estructuras regulatorias y de la intervención del estado para resolverlas. Tanto el sistema de salud (descentralizado o no) dependiente del Ministerio de un país, como el sistema de atención organizado a través de instituciones de seguridad social, constituyen herramientas de aseguramiento social dirigidas al cumplimiento de tales objetivos generales de política pública.

Las contribuciones de un sistema articulado de aseguramiento social en salud pueden resumirse en los siguientes puntos: (1) Proveer sustentabilidad financiera al sistema de salud, mediante la combinación de impuestos directos, indirectos y contribuciones salariales, (2) Ampliar la cobertura hacia sectores de trabajadores formales, sus familias y dependientes, (3) Articular mecanismos de inclusión de poblaciones desprotegidas (trabajadores informales y desempleados), (4) Ser potenciales herramientas para mayor acceso y equidad en la medida que se incorporen criterios de solidaridad (transferencia de fondos) entre el sistema de seguro social y la cobertura de atención pública, (5) Permitir una asignación más eficiente de los recursos dentro del sector salud al sistematizar, coordinar y monitorear la oferta, mediante sistemas de incentivos en los mecanismos de pago a proveedores y de contratación de servicios participantes de otros subsistemas, y (6) Distribuir los costos y riesgos de la atención de los servicios asociados con características tradicionales de un seguro de salud.

Atendiendo a los objetivos y metas enunciados, el presente trabajo propone discutir los instrumentos utilizados por las naciones del Cono Sur latinoamericano para ampliar la cobertura ante el debilitamiento de los sistemas

¹ Resumen del documento preparado para el "Tercer Foro Interamericano de Liderazgo en Salud", organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, la Fundación Mexicana para la Salud y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, en Buenos Aires, Argentina, los días 16 y 17 de diciembre, 2002.

² Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y CONICET, Buenos Aires, Argentina, y de la Red Sur - Norte (CLAEH - Uruguay). Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

tradicionales, incorporando modalidades alternativas o complementarias de financiamiento. El documento se articula en cinco secciones. La primera de ellas presenta una breve introducción sobre las características fragmentadas de los sistemas de salud en América Latina en general y de las naciones del Cono Sur en particular, estableciendo los ejes centrales que motivan su desarrollo. A partir de este marco, en la segunda sección se definen brevemente los objetivos de un sistema de aseguramiento social en salud y sus alcances en la región. Para ello se diferencian los conceptos de seguro y seguro social, y se debate acerca de las nociones de transferencia de riesgo y solidaridad existentes en los modelos de la subregión, sus diferencias entre ellos y con relación al contexto latinoamericano.

En la tercera sección el documento describe brevemente las características básicas de los sistemas de salud de las cinco naciones del Cono Sur (Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay), sus fuentes de financiamiento y provisión, alcances y limitaciones. Profundiza en las relaciones funcionales entre los actores participantes, sus estructuras formales e informales de coordinación y competencia, y los incentivos generados a partir del modo de financiamiento y prestación existentes. Junto con ello, y a la luz de la información provista por cinco encuestas de hogares (Argentina, 1997; Bolivia, 1999; Chile, 1994; Paraguay, 2000/1 y Uruguay, 2000), se identifican mecanismos de cobertura en bienes y servicios de salud por quintiles de ingreso o geografía, estableciendo las fuentes de atención para cada grupo, y los patrones de equidad comparada entre los países de la subregión del Cono Sur.

La cuarta sección debate, a partir de las diferentes realidades nacionales, las estrategias de política llevadas a cabo en cada caso para ampliar las redes de aseguramiento social en salud, sus criterios de focalización y establecimiento de prioridades, los esquemas de subsidios cruzados entre instituciones que limita la eficiencia en el gasto social en salud, y el papel desempeñado por el sector privado en la prosecución de estos fines. Se debate entonces sobre las posibilidades de cada enfoque, los resultados alcanzados, y sus perspectivas futuras. Finalmente, en la sección de conclusiones se ensaya una comparación subregional, intentando identificar enseñanzas para futuros debates sobre el particular. La misma se complementa con una agenda propuesta que facilite la coordinación entre tópicos de investigación y desafíos de política pública en salud.

En principio, se define como seguro social a aquellos sistemas que incorporan las siguientes cuatro características:

- 1) Que se cuente con un padrón definido de beneficiarios,
- 2) Que el sistema de aseguramiento establezca un paquete conocido y accesible de servicios, y que el mismo sea disponible para cualquier usuario del sistema,
- 3) Que existan criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos, y

- 4) Que existan criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen asimismo subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres. Es este último criterio el que convierte a un sistema de aseguramiento tradicional en un sistema social de seguros de salud.

En América Latina, la segmentación en el financiamiento y la prestación de servicios de salud hace del sistema de aseguramiento social una estructura compartimentada, que limita las posibilidades de riesgo compartido y transferencias de ingresos entre subsectores. Los casos de Costa Rica, Brasil y Colombia constituyen intentos –con resultados variables- para reducir estas dificultades, mediante la coordinación de tareas y responsabilidades entre los subsectores intervinientes.

Generalmente, las alternativas de aseguramiento o subsidio diseñadas en la región no consideran la necesidad de estos mecanismos, limitando temporalmente su impacto, en tanto los esquemas planteados carecen de sustentabilidad financiera y acrecientan la compartimentalización del sistema de salud. Como consecuencia, se generan procesos sucesivos de selección adversa por parte de consumidores y prestadores, y promueven la existencia de sistemas duales de aseguramiento, donde el subsistema solidario resulta "descremado" por los seguros privados, reduciendo su capacidad de articular una respuesta equitativa y solidaria ante las necesidades de atención de la población.

Estructuras de este tipo son frecuentes en toda la región, y especialmente en el Cono Sur: tanto las Cajas Bolivianas de Seguridad Social, como las Obras Sociales en Argentina o las IAMCs en Uruguay promueven la segmentación del sistema mediante la pobre o nula transferencia de fondos entre instituciones de diferentes ingresos promedio. En estas naciones, el sistema de superintendencia no cuenta con autoridad suficiente como para establecer mecanismos de control y reasignación de recursos, o darles cumplimiento, cuando ellos existen. Asimismo, la dualidad en el sistema de atención en Chile, mediante la separación de Isapres y Fonasa constituye un ejemplo característico de descreme, que profundiza las inequidades en el acceso a servicios de salud.

El subsector público, a partir de su restricción presupuestaria con origen en impuestos directos e indirectos, establece implícita o explícitamente una serie de objetivos y herramientas de política. Esta se extiende desde la definición de un sistema universal de aseguramiento, con limitadas posibilidades de implementación, hasta el establecimiento de mecanismos de focalización para atender las necesidades más urgentes o prevalentes, o políticamente más viables.

Los institutos de seguridad social, desarrollados originariamente en los países latinoamericanos como una dependencia dentro del sector público, presentan un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. En un principio estos seguros cubrían principalmente accidentes de trabajo para luego ampliar la

cobertura del afiliado y extenderla a su familia. Sin embargo, la expansión del empleo informal y la caída de salarios reales redujeron la capacidad de operación de estas instituciones. La volatilidad característica de la macroeconomía de las naciones de la región, ya sea ella producida por altos niveles de inflación o fuertes desequilibrios fiscales, contribuye a una dinámica de reducción de cobertura.

Desde mediados de los ochenta, y hasta la actualidad se observan grandes transformaciones dentro del sector, como intentos para revertir esa tendencia. Dentro de estas transformaciones se cuentan las relacionadas con el redimensionamiento de las estructuras de aseguramiento social. En algunos casos, las reformas de aseguramiento acentuaron los esquemas de financiamiento y prestación ya existentes. En otros, se desarrollaron nuevos esquemas de seguro, provenientes de la privatización de los servicios de seguridad social públicos. En todos los casos, dos pilares constituyen parte del debate sobre la reforma: la definición de un paquete básico o mínimo de servicios accesibles para todos, sin excepción de ingresos o regiones y, asociado con ello, el establecimiento de corrientes de fondos solidarios o subsidios hacia grupos de menores recursos.

No todos los sistemas de aseguramiento social en la región cuentan con estos elementos en su estructura, así como tampoco cumplen con los elementos que identifican la noción de seguro y transferencia de riesgo, tales como prima ajustada de riesgo, pagada por el beneficiario directamente o por el Estado. En consecuencia, los seguros disponibles constituyen esencialmente variedades de subsidios, en muchas oportunidades dirigidos a grupos de población específicos, sin consideraciones de sustentabilidad.

A lo largo del documento se presenta un detalle comparado de los sistemas de aseguramiento de la región. El trabajo brinda una visión desde el financiamiento y la asignación de recursos entre subsectores, como también desde la perspectiva del consumidor. De esta manera, se establece -por grupos de ingreso y para cada nación del Cono Sur- la probabilidad de utilización de servicios de salud ante el evento de una enfermedad, y en cada caso, cómo se manifiesta la elección del consumidor entre distintos subsectores. Considerando la existencia de fallas de coordinación entre los institutos de seguridad social (en los casos que existen) y el sector público, las encuestas de hogares brindarán información acerca de dos elementos clave en la creación de un sistema solidario de atención. El primero de ellos es el alcance de la cobertura pública, como prestador de última instancia del sistema, en tanto que el segundo aspecto a considerar constituye el nivel de subsidio cruzado existente entre la institución de seguridad social y el sector público, como medida de ineficiencia de la red social en salud.

A partir de ello, y sobre la base de las experiencias documentadas de reforma, se debate acerca de los mecanismos públicos o privados desarrollados para ampliar la cobertura en salud, y el papel desempeñado por el sector privado. Finalmente, se discute sobre la necesidad de articular el análisis de información, la investigación y el proceso de diseño de políticas, como herramientas complementarias para la toma de decisiones.