



■ Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino

Daniel Maceira • Cintia Cejas • Sofía Olaviaga

Índice

Resumen ejecutivo	1
Agradecimientos	2
Introducción	3
1. La Argentina y la fragmentación de su sistema de salud	4
2. Conceptos, instrumentos y debates en torno del aseguramiento	8
3. Antecedentes de integración del sistema de salud en la Argentina: experiencias nacionales y provinciales	10
3.1 Seguro Nacional Integrado de Salud (SNIS) (1973-1974).....	10
3.2 Seguro Nacional de Salud (1983-1986).....	11
3.3 Provincia de Río Negro (1996-2001)	12
3.4 Provincia de Buenos Aires (2000-2006).....	14
3.5 Provincia de Santa Fe (2000-2002).....	15
3.6 Reflexiones	16
4. Modelos internacionales: Reino Unido, España, Costa Rica y Canadá	18
4.1. Reino Unido.....	18
4.2 España.....	20
4.3 Costa Rica.....	22
4.4 Canadá.....	25
4.5 Reflexiones	28
Conclusiones	30
Anexo	31
Sistemas comparados: Argentina, Reino Unido, España, Costa Rica y Canadá.....	31
Bibliografía	33
Acerca de los autores	36
Acerca de CIPPEC	36

Índice de cuadros y figuras

Cuadro 1. Ingreso, resultados y gasto en salud en América Latina	4
Cuadro 2. Diferencias entre seguros públicos y seguros privados.....	8
Figura 1. La organización del sistema de salud argentino: financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación.....	6

Resumen ejecutivo

El sistema de salud argentino es extremadamente fragmentado. La ausencia de un fondo universal -consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre grupos sociales)- acota la posibilidad de brindar una cobertura homogénea a la población, asociada con equidad horizontal en la asignación de recursos de salud.

El desarrollo de un sistema más integrado permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, puedan atender a sus necesidades asociadas con requerimientos de consultas, internación, análisis y estudios complementarios y/o medicamentos.

El objetivo de este documento es proveer evidencia e información que contribuya con el debate acerca de las estrategias para alcanzar un sistema de salud coordinado e integrado. Para ello, presenta un diagnóstico de la estructura sanitaria argentina y los aprendizajes de las iniciativas que en el nivel nacional y provincial procuraron, sin éxito, integrar al sistema de salud.

Además, analiza los casos de Reino Unido, España, Costa Rica y Canadá, que evidencian la factibilidad de alcanzar un sistema de salud financieramente sustentable que brinde cobertura de salud universal, mediante estructuras de aseguramiento social coordinadas. Del análisis surgen elementos a considerar asociados con el logro de una mayor convergencia en el interior del sistema de salud argentino.

En primer lugar, es necesario debatir acerca del **rol que debería adquirir el Estado nacional** a través del Ministerio de Salud, respecto de la coordinación de las estrategias provinciales de salud, para disminuir las brechas de inequidad interprovincial.

Paralelamente, es importante considerar el **rol que deben asumir las autoridades provinciales** en el liderazgo de iniciativas que avancen tanto en la coordinación en el interior del subsector público, como también con los subsistemas privados y de la seguridad social, progresivamente. En este contexto, y junto con el sistema público, las obras sociales provinciales cobran preponderancia, en la medida que suelen ser los grandes financiadores de los sistemas provinciales.

Las experiencias nacionales evidencian la necesidad de hacer partícipes a los distintos sectores y actores de la salud en el diseño de las estrategias de integración, para facilitar la implementación de una reforma. Complementariamente, se recomienda profundizar los vínculos entre los grupos que trabajan e investigan en el sector salud. Además, los tomadores de decisiones son cruciales para generar reformas basadas sobre evidencia que sean sustentables en el tiempo.

Finalmente, deben reforzarse y revalorizarse los marcos normativos debatidos en los ámbitos legislativos que apoyen los procesos de reforma que, si bien no necesariamente garantizan su efectiva implementación, otorgan mayor legitimidad a las decisiones.

Agradecimientos

CIPPEC agradece muy especialmente a Pablo Ríos y a Javier Vilosio por la información aportada para reconstruir las experiencias de las provincias de Santa Fe y Río Negro.

Introducción

Existe una extensa producción académica que reúne evidencia científica acerca del impacto que la extrema fragmentación del sistema de salud argentino produce sobre su eficiencia y la equidad.

Frente a ello, la historia reciente registra al menos dos iniciativas que procuraron, sin éxito, integrar al sistema de salud concentrando su conducción en el nivel nacional, y otras tantas que avanzaron con proyectos a nivel provincial.

El presente documento tiene como objetivo contribuir a este debate y, para ello, presenta una breve revisión sobre experiencias relevantes que buscaron una mayor integración en el financiamiento, gestión y atención de la salud.

En esta línea, el primer apartado expone un diagnóstico del sistema de salud argentino, focalizando el análisis en la estructura y sus resultados y enfatizando las consecuencias de la fragmentación de las fuentes de financiamiento y de provisión de servicios. A continuación se introducen algunos conceptos básicos relacionados con el aseguramiento en salud, para luego explorar los antecedentes en el país, identificando las experiencias nacionales y provinciales, y los diferentes enfoques e instrumentos utilizados en pos de una mayor coordinación del sistema.

Asimismo, se realizó una selección de sistemas de salud de otros países, considerando aquellos que lograron una cobertura universal y relativamente homogénea, con coordinación entre distintos niveles y subsectores. En relación a estos modelos, se exponen las características generales de sus estructuras, fuentes de financiamiento y mecanismos de pago.

Finalmente, en las conclusiones, se argumenta la necesidad de debatir en torno a las mejores estrategias para lograr una mayor coordinación e integración del sistema que repercuta en la eficiencia del gasto y en la equidad de acceso a los servicios de salud.

1. La Argentina y la fragmentación de su sistema de salud

La Argentina se encuentra ubicada entre las naciones de mayor ingreso a nivel latinoamericano (**Cuadro 1**). Sin embargo, al comparar el esfuerzo que realiza en términos de gasto en salud y los indicadores obtenidos, con aquellos registrados por los restantes países de la región, la performance dista de ser exitosa. Por ejemplo, registra una mortalidad al 5to año que llega a duplicar la de países que tienen un gasto en salud per cápita considerablemente menor al argentino.

Esto desmitifica la siempre mencionada falta de recursos en el sector de la salud y sugiere **una falla en su estructura organizativa, que excede a la capacidad de gasto, y se vincula con la utilización, financiamiento y gestión de esos recursos.**

En este sentido, se plantea un interrogante sobre cuán eficiente es el gasto en salud y, para responderlo, se debería detener la mirada en **los mecanismos de aseguramiento y provisión de los servicios de salud.**

Cuadro1. Ingreso, resultados y gasto en salud en América Latina

Pais	PBN per capita PPP 2005	Crecimiento % p/capita del PBI 2004-2005	Mortalidad al 5to. año 2004	Gasto total en Salud per capita 2004
Argentina	13.920	8,2	18	1.274,3
Trinidad y Tobago	13.170	6,4	-	522,6
Chile	11.470	5,2	8	720,3
México	10.300	1,9	28	655,4
Uruguay	9.810	5,8	17	783,7
Costa Rica	9.680	2,3	13	592,0
Brasil	8.230	0,9	34	519,7
Colombia	7.420	3,6	21	570,0
Panamá	7.310	4,5	24	631,6
Rep. Dominicana	7.150	3,0	32	377,0
Bélice	6.740	-0,2	-	338,6
Venezuela	6.440	7,5	19	284,8
Perú	5.830	5,1	29	235,4
El Salvador	5.120	1,0	28	375,4
Paraguay	4.970	0,4	24	326,7
Guatemala	4.410	0,8	45	256,2
Guyana	4.230	-2,9	-	328,9
Jamaica	4.110	1,3	20	223,4
Ecuador	4.070	2,5	26	261,4
Nicaragua	3.650	1,9	38	231,3
Honduras	2.900	2,3	41	197,4
Bolivia	2.740	2,1	69	185,9
Haití	1.840	1,5	117	82,3
Surinam	-	4,5	-	376,3
Bahamas	-	-	-	1.348,6
Barbados	-	-	-	1.150,7

Nota: **PBI**: Producto Bruto Interno

PPP: Ajuste por Paridad de Poder Adquisitivo

PBN: Producto Bruto Nacional

Fuente: World Development Report 2006; Organización Mundial de la Salud. (Maceira, 2009).

En la mayoría de los países de América Latina, así como en gran parte de las naciones en desarrollo, se identifican mecanismos de aseguramiento mixtos, donde diferentes grupos poblacionales aportan a fondos alternativos para la cobertura de servicios de salud. En algunos casos estos mecanismos tienen naturaleza social, en la medida en que los aportes de grupos de ingresos diferentes financian paquetes homogéneos de servicios al interior del fondo de aseguramiento (Maceira, 2009).

En este marco, **Argentina presenta un sistema de salud extremadamente segmentado, lo que implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población.** Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria o compulsiva, de los aportantes y sus familias. Un esquema de aseguramiento social diseñado para toda la población permitiría reducir los desembolsos individuales, otorgando el derecho a toda persona de acceder a un paquete de servicios relativamente homogéneo (Maceira, 2009).

La diversidad que presenta el sistema de financiamiento, gestión y atención de la salud en la Argentina se presenta en dos dimensiones: **geográfica** (descentralización provincial) y por **tipo de cobertura** (público, innumerables fondos de seguridad social y prepagas).

La primera de las dimensiones es consecuencia de las características políticas del federalismo argentino, y de la descentralización para la asignación y gestión de recursos del sistema de salud. Es decir, a diferencia de lo que ocurre en otros países con sistemas políticos federales¹, en Argentina la naturaleza federal determina que los Ministerios de Salud de cada provincia sean responsables tanto de la política sanitaria de su jurisdicción como del presupuesto público para sustentarla, con limitada injerencia de la autoridad nacional.

En este contexto, el mecanismo que articula la coordinación nación-provincias es el Consejo Federal de Salud (COFESA), que no es una estructura formalmente vinculante. Los acuerdos que se alcanzan en esa instancia se tornan relevantes para los Ministerios provinciales en la medida en que existe consenso político acerca de las líneas de acción y recursos nacionales que las sustenten. Por ello, son los Ministerios de Salud de las provincias las instituciones de mayor relevancia en el diseño de políticas y en la definición de los mecanismos que organizan y reforman los sistemas de salud de sus jurisdicciones.

Adicionalmente, y haciendo referencia a la segunda dimensión de la fragmentación, cada provincia cuenta con sus institutos de seguridad social (24 obras sociales provinciales), alrededor de 250 obras sociales nacionales (sindicales o de personal de dirección) y el PAMI (jubilados y pensionados). En consecuencia, **existen más de 300 mecanismos de aseguramiento que operan paralelamente al sistema público de salud** (Maceira, 2009). **Ello evidencia un importante desafío de coordinación para garantizar el derecho a la salud de la población.**

La presencia de un número amplio de fondos reduce la capacidad de hacer financieramente sostenible el sistema sanitario, en tanto cada uno de ellos enfrenta la necesidad de solventar tratamientos variados, de costos diferenciados y, donde muchas veces, la escala de éstos lo impide.

Así, la descentralización provincial y la atomización del sistema de seguridad social generan una brecha de equidad entre jurisdicciones y sistemas de aseguramiento social. Es decir, provincias

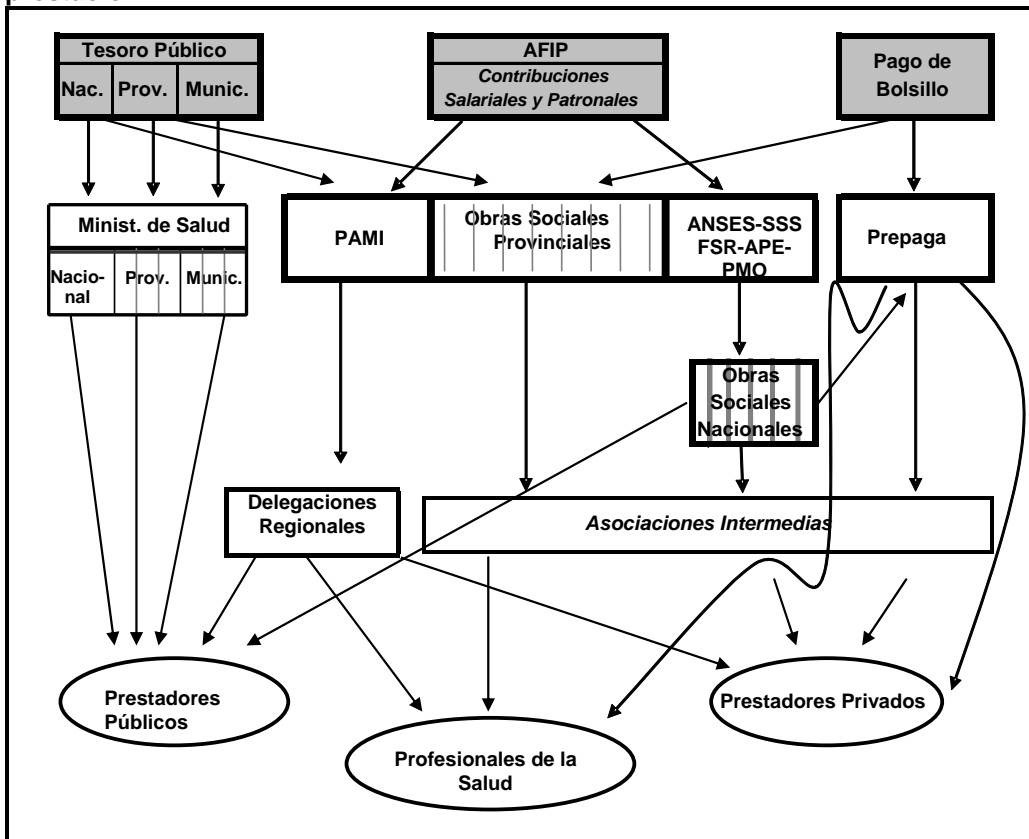
¹ En Brasil, por ejemplo, la descentralización del sistema parte de la definición de objetivos formalmente establecidos por el Ministerio a nivel nacional en acuerdo con los Estados, y se descentraliza su gestión para lograr esos objetivos a nivel estadual y municipal.

y fondos sociales con mayor capacidad financiera tienen más posibilidades de brindar atención, diferenciando la cantidad y la calidad de las prestaciones con respecto a aquellos fondos de provincias y seguros más pobres. **Esta situación repercute en el gasto de bolsillo de las familias, que deben cubrir lo que estos fondos no logran proveer, evidenciando la existencia de un sistema de salud no sólo ineficiente sino también inequitativo.**

El siguiente esquema presenta los mecanismos de asignación de recursos del sistema de salud (primera línea), la organización de las estructuras de aseguramiento social (segunda línea), la gestión de los fondos (tercera línea) y, la prestación de servicios (cuarta línea) (Maceira, 2006).

Aunque las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, como se mencionó anteriormente, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único sino que se dispersan entre el PAMI, los fondos provinciales y las obras sociales nacionales gerenciadas por los sindicatos de trabajadores.

Figura 1. La organización del sistema de salud argentino: financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación



Nota: **SSS**: Superintendencia de Servicios de Salud
FSR: Fondo Solidario de Redistribución
APE: Administración de Programas Especiales
PMO: Programa Médico Obligatorio
AFIP: Administración Federal de Ingresos Públicos
ANSES: Administración Nacional de la Seguridad Social
PAMI – INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
Fuente: (Maceira, 2006)

La segmentación del modelo sanitario argentino permite que haya subsistemas que absorben niveles diferenciados de gasto, independientemente de los recursos que posean. Así, la población de mayores ingresos contribuye a un sistema que recauda más recursos para tratar a gente relativamente menos enferma. Mientras tanto, el sistema público brinda cobertura a individuos con perfil epidemiológico más complejo e ingresos más bajos.

De acuerdo con la última Encuesta de Utilización y Gasto en Salud, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2005, aproximadamente 56% de la población cuenta con algún mecanismo de seguro social, ya sea obra social sindical, provincial o PAMI. En tanto que 10% de los individuos posee una cobertura del sistema privado, y aproximadamente 34% de la población no cuenta con seguros formales y su cobertura se canaliza a través del sistema público (Maceira, 2009).

No obstante, estos mecanismos de cobertura no se condicen con los patrones de utilización de los servicios de salud, en la medida que la primera fuente de atención utilizada por los individuos no necesariamente está relacionada con el mecanismo formal de aseguramiento que posee. **Ello reflejan una de las consecuencias no deseadas de un mecanismo no coordinado de financiamiento y atención: individuos que aportan a un fondo, pero demandan servicios de salud en otro subsistema, independientemente de la capacidad de recupero de costos de los prestadores efectivos.** El caso más frecuente es el de pacientes que contando con cobertura de alguna obra social, se atiende en establecimientos públicos (hospital público o centro de atención primaria).

Si bien para estos casos existe un mecanismo formal de recupero de costos en hospitales públicos, la práctica evidencia importantes dificultades tanto en la facturación de estos servicios como en su cobro.

Frente a esta situación, el sistema público diversifica su atención entre la población que aportó a su obra social, y que difícilmente recupera, y aquella que no tiene cobertura alguna. En un contexto de presupuesto limitado, esto repercute en la población de menores recursos y en la calidad de los servicios.

En síntesis, la ausencia de un fondo universal como consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre subsectores), acota la posibilidad de brindar una cobertura homogénea asociada con equidad horizontal en la asignación de recursos de salud. La presencia de un sistema más integrado permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de abordar sus necesidades, sean ellas asociadas con requerimientos de consultas, internación, análisis, estudios complementarios y/o medicamentos.

2. Conceptos, instrumentos y debates en torno del aseguramiento

Idealmente, los sistemas de salud garantizan el derecho de la población a través de un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. En esta dirección, los Estados intervienen tanto para resolver las fallas propias de los sistemas de salud (externalidades, asimetrías de información, etc.) como también las diferencias en la distribución del ingreso entre grupos sociales.

La participación del Estado se extiende desde la definición de un marco regulatorio para garantizar la calidad de las prestaciones ocurridas dentro del sector, hasta la prestación directa de servicios en instituciones propias, pasando por la estandarización de paquetes sanitarios y el financiamiento de acciones o insumos generados por terceros.

En este marco, el “aseguramiento” es una de los mecanismos utilizados por los Estados para organizar y regular su estructura sanitaria. **Un seguro de salud consiste en un esquema de protección a las personas ante una contingencia de enfermedad. Los seguros, como dispositivos institucionales, involucran la gestión de riesgos, diluyendo en riesgos grupales el riesgo individual de enfermedad, y tienden a establecer una lógica solidaria en su financiamiento** (Zerda, et ál., 2001).

Existen diversos modelos y tipologías de seguros de salud. Principalmente es importante distinguir entre los dos extremos: el seguro público o social y el seguro privado.

Cuadro 2. Diferencias entre seguros públicos y seguros privados

	Públicos o sociales	Privados
Competencia	Usualmente no compiten	Compiten por los clientes con precios, cobertura y calidad
Plan de Beneficios	Único – Standard	Diversidad de planes
Financiamiento	- Público (contribuciones e impuestos) - Subsidios cruzados a favor de los usuarios de bajo poder adquisitivo	Primas y aranceles
Reclutamiento	- Cerrado - Obligatorio-clientela cautiva - No seleccionan a sus beneficiarios	- Voluntario - Con libre afiliación - Pueden practicar selección adversa (tienden a concentrarse en aquellos de mayor ingreso y menos riesgo)
Cobertura	Tiende a ser amplia	Focalizada en determinados grupos
Propiedad/lucro	Sin fines de lucro	Con fines de lucro

Fuente: (Zerda, et ál., 2001).

Respecto del financiamiento, las dos modalidades de seguros se diferencian por el carácter compulsivo o voluntario de las contribuciones. Los seguros públicos se financian a través de contribuciones obligatorias cobradas por el Estado a empresas o individuos para poblaciones

elegibles, ya que mediante impuestos o contribuciones asociadas al mercado laboral, mientras que los seguros privados se financian a través de primas pagadas voluntariamente.

Actividades públicas y privadas convivieron con distintos grados de integración en la organización, regulación o prestación de servicios de salud. Como se presentará en la sección que aborda los modelos internacionales, tanto en el Reino Unido como en España, los seguros privados son complementarios a los sistemas nacionales que brindan cobertura universal. Costa Rica, por su parte, ha avanzado en la integración entre ambos sectores (público y seguridad social) para la provisión de prestaciones ambulatorias. En Canadá por su parte, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la de los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

Ambas modalidades de aseguramiento tienen sus ventajas. Las instituciones de seguro público permiten a través de procesos eficientes de compra, del aseguramiento de paquetes comprensivos de servicios y de la organización racional y autónoma de la prestación, la continuidad de los servicios en momentos de crisis evitando que la prestación se interrumpa como resultado de crisis presupuestarias. Las instituciones de seguro privado permiten, a su vez, el financiamiento de riesgos catastróficos a través de procesos racionales de reaseguro de prestaciones que son prohibitivas de ser costeadas por los consumidores, a partir del gasto directo del bolsillo (Médici, 2004).

Estamos frente a seguros sociales cuando incorporan las siguientes cuatro características (Maceira, 2003):

1. Un padrón definido de beneficiarios.
2. Un paquete conocido y accesible de servicios, disponible para cualquier usuario del sistema.
3. Criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos.
4. 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.

3. Antecedentes de integración del sistema de salud en la Argentina: experiencias nacionales y provinciales

Entre las décadas del setenta y el ochenta cobraron vigor los intentos de conformar un seguro nacional de salud al estilo de los vigentes en países europeos. En el debate de la época es posible identificar formas institucionales que pueden escalonarse desde las concepciones más afines a la intervención del Estado hasta aquellas que otorgaban mayor confianza a la gestión de las organizaciones intermedias o a la actividad del empresariado privado (Belmartino, 2005).

Sin embargo, se identifican dos casos que avanzaron más allá del debate, e intentaron una reforma del sistema a través de la articulación de un seguro nacional de salud. El primero fue impulsado durante la tercera presidencia de Perón, a cargo del Secretario de Salud Pública Domingo Liotta en 1973; y el segundo, fue definido por el ministro Aldo Neri en una primera etapa del gobierno de Alfonsín.

Durante la segunda mitad de la década del 90' y los inicios del siglo veintiuno, los intentos de integración del sistema a nivel nacional fueron cediendo lugar a aquellos de alcance provincial. En este período culmina el proceso de transferencias de hospitales nacionales a las órbitas provinciales, iniciado durante la década del '50 (Repetto, 2001). En este contexto, las provincias adquieren mayor autonomía respecto de las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones.

Asimismo, en el marco de la política de reformas impulsada por el poder ejecutivo nacional y apoyada por los organismos internacionales de crédito², varias provincias argentinas intentaron desarrollar modelos de seguros de salud.

A continuación se presentan dos antecedentes nacionales y los casos de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Río Negro.

3.1 Seguro Nacional Integrado de Salud (SNIS) (1973-1974)

El proyecto de Liotta, inspirado en el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, proponía la conducción normativa, financiera y administrativa del Sistema como responsabilidad directa del Estado.

En este marco, la iniciativa planteaba la conformación de un sistema único, regionalizado, con servicios ordenados por niveles de complejidad e identificación de población a cargo. El financiamiento estaría a cargo del Estado y la cobertura sería universal. Los proveedores estarían remunerados por un salario y el subsistema público se transformaría en el principal proveedor de atención (Belmartino, 2005).

La financiación del Seguro se sustentaría en los principios de solidaridad y justicia distributiva. Liotta proponía aumentar los presupuestos estatales para salud con fondos de rentas generales y reordenar los recursos de otros sectores para conformar un Fondo Financiero Sanitario Nacional.

² A partir de 1995 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación comenzó a implementar, con financiamiento del Banco Mundial, el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), integrado por los proyectos de Reforma del Sistema de Seguros de Salud y el de Reforma de la Atención Primaria de la Salud. Este programa contemplaba la posibilidad de financiar directamente a las provincias a través de los denominados Préstamos de Reforma Provincial (PRL) donde, en el caso de las reformas de salud, la conformación de seguros de salud constituía una condición del préstamo.

La perspectiva de integración de los servicios defendida por el secretario Liotta se enfrentó con la oposición de la Confederación General del Trabajo. Aunque no se encontraba explícito, se deducía que la infraestructura de las obras sociales sindicales sería incorporada al sistema proyectado. Así, los representantes sindicales gestionaron ante los legisladores la excepción de las obras sociales en ese sistema, argumentando que el subsector estatal tenía un desarrollo precario que le impediría integrarse con el privado y con el de la seguridad social.

De esta manera, el proyecto de Ley del SNIS sufre considerables recortes antes de ser sancionado en 1974 como Ley 20.848. La norma finalmente aprobada limitaba la aplicación del nuevo ordenamiento a Capital Federal, Tierra del Fuego y dependencias, e invitaba a las jurisdicciones provinciales, universidades y subsector privado a incorporarse por medio de convenios.

La ley, aunque distó en aspectos sustanciales del proyecto original, provocó el rechazo de las obras sociales, del subsector privado y otros actores del sistema, siendo solamente adoptada por las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa. El SNIS se fue debilitando hasta que en 1977 desapareció del presupuesto nacional (Barragán et ál., 2007).

De acuerdo con algunos autores, esta experiencia puso en evidencia la dificultad del Estado nacional para articular a los miembros del sistema de salud por el camino legislativo (Katz, 1993).

3.2 Seguro Nacional de Salud (1983-1986)

El Proyecto formulado por el primer Ministro de Salud de la gestión de Alfonsín (1983-1986), Aldo Neri, se presentaba como una iniciativa ordenadora y reguladora tanto del sistema público, como de las obras sociales y del sector privado, que buscaba una cierta convergencia e igualdad en el acceso a los servicios de salud.

Fundamentada en el derecho a la salud de la población, la propuesta estableció como objetivo final la cobertura universal que asegurara el acceso igualitario en cantidad y calidad a los servicios asistenciales. En este sentido, propiciaba que la totalidad de los profesionales y de los establecimientos públicos, privados y de las obras sociales, constituyeran, en igualdad de condiciones, una red integral de servicios disponible para la totalidad de los beneficiarios del Seguro, es decir, todos los habitantes del país.

La iniciativa surgió de ideas y experiencias previas del Ministro y su equipo, que provenía mayormente de la Escuela de Salud Pública. Neri, quien había participado en la elaboración del SNIS, retomó algunas ideas de aquella iniciativa y las adaptó a la estructura de poder que presentaba la década del ochenta (Neri, 2008). Ellos consideraban al conjunto de las obras sociales, aunque heterogéneo y descoordinado, como una forma de seguro de salud que había reemplazado al paradigma sanitario anterior: el hospital (Mera, 1994). Así, la propuesta de integración del sistema, plasmada en el Seguro Nacional de Salud, se orientaba hacia la universalización del sistema de obras sociales.

En el eje de diferenciación Estado/privado, este proyecto se acercaba a la propuesta de un sistema que conservara la vigencia del principio de solidaridad grupal propio de las obras sociales, con instalaciones propias o servicios contratados en el sector privado, y que operara con la regulación técnica y la fiscalización del Estado, no sólo en cuanto a los sistemas de administración y contratación, sino también en relación con la provisión de servicios. La presencia del Estado se concretaría también por la incorporación de la población de menores recursos dependiente del subsistema público (Belmartino, 2005).

Esto implicaba una reforma de las obras sociales que dejaban de depender, financiera y organizativamente de los gremios sindicales para constituirse en entidades con autarquía, y autonomía.

El plan original era que las provincias fueran tomando paulatinamente la responsabilidad del Seguro en su jurisdicción y las propias obras sociales les fueran delegando el manejo de la administración de los beneficios que recibieran sus afiliados. La obra social pasaba a cumplir un papel supervisor, no vinculado con la gestión. Dentro de este contexto, el Ministerio se transformaba en un ente regulador, financiador y de gestión política estratégica: el responsable, en última instancia, de un fuerte sistema regulatorio (Barragán et al, 2007).

El proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud fue presentado al Congreso Nacional en septiembre de 1985 y fue modificado sustancialmente. Los principios enunciados eran difícilmente discutibles pero su aplicación había sido neutralizada por la presión de los actores sectoriales u nacionales. Entre los opositores del proyecto se encontraban las empresas vinculadas con la producción de equipos proveedores de insumos y los laboratorios, que argumentaban el manejo centralizado del sistema. Pero, el cuestionamiento más activo provino del sindicalismo.

El proyecto se discutió y, expurgado de lo que afectara la cautividad poblacional de las obras sociales, se promulgó en diciembre de 1988 como leyes 23.660, del Sistema Nacional de Obras Sociales, y 23.661, del Sistema Nacional de Seguro de Salud (Barragán et al, 2007).

Durante este período, el subsector privado fue aumentado su importancia, en tanto se vio favorecido por la política económica desarrollada por el gobierno entre 1977 y 1981: la sobrevaluación de la moneda nacional junto con la reducción de las barreras arancelarias constituyeron un importante incentivo para que los prestadores importaran tecnología médica (Repetto, 2001).

3.3 Provincia de Río Negro (1996-2001)

En el año 1995 el radical Pablo Verani asume la gobernación de la provincia de Río Negro, en un contexto signado por una gran conflictividad debido a retrasos significativos en el pago de salarios públicos. En este crítico escenario, Javier Vilosio, quien provenía de la Obra Social provincial, asume la gestión del Ministerio de Salud.

Al igual que sucedía en otras provincias del país, se encontraba presente la idea de generar algún tipo de reforma sectorial asociada a las oportunidades de financiamiento ofrecidas por el Banco Mundial. En este contexto, la nueva gestión de salud en la provincia asume el desafío de impulsar el debate en torno al Seguro, que comienza en el año 1996. Para ello, se conformó institucionalmente una Dirección General del Seguro de Salud Provincial, destinada a configurar los consensos necesarios para la puesta en práctica del proyecto.

La propuesta original contenía objetivos ambiciosos, incluyendo: la provisión de una cobertura en salud a todos los ciudadanos, mejoras en la eficiencia en la asignación de recursos, la promoción de la competencia y la mejora de la calidad en los hospitales públicos, y la integración de una red prestadora público-privada a nivel provincial, bajo normas de calidad fiscalizadas por el Estado provincial.

En una primera instancia, se buscaba brindar cobertura a los habitantes de la Provincia que no contaran con cobertura formal de salud (obra social o prepaga). Luego, en una segunda etapa, el Seguro se convertiría en el ente regulador y administrador del conjunto de la Seguridad Social

Provincial. En este sentido debía tender a concentrar la oferta a través de una red prestadora integral, con una administración autárquica, regulando la calidad y las normas de gestión. La red prestadora integral pretendía concentrar y articular la totalidad de los recursos existentes en el sector público y privado (Villca, Pose, 2003).

El modelo propuesto, en teoría, planteaba tres niveles de atención o tipo de prestaciones. Un primer nivel capitado, congruente con el modelo de médico generalista con población a cargo. Un segundo nivel organizado por módulos de intervenciones y con mecanismos de pago asociados al diagnóstico, con el objetivo de promover la protocolización de tratamientos para facilitar el proceso administrativo de facturación. Básicamente se proponían contratos de gestión. Y, un tercer nivel, con un mecanismo de pago por prestación (especialmente para aquellas intervenciones fuera del programa de cobertura básica), que identificaría beneficiarios, establecería las auditorías correspondientes y estimularía la búsqueda de mejores costos en derivaciones. El esquema planteado proponía la introducción de competencia entre hospitales públicos, y entre estos y el sector privado.

El proceso de debate en torno a la reforma se extendió hasta el año 1998 e involucró la generación de grupos de trabajo, en el que participaron actores clave del sector³, para discutir sobre los temas centrales del Seguro como ser su financiamiento, el modelo de atención, el aseguramiento y la política y control. Ese mismo año, se elaboró un proyecto de ley que recogía las recomendaciones recibidas en las diversas instancias del debate y promovía la constitución del Seguro Provincial de Salud. Sin embargo, se reconoce que varios temas no fueron discutidos en profundidad, entre ellos, no se definió la canasta de prestaciones a ser garantizada.

La Legislatura provincial, quien había participado del proceso de debate, aprobó la ley del Seguro. Aunque su implementación debía comenzar en el año 1999, recién dos años más tarde, en 2001 el Ministerio de Economía provincial asignó recursos para dar inicio al Programa. Sin embargo, la iniciativa sólo logró avanzar en el empadronamiento en dos municipios y se llegaron a escribir borradores de contratos de gestión.

Los principales cuestionamientos y obstáculos al Seguro provinieron del sector privado, y estuvieron asociados a su subordinación a una política macro dirigida por el sector público. Por otra parte, el conflicto derivado de los constantes atrasos en los pagos por las prestaciones realizadas profundizaron las diferencias entre el sector público y el sector privado.

Asimismo, desde algunos gremios estatales minoritarios pero activos se recalca la influencia negativa del Banco Mundial en la conformación de la propuesta -la iniciativa estaba financiada por este organismo- y denunciaban un desmantelamiento del sector público y una encubierta privatización de los hospitales. Las protestas, sumadas al descontento dentro de un marco general de crisis financiera y económica atentaron contra la continuidad de la propuesta (Villca, Pose, 2003).

³ Entre los actores convocados se encontraban: el Ministerio de Economía de la Provincia, la Secretaría General de Gobierno, el Instituto Provincial del Seguro de Salud (IPROSS), la Unión del Personal Civil de la Nación Seccional Río Negro (UPCN), quienes agrupaban principalmente a los profesionales no médicos, la Federación Médica y la Federación de Clínicas de Río Negro, la Delegación Sanitaria Federal en Río Negro, y la Legislatura de la Provincia representada por la Comisión de Asuntos Sociales, ya que se esperaba que el proyecto fuera discutido en el recinto.

3.4 Provincia de Buenos Aires (2000-2006)

En el caso particular de la Provincia de Buenos Aires, el debate acerca de la posibilidad de instaurar un seguro de salud provincial y las características que este debía adoptar se originan en el año 1998, a partir de las diferentes posturas que expresaban una dicotomía de larga data al interior del ministerio de salud provincial: el municipalismo y la gestión centralizada a nivel provincial.

Fruto del debate planteado, y principalmente en respuesta a una promesa electoral del gobernador electo, Felipe Solá, vinculada con la cobertura de salud de las Manzaneras del Plan Vida⁴, a fines del año 2000 nace el Programa de Seguro Público de Salud (PSPS) de la provincia de Buenos Aires⁵.

Sus tímidos comienzos buscaban una reforma integral del sistema de salud provincial: 1) mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de las personas que no poseyeran cobertura formal de salud y no tuviesen capacidad económica de adquirirla (estimada en 2.400.000); 2) reordenar el sistema público de atención de salud de la provincia e introducir al mismo tiempo eficiencia, eficacia y equidad; y 3) fortalecer la capacidad institucional del ministerio a fin de poder ejecutar los programas y normas establecidas, en un sistema altamente fragmentado y municipalizado (Sánchez de León, 2004)

Para alcanzar los objetivos planteados, el PSPS sienta sus bases en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, enfatizando el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, con el concepto de responsabilidad nominal sobre la población beneficiaria, con un sistema de complejidad creciente y con gestión de la continuidad del paciente en todos los niveles de atención (Seguro Público de Salud, 2005).

El equipo que impulsaba el PSPS, liderado por su coordinador Adolfo Sánchez de León, planteo una implementación por etapas, a través de un empadronamiento gradual de la población objetivo, que se sustentó en la necesidad de lograr escalas apropiadas entre los efectores y la población, y de articular apropiadamente la red asistencial⁶.

El paquete prestacional ofrecido incluía médico de cabecera con población a cargo, odontología, prácticas de laboratorio y medicación ambulatoria. Este paquete se completaba con un sistema de referencia y contrarreferencia con hospitales públicos, para especialistas, internación y alta complejidad.

Para su financiamiento se creó un fondo específico, cuyos ingresos provenían principalmente de fuentes provinciales y, en menor medida, municipales. Estos fondos se integraban para financiar la prestación de servicios mediante un esquema de pago capitado a prestadores, gestionado por asociaciones de profesionales médicos, odontólogos y laboratorios.

⁴ El Plan Vida consistía en la distribución de alimentos y trabajo social a cargo de trabajadoras vecinales denominadas manzaneras.

⁵ El PSPS fue creado por la Resolución Ministerial N° 5278/00, refrendado por el Decreto 630/01 y la Ley Provincial 13.413/06.

⁶ La población objetivo se iría modificando durante las diferentes etapas del Programa. En la primera etapa (2000-2002) las incorporaciones estuvieron dirigidas a las trabajadoras vecinales del Plan Vida (manzaneras) y sus familias; en la segunda etapa (2003-2005) se continuó con la inclusión de los beneficiarios del Plan Vida y mujeres embarazadas y niños hasta seis años sin cobertura formal de salud; y, por último, a partir del año 2006 se comenzó con la incorporación de la población fuera del Plan Vida, que no contara con cobertura de salud.

El SPSP se constituyó en una iniciativa novedosa que intentaba, por un lado, utilizar la estructura de los servicios públicos, aunque implementando modos de pago articulados a través de las asociaciones de profesionales de cada municipio. Este esquema generaba una oferta prestacional mixta, pública y privada, y planteaba un modelo de gestión pública.

En esta dirección, la iniciativa procuró sortear los inconvenientes propios del sistema de salud bonaerense a través de diversos mecanismos, incluyendo: la participación de las organizaciones intermedias, la negociación con los médicos, la construcción de un diálogo con los municipios, la generación de mecanismos de premios, entre otras medidas. Constituyó una labor de gran intensidad en términos de gestión cotidiana, con dos actores sumamente poderosos: los municipios de la provincia de Buenos Aires y las organizaciones de profesionales (Sánchez de León, 2008).

Pese a los avances logrados por el PPS, el cambio en la gestión del ministerio en el año 2006 trajo aparejado la pérdida del apoyo político, y junto a ello comenzó la desarticulación del Seguro. Se reconoce como una debilidad de la iniciativa la falta de un discurso común en torno a la reforma, compartido por la gran multiplicidad de actores involucrados.

El SPSP fue ideado como embrión de una reforma integral del sistema de salud bonaerense, que intentaba reorientar los programas existentes hacia una modalidad única de incidencia sobre la salud pública. Esto no se logró y, paradójicamente, sólo se convirtió en un programa más del Ministerio de Salud de la provincia. En la actualidad, el SPSP está contribuyendo a la fragmentación generada por la gran cantidad de programas que se implementan en el sector, sin haber podido estructurar acciones comunes con el IOMA, la Obra Social Provincial, ni ser incorporado por el Plan Nacer posteriormente.

3.5 Provincia de Santa Fe (2000-2002)

Al igual que lo sucedido en las provincias de Buenos Aires y Río Negro, la generación de un Seguro de Salud en Santa Fe inicialmente estuvo asociada a las reformas en el Estado promovidas por los organismos internacionales, como condicionales de los préstamos. La iniciativa comienza en el año 2000, durante la gestión de Carlos Parola en el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia,

A diferencia de los modelos implementados en las otras provincias, el modelo propuesto en Santa Fe se centraba en una reforma al interior del Sistema Público de Salud explicitando la identificación y cobertura de su población objetivo.

A través del nuevo modelo de organización, financiamiento y gestión que proponía el Seguro, se buscaba explicitar los principios y compromisos garantizados por la Salud Pública Provincial. En esta dirección, se buscaba la universalidad en la cobertura, el acceso con equidad, la jerarquización del primer nivel de atención y de las acciones preventivas, la regionalización, etc. Asimismo, se planteaba una nueva visión incorporando instrumentos de gestión, como por ejemplo el reconocimiento nominal de la población que asiste a la red pública, la adscripción de población a los equipos de atención primaria, la aplicación de la programación local participativa, el pago de incentivos económicos para el personal, la implementación de compromisos de gestión, entre otros (Huber, 2004).

La propuesta del Seguro planteaba una reforma incremental que en el largo plazo apuntaba a integrar los tres niveles de atención. Sin embargo, su implementación en el corto plazo se centró únicamente en el primer nivel.

El máximo grado de avance alcanzado por esta iniciativa fue la implementación piloto en dos departamentos de la provincia: Garay y San Javier, caracterizados por altos porcentajes de población con NBI, alejados de los centros urbanos y con altos índices de mortalidad infantil y desnutrición.

Para ello se empadronó a los habitantes de estas dos regiones, identificando a quienes tuvieran algún tipo de cobertura de obra social o prepagas para poder recuperar los costos. Paralelamente se conformaron, en el ámbito del sector público, equipos de atención primaria (EAP) compuestos por un médico de familia o médico generalista, una enfermera, un asistente social, y un psicólogo para una población a cargo de 2.500 personas. Asimismo, se establecieron indicadores que se desprendían de los compromisos y objetivos a cumplir por el EAP. Por ejemplo, cantidad de niños vacunados, número de embarazadas bajo control, entre otros.

Los profesionales de la salud recibían un salario fijo, al que se le agregaba una retribución prestacional por cumplimiento de objetivos, como mecanismo de incentivo. Los médicos estaban bajo el régimen del sector público provincial, por lo tanto el Seguro solamente aportaba fondos para el pago de los adicionales. Esto se logró mediante decretos provinciales.

Para la provisión de medicamentos se firmaron convenios con farmacias cercanas a los centros de salud mediante las cuales se les entregaban los medicamentos a quienes presentaran recetas del seguro. Esto solo implicaba un reducido costo de comercialización para el Seguro y se tercerizaba la provisión de medicamentos en manos de farmacéuticos.

Esta experiencia piloto se implementó durante seis años. Sin embargo, el equipo que lideró su creación estuvo al frente de la iniciativa sólo los dos primeros. Durante los cuatro restantes, el seguro dejó de contar con el apoyo político. Ni los profesionales que se vieron favorecidos por las medidas de incentivos por población atendida, ni la población misma, que de acuerdo a las evaluaciones realizadas habían mejorado la calidad de atención, defendieron la iniciativa.

La principal oposición que tuvo el Seguro argumentaba contra la participación del Banco Mundial y la percepción de que se estaría privatizando la salud pública. No obstante, el Seguro no estuvo financiado por ningún organismo internacional. Los préstamos que se habían otorgado fueron de libre disponibilidad y no estuvieron atados a ningún programa en particular. Por el contrario, los fondos del Seguro provenían del presupuesto provincial.

3.6 Reflexiones

Al comparar las iniciativas presentadas es posible identificar similitudes así como diferencias en aspectos significativos que evidencian la existencia de un abanico amplio de modelos de implementación de seguros de salud.

En principio, se observan diferencias entre aquellas experiencias cuyos modelos de implementación se acercaron más a lo que conceptualmente se entiende como un seguro social y las más cercanas a un subsidio a la demanda. En este sentido, la breve experiencia en Santa Fe se encuentra más cercana a la segunda opción, ya que avanza en la confección de un padrón de beneficiarios, al que brinda un paquete determinado de servicios, pero carece de subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres de población, elemento fundamental de los seguros sociales.

Distintos son los casos de Buenos Aires o Río Negro que, aunque tampoco lograron completarlo, en la idea original se apuntaba a la construcción de un seguro provincial que comprendiera la coordinación entre subsistemas.

También se identificaron diferencias en cuanto al grado de avance alcanzado. Algunas de estas iniciativas se implementaron por etapas y fueron sumando beneficiarios, como el caso de Buenos Aires; otras ensayaron pruebas piloto pero no lograron trascender las gestiones que las impulsaron, como Santa Fe; y otras quedaron en la etapa de diseño, como Río Negro.

Existió un amplio desarrollo de marcos normativos (leyes, decretos, presupuestos propios, programas, etc.) que regulaban y expresaban las reformas introducidas. Sin embargo, es importante destacar que ninguno logró aportar a las iniciativas una continuidad mayor a las gestiones que las impulsaron, principalmente debido a la falta de voluntad política para profundizar la reforma.

Un elemento común de las experiencias y, que en gran parte, determinó la continuidad de las mismas, es la brecha existente entre los funcionarios técnicos que idearon los proyectos y los funcionarios políticos, que no lograron identificar los réditos políticos de implementar o profundizar las reformas.

Finalmente, la visión de muchos actores (sindicatos, gremios, etc.) de que se trataban de reformas promovidas por organismos internacionales, operó como principal oposición a cualquier avance de integración entre los sectores público y privado.

A pesar de ello, buena parte de los referentes del sector sigue considerando a los seguros como “una opción apropiada para resolver los problemas de eficiencia y equidad que afectan al subsector público” (Centrángolo, 2004). Esto es lo que se intentará fundamentar en la siguiente sección dedicada a sistemas de salud de otros países.

4. Modelos internacionales: Reino Unido, España, Costa Rica y Canadá

Este apartado tiene por objetivo presentar las características generales de los sistemas de salud del Reino Unido, España, Costa Rica, Canadá cuyos modelos actuales son consecuencia de un proceso de reformas orientado a lograr la universalidad de la cobertura así como una mayor eficiencia en el gasto.

Si bien todos estos modelos presentan debilidades o desafíos en los cuales se debe seguir evaluando alternativas, todos ellos tienen una característica común y es el rol de rectoría que el Estado adquirió para garantizar el derecho a la salud de todos sus habitantes. Países federales o descentralizados como Canadá o España han logrado una coordinación entre los distintos niveles jurisdiccionales, mediante marcos regulatorios, que repercute en una cobertura amplia y relativamente homogénea, independientemente del nivel de ingreso de sus habitantes.

Difícilmente estos modelos puedan replicarse en países como la Argentina; sin embargo, lo que se intentará en estas páginas es presentar evidencia acerca de que cómo sistemas de aseguramiento social coordinados e integrados pueden dotar al sistema de salud de un soporte financiero sostenible en el tiempo que permita una cobertura universal.

4.1. Reino Unido

Características del sistema

El sistema de salud inglés está conformado por dos subsistemas: el público y el privado. El **subsistema público**, denominado **Nacional Health Service (NHS)**, es universal en cuanto a beneficiarios (todo residente regular del país) y amplio en cuanto a prestaciones. El NHS es un instrumento del Departamento de Salud y su estructura y funcionamiento se financia con rentas generales, lo que le da carácter de universal. Conforman una estructura verticalmente integrada con sus prestadores, tanto en propiedad como en control, articulándose con ellos a través de reglas y estándares que son periódicamente controlados.

Las instituciones pertenecientes al NHS deben previamente registrarse, y su ámbito de operación es a nivel regional a través de las *Autoridades de Salud Estratégica (SHA)*. Existen diez SHA, creadas en 2002 con el objetivo de administrar el NHS a nivel local y constituirse en el vínculo entre el NHS y el Departamento de Salud. Las mismas desarrollan planes locales atención, promoción y control, y monitorean el desempeño de las organizaciones registradas en el NHS. Cada SHA coordina diferentes Trusts que son grupos responsables de administrar los servicios provistos. En el marco del NHS toda la población es libre de elegir la institución y el profesional contratado por el NHS con los que desea atenderse.

Los Trusts son organizaciones responsables de cada tipo de servicio a nivel local (por ejemplo, Primary Care Trust-PCT). Estas organizaciones evalúan las necesidades de la población local y actúa en nombre de ella contratando servicios acordados, ya sean hospitales, médicos clínicos, dentistas, oftalmólogos, servicios de transporte de pacientes, farmacias, entre otros. El PCT maneja 80% del presupuesto del NHS (National Health Service)

Bajo este sistema, 500 grupos de atención primaria compran servicios sanitarios para la población. Cada grupo brinda servicios a 100.000 personas y lo forman unos 50 médicos generales y enfermeras (Ibern y García Goñi, 2008).

En orden de importancia lo sigue el Trust de Cuidado Intensivo que controla los establecimientos con internación, el Trust de Ambulancias y el Trust de Salud Mental (National Health Service).

Los prestadores que celebran contratos con los Trusts de Atención Primaria locales prestan los servicios básicos incluidos en tal contrato, aptos para realizar estudios de rutina y cuentan con sus propios equipos de trabajo. Pueden expedir recetas y derivar a los pacientes a médicos más especializados y a hospitales en caso de ser necesario. Complementan estas tareas los llamados "Walk-in-Centres", atendidos por enfermeros habilitados, y otros mecanismos de asistencia inmediata no presencial (National Health Service)

El sector privado, por su parte, es voluntario para la población que desee contratar un seguro alternativo al provisto universalmente por el Estado y comprende algunos servicios complementarios.

El sector privado, por su parte, se conforma por aseguradoras contratadas voluntariamente, y toma dos formas: compañías basadas en el empleo (59% del total) y aseguramiento individual (31%). El 10% restante corresponde a aseguradoras contratadas por grupos de trabajadores independientes o sindicatos. La oferta de servicios utilizadas por tales seguros privados se constituye por aproximadamente 230 hospitales y centros de cirugía independientes, el 60% de los cuales están en manos de 5 grupos económicos y concentran el 65% del total de camas privadas (Maceira, 2007).

Recursos financieros y gasto en salud

El NHS se financia con impuestos generales más un elemento de contribución a un seguro nacional, que el Tesoro Nacional transfiere al Departamento de Salud. La base imponible es amplia y se estima que el sistema impositivo no es regresivo, puesto que el sistema global es considerado progresivo. A partir de 1998 la modalidad de asignación de presupuesto se realiza en base a las expectativas de gasto y necesidades trianuales. Los fondos se distribuyen a las autoridades locales, una vez asignada una parte a la atención primaria y otra a los hospitales y atención secundaria.

El presupuesto para la atención secundaria, de mayor complejidad, se realiza en base a una fórmula de capitación originada en 1976 y reformada en varias oportunidades, y cuya esencia pondera variables regionales asociadas con población, género y edad, índices de mortalidad y diferencias de costos de servicios. A su vez, las autoridades regionales distribuyen su parte de los recursos entre los distritos siguiendo criterios históricos y características locales (Maceira, 2007).

Por su parte, el aseguramiento privado voluntario, es financiado directamente por el individuo que desea adquirir su paquete de servicios. A 1999 los principales servicios financiados mediante gasto de bolsillo son los medicamentos, servicios dentales y oftalmología.

Mecanismos de pago

El mecanismo de remuneración instrumentado por el NHS a sus prestadores, vigente a 1999, cuenta con pagos a hospitales mediante contratos entre la autoridad local y el establecimiento, donde se especifican los servicios a proveerse y su precio. Se distinguen tres tipos de contratos: (i) los *Sophisticated Block Contracts*, que representan el 69% de las contrataciones, definen un rango de servicios para toda la población por una suma predeterminada de dinero, (ii) los *Cost-and-volume Contracts*, con 25% de participación, que permiten la prestación de un paquete capitado de servicios más específicos, y finalmente, (iii) los *Cost-per-case Contracts*, con 5% de incidencia, que definieron un gasto en salud asociado al nivel de actividad de los hospitales, a nivel paciente.

Los médicos generalistas son pagados por el NHS como profesionales independientes bajo el principio del “cost plus”, que cubre sus honorarios más un pago por prestación, controlado por el Doctors’ and Dentists’ Review Body. Los principales elementos del sistema de pago son: Capitas, Subvenciones, Pagos de Promoción de la Salud, pago por ítem de servicios. En suma, cobran según la cantidad de pacientes en sus listas. Los médicos son contratados directamente por el NHS con un salario fijo, teniendo permitido facturar en el sector privado hasta un 10% de su remuneración pública, en tanto en la esfera privada el pago es generalmente por prestación (Maceira, 2007).

El uso intenso de los sistemas de capitación de fondos (o en el caso de los hospitales, los contratos globales) asociados con una sola fuente de financiación se combinan para ejercer un control eficiente de los costos globales. Esta es una de las fortalezas clave del sistema británico. Sin embargo, es inevitable que con el estricto control de costos sobrevengán difíciles decisiones sobre prioridades (listas de espera para operaciones, por ejemplo) (Pollitt, 2000).

4.2 España

Características del sistema

España se encuentra territorialmente organizada en 17 regiones altamente descentralizadas (Comunidades Autónomas, CA), con sus respectivos gobiernos y parlamentos. Su sistema de salud tiene tres componentes: público, seguridad social y privado, a través de seguros voluntarios.

A nivel central, el Ministro de Salud y Consumo asume responsabilidad por algunas áreas consideradas estratégicas del **sistema público** que incluyen: coordinación general y legislación sanitaria básica, definición de un paquete de servicios garantizado, política farmacéutica y política educativa. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), compuesto por representantes de las comunidades autónomas y el Estado promueve la Cohesión del sistema⁷.

Todas las Comunidades Autónomas presentan la misma configuración estructural, con dos subdivisiones territoriales: *Áreas de Salud* y *Zonas de Salud*. Las Áreas de Salud deben cubrir a una población no menor de 200.000 habitantes y no mayor de 250.000 y contienen a los Hospitales de Atención Especializada. Las Zonas de Salud, incluidas en las anteriores, son las unidades menores y se encuentran organizadas alrededor de un Centro de Atención Primaria cubriendo entre 5000 y 25000 habitantes. El médico generalista representa la puerta de entrada al sistema público.

En el componente de la **seguridad social** se encuentran las Asociaciones Mutuales, constituidas por personal del Estado. Son tres las Mutuales de funcionarios públicos, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cada una de ellas adscriptas al Ministerio al cual pertenece el personal. En septiembre de 2005 el número total de titulares y beneficiarios de las Mutuales se elevaba a 2.120.088 personas (Maceira, 2007).

Los **seguros privados** son complementarios, ya que las personas pueden estar cubiertas en el Sistema Nacional e igualmente adicionar este tipo de aseguramiento. Se encuentran altamente concentrados en las ciudades de mayor población. En 20 años, de 1985 a 2005, en España han pasado en este mercado de operar 221 entidades a hacerlo solamente 101. Este proceso de concentración se ha dado fundamentalmente de 1985 a 1995, como consecuencia de la búsqueda de economías de escala y competitividad por parte de las entidades de cara a operar en el Mercado

⁷ El Acta de Cohesión y Calidad adoptada en el año 2003 determinó que el mismo esté compuesto por el Ministro de Salud y Consumo y los ministros responsables de la salud en los niveles locales.

Único europeo. Fruto de ello puede verse cómo, en 2005, el 51,45% del volumen total de negocio del ramo es controlado únicamente por 3 compañías (Maceira, 2007).

En comparación con el resto de los países europeos, los seguros privados en España tienen centros de atención propios (integración vertical), tanto a través de infraestructura propia o mediante contratos de largo plazo con servicios de salud. De acuerdo con el Ministerio de Salud de España, el 7.9% de la población española había contratado en el año 2004 un seguro privado voluntario y un 3.8% lo había efectuado a través de la relación empleado - empleador, sumando entre ambas un 11.7% de la población. Si a ello se adiciona a los afiliados a los fondos mutuales, la población con seguro alcanza el 15% aproximadamente.

La población cubierta por el Sistema Nacional de Salud es prácticamente universal, 99.5%, lo cual asume un paquete razonablemente extendido de beneficios, independientemente del nivel de riqueza. El 0.5% restante consiste en población de trabajadores de altos ingresos no asalariados, los cuales que no se encuentran obligados a afiliarse al Sistema Nacional de Salud por Decreto Real 088/89. El Sistema Nacional de Salud ofrece un paquete universal que fue elaborado en 1995 por decreto real y extendido en el año 2003 por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El mismo, obligatorio también para las mutuales, incluye atención de salud primaria y especializada, medicamentos, ortopedia, productos dietéticos, transporte de paciente, servicios sociales y de salud pública, dejando la regulación de los beneficios de los paquetes a las comunidades autónomas (Del Llano, 2002).

Recursos financieros y gasto en salud

El financiamiento del sistema español se basa en fondos provenientes del sector público en un 71,2%, siendo ellos provenientes del gobierno central y regional. El sector privado, que aporta el 28,8% remanente lo hace a través de seguros privados (4,3%) y gastos de bolsillo (23,7%). El Sistema Público se financia prácticamente en su totalidad con impuestos nacionales (coparticipados a las comunidades autónomas), e impuestos directos recaudados por las Comunidades Autónomas. A ello se suma copagos y otras transferencias que efectúa el gobierno central a través de fondos de carácter redistributivo y con foco en la infraestructura del sistema (Durán, 2006).

El proceso de transferencia de los servicios de salud implicó que el nivel central de gobierno comenzara a coparticipar parte del Impuesto al Consumo y del Impuesto al ingreso de las Personas generados en esos territorios. Al tiempo que se les permitió a las mismas incrementar alícuotas de tributos directos que ya eran recaudados regionalmente. A ello se suman otras transferencias desde el nivel central a través principalmente de dos fondos: (i) el Fondo de Compensación Interterritorial: diseñado con el objeto de financiar proyectos de inversión que compensen desigualdades regionales en términos de infraestructura sanitaria, y (ii) el Fondo de Cohesión Sanitaria: para garantizar equidad en el acceso a los servicios de salud a aquellas personas que se atienden en regiones fuera de su área de residencia y extranjeros.

Las Mutuales se financian en un 70% a través de transferencias del Estado obtenidas a través de la recaudación impositiva y el 30% restante con aportes de los empleados. Generalmente los miembros pueden optar por ser cubiertos a través del Sistema Nacional de Salud, con lo cual la mutual le paga por cápita directamente al Sistema de Salud; o por el sistema privado, en cuyo caso la mutual establece convenios con aseguradoras privadas a través también de pagos por cápita. Esto implica, por una lado, que las mutuales transfieren el riesgo al Sistema Nacional de Salud o a las aseguradoras privadas, y además que existe un subsidio cruzado, ya que el Estado financia el seguro privado del mutualista.

Mecanismos de Pago

Los mecanismos de pago difieren entre los diversos servicios de salud. Los Centros de Atención Primaria reciben fondos por *capitas*, con diferencias entre profesionales. Por ejemplo, los médicos de los Centros de Atención Primaria cobran por salario el 85% y por *cápitales* el 15% restante. El resto del personal de la salud que trabajan en atención primaria (enfermeros, y demás trabajadores de la salud) son asalariados. Las CA pueden incorporar adicionales a los salarios del personal, hecho que ha traducido en importantes diferenciales de remuneraciones entre comunidades autónomas.

Un aspecto que resulta importante destacar es que todas las negociaciones laborales son efectuadas con la autoridad sanitaria regional y los managers de los centros asistenciales tienen por lo tanto muy baja capacidad de negociación para incorporar incentivos salariales. Esto hace que una política más flexible de recursos humanos se vea dificultada y limite a los managers en sus intentos por estimular al personal a través del cumplimiento de objetivos específicos. (Hidalgo, 2005).

Los Hospitales Públicos Especializados, por su parte, reciben ingresos a través de un presupuesto general, mientras que los Hospitales Privados reciben fondos por prestación.

4.3 Costa Rica

Características del sistema

El sistema de salud de Costa Rica es uno de los más eficientes de la región, si se tienen en cuenta los indicadores de salud favorables que presenta la población y el nivel de gasto per *cápita*, más bajo que el de países con indicadores de salud semejantes. Gran parte de estos logros encuentran su origen en la cobertura del primer nivel de atención, a la cual tienen acceso prácticamente todos los habitantes del país.

El sistema de salud costarricense está integrado por las siguientes instituciones: el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y la Universidad de Costa Rica. Luego de la reforma llevada a cabo en el sistema en 1994, el MS se constituyó como el organismo rector del sistema, cumpliendo con las funciones de atención preventiva, dirección, conducción y regulación. Este posee una estructura descentralizada: 6 direcciones centrales, 9 regiones sanitarias y 80 áreas de salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se financia como un seguro de pago obligatorio para los trabajadores activos (asalariados e independientes) y los pensionados; y cubre igualmente a todas las personas que viven bajo el nivel de pobreza, en cuyo caso el pago de la prima corre por cuenta del Estado. Con este seguro tienen acceso a las prestaciones el asegurado directo y sus familiares dependientes. Las personas que no están aseguradas y que no viven bajo el nivel de pobreza tienen acceso a los servicios de salud pero deben pagar el costo de las prestaciones que reciben.

Las prestaciones de salud son otorgadas principalmente por centros de salud pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), aunque para la atención primaria alrededor de un 12% de la población es atendida por entidades privadas sin fines de lucro contratadas con ese fin por la CCSS. Por otra parte, en algunas empresas existen médicos de empresa (financiados por la empresa misma) que realizan atención primaria entre los trabajadores y sus familias y que pueden

referir a los usuarios a los otros servicios de la CCSS (exámenes de diagnóstico, entrega de medicamentos, consulta especializada).

La organización de la CCSS se encuentra descentralizada, estructurada en tres niveles: (i) central, en el cual se establecen las políticas institucionales, (ii) 7 direcciones regionales, quienes son responsables de organizar la prestación de los servicios médicos, y (iii) 113 áreas locales de salud donde efectivamente se realizan las prestaciones.

A su vez, la prestación de servicios de salud de la CCSS se organiza en tres grandes redes que integran los servicios de primer, segundo y tercer niveles de atención

Para ello, la CCSS cuenta con una red propia de hospitales, clínicas y Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), aunque también contrata prestadores privados para llevar a cabo algunos programas. Estos contratos se basan en la compra directa de las prestaciones y en el programa médico de empresa, mediante el cual se transfirieren recursos por las prestaciones y compra de medicamentos por la contratación de las empresas para la atención de sus trabajadores.

El **primer nivel** está conformado por los EBAIS se encuentran en cada centro comunal, y están coordinados por la clínica de la región, la cual brinda apoyo de su personal médico especializado. Actualmente existen 857 EBAIS en todo el país, y complementariamente se establecieron 1800 consultorios de visita periódica, para zonas muy alejadas y poco pobladas, donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud.

En el **segundo nivel** de atención la CCSS cuenta con 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Por último, en el tercer nivel de atención se encuentran 6 hospitales especializados y 3 hospitales generales de concentración nacional y alta especialización. Cada hospital general es responsable de atender a la población de su área determinada, y a los pacientes derivados de los establecimientos de salud para operaciones complejas.

La CCSS no posee un paquete bien definido de prestaciones, sino que lleva a cabo programas orientados a distintas poblaciones objetivo, como embarazadas, niños de hasta cinco años y ancianos. Desde 1995 es responsable de algunas prestaciones de atención primaria, como vacunación (anteriormente llevadas a cabo por el MS) (Maceira, 2007).

Otro de los organismos importantes es el Instituto Nacional de Seguros (INS). Este actúa como un monopolio privado, responsable de la gestión de los seguros comerciales, los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y de riesgos de trabajo. En la práctica, se observan mecanismos de selección adversa al excluir del seguro a pacientes con determinadas enfermedades preexistentes (agravado por la ausencia de un marco regulatorio), logrando una estructura de riesgo favorable. En algunos casos, debe proveer servicios de rehabilitación, los cuales contrata a la CCSS.

Por otro último, la Universidad de Costa Rica es la responsable de la provisión de algunos servicios de atención primaria, que son financiados por la CCSS.

En el ámbito de las prestaciones existe una importante relación entre el sector público y el privado. Este último concentra las prestaciones ambulatorias, atenciones de apoyo en salud y aparatos terapéuticos específicos; mientras que el sector público ofrece la atención hospitalaria, debido a que posee la propiedad de la mayoría de los hospitales y centros de alta complejidad del país.

La oferta de servicios de primer nivel de atención ha experimentado en Costa Rica una gran evolución en los últimos 15 años. No obstante, no puede decirse todavía que el nuevo modelo de

atención se encuentre plenamente implementado. El principal síntoma de estas deficiencias del primer nivel de atención es el congestionamiento de los servicios de segundo nivel (consulta especializada) y de los servicios de urgencias de los hospitales nacionales y especializados, así como algunas deficiencias en el acceso de poblaciones específicas a los servicios de atención integral a la salud. Pueden encontrarse varias causas, pero en términos generales puede afirmarse que la mayor parte de ellas se relaciona con el hecho de que el sistema no termina de organizarse en red (Rodríguez Herrera, 2008).

Una de las causas es la competencia por recursos en el área metropolitana entre la atención de primer nivel y la atención de segundo nivel. La implementación del nuevo modelo de atención integral a la salud comenzó en la zona rural y las cabeceras de provincia, donde el acceso a los servicios de salud era más limitado, y solo más tarde se empezó a implementar en el área metropolitana. Limitaciones de recursos humanos e infraestructura impidieron que el nuevo modelo de atención se pudiera implementar allí según lo planeado. Cuando la CCSS debió asumir los servicios de atención directa que hasta ese momento brindaba el Ministerio de Salud, las Clínicas Metropolitanas que en su origen fueron planeadas y diseñadas para atender morbilidad y brindar atención especializada, debieron asumir la atención integral a la salud de las personas, además de mantener los servicios de atención especializada. Sin embargo, varias de las Clínicas Metropolitanas, a pesar de haber tenido que desarrollar funciones propias de un Área de Salud, no recibieron el contingente de equipos básicos de atención integral que les permitieran extender sus funciones efectivas hacia la atención integral de salud (Rodríguez Herrera, 2008).

Por otro lado, el sistema de referencias y contrarreferencias también tiene sus debilidades, ya que los límites a las referencias no siempre son respetados. Ningún usuario debería tener acceso a los servicios especializados de segundo nivel si no va referido por un médico general del primer nivel de atención; y los médicos generales no deberían referir pacientes a menos que lo hayan decidido en conjunto con el coordinador de su Área de Salud y con el médico especialista que corresponda. A pesar de los esfuerzos por mejorar el sistema de referencias y contrarreferencias, una parte significativa de las referencias no se justifican y contribuyen al abarrotamiento de los servicios especializados, con un elevado costo tanto para el sistema de salud como para el usuario (Rodríguez Herrera, 2008).

Recursos financieros y gasto en salud

La CCSS se financia a través de una combinación de recursos transferidos por el Estado por las prestaciones de determinados servicios y las primas pagadas por los asegurados. Estas constituyen un 5.5% del salario aportado por los trabajadores, un 9.25% de cargas patronales, y un 0.25% aportado por el Estado. Los trabajadores independientes y voluntarios aportan un 4.75% y 4.6% respectivamente, mientras que el Estado realiza un pago de un 5.75% por cada uno de ellos. Además, obtiene recursos de las personas bajo el esquema de pensiones (5%) y del Estado (0.25%). Es necesario destacar la ausencia de los aportes del Estado, sobretudo en lo que respecta a la población pobre. La CCSS cuenta con una fuente alternativa de ingresos proveniente de la venta de lotería y las prestaciones brindadas a la población no asegurada. Este organismo posee el mayor presupuesto dentro de los organismos públicos, siendo sus gastos principales los de atención primaria, ambulatoria y medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Al asumir el Estado la función de empleador en el caso de asegurados voluntarios e independientes, se genera una situación de inequidad dentro del sistema, debido a que tales aportes se llevan a cabo con independencia del ingreso de los asegurados. Existen subsidios

cruzados entre la INS y la CCSS, ya que esta última provee los servicios médicos a los pacientes afiliados al seguro por accidentes de tránsito contratados al INS.

El gasto privado presenta una importante participación en la financiación de la salud (38% del gasto total en 1998), concentrado principalmente en rubros como medicamentos y odontología. Los gastos en seguros privados o medicinas prepagas han aumentado en los últimos años, aunque su participación es todavía poco significativa dentro del total. Ello se debe al rol importante del seguro social, lo cual reduce el tamaño potencial del mercado de los seguros privados. Los pagos de bolsillo no estarían asociados con el financiamiento de enfermedades catastróficas, debido a que los pacientes pueden obtener los servicios ofrecidos por el Seguro Social.

Mecanismos de pagos

El Tesoro Nacional es el responsable de la administración de los recursos (impuestos generales y contribuciones). La distribución al MS y a la CCSS se realiza mediante un Modelo de Atención. El MS y la Universidad de Costa Rica reciben un presupuesto fijo, mientras que el INS y el ICAA se financian casi exclusivamente con la venta de sus propios servicios.

El pago a los hospitales se realiza mediante presupuesto por partidas (generalmente histórico), incluidos ciertos mecanismos de incentivos establecidos en los compromisos de Gestión de las Unidades Productoras. En cambio, en los programas de atención ambulatoria se establecen dos programas: (i) Medicina Mixta, por el cual los pacientes pagan los honorarios del profesional y la CCSS otorga los medicamentos, y (ii) Medicina de Empresas, siendo la empresa quien paga los honorarios y la CCSS brinda los fármacos. Por último, los servicios de atención primaria se pagan a través de una cápita.

4.4 Canadá

Características del sistema

Canadá tiene un sistema de gobierno federal, con poderes distribuidos entre el gobierno central de Ottawa, las 10 provincias y los 3 territorios. La Constitución de 1982 asigna la responsabilidad de la mayor parte de la cobertura de salud a las provincias. De ahí que existan, en la práctica, 12 sistemas de salud entrelazados, correspondientes a 10 provincias y dos territorios (Yukón y Noroeste), más uno bajo jurisdicción federal. Las provincias tienen la responsabilidad primordial de administrar, organizar y ofrecer los servicios y de financiar y regular las actividades de los profesionales de la salud, mientras que el gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema, y tiene responsabilidad directa por las poblaciones aborígenes, las fuerzas armadas, y los miembros del Parlamento. En otras palabras, el rol del gobierno central es aportar fondos para que las provincias cumplan con su obligación constitucional. Se encuentra prohibido ofrecer contratos de cobertura privada por estos servicios.

La legislación federal ha sido diseñada con el fin de garantizar que todos los residentes del país tengan acceso a la atención médica que necesiten mediante un sistema de seguro de salud financiado por impuestos. Independientemente de su ingreso o capacidad de pago, todo residente puede, en principio, recibir servicios médicos y de hospitalización, además de los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y dentales.

El sistema se sostiene en los médicos de atención primaria (médicos de familia y generalistas), que representan 60% de los médicos en actividad. Ellos son los puntos de contacto inicial con el

sistema de atención de salud oficial y controlan el acceso a los especialistas, prestadores paramédicos, el ingreso a hospitales, las pruebas de diagnóstico y la prescripción de medicamentos.

La tarjeta de seguro médico se expide a todo residente, según requisitos en cada provincia; no hay pago directo por servicios del hospital ni del médico; tampoco hay pagos deducibles, ni límites para la cobertura.

Existen servicios médicos suplementarios que se prestan mediante financiación privada; con arreglo a las leyes provinciales. Los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la de los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias. Puesto que las autoridades federales, provinciales y territoriales comparten la responsabilidad de la atención sanitaria, incluida la provisión de agua potable, el tratamiento de aguas residuales, la vigilancia de enfermedades transmisibles y la educación para la salud, se ha establecido una estructura que permite la consulta y la cooperación entre ellas. Esta estructura comprende la Conferencia de Ministros de Salud, la Conferencia de Viceministros de Salud, diversos comités de asesoramiento federales, provinciales y territoriales y numerosos subcomités y grupos de trabajo. (Politi, 2004)

Los hospitales, y en particular los que prestan atención a enfermos con afecciones agudas, son públicos en tanto que dependen de contratos con el Estado y que sus administradores responden parcialmente al Ministerio de Salud. Sin embargo, los hospitales, por su origen, son en realidad corporaciones privadas sin fines de lucro cuyos directores son administradores profesionales que responden ante una junta directiva con representantes de la comunidad. Cada hospital recibe de la provincia una asignación anual de fondos en forma de un paquete global basado en sus gastos previos.

La ley canadiense no ha explicitado qué cobertura corresponde a una variedad de servicios de salud, que precisamente han ido expandiéndose en los últimos años (por ejemplo, medicamentos ambulatorios, cuidados domiciliarios, odontología y óptica, entre otros). En estas áreas, la cobertura pública varía de provincia en provincia, y es posible contratar seguros privados.

La mitad del gasto en medicamentos ambulatorios por prescripción es solventada privadamente, sea como gasto de bolsillo de los pacientes o a través de seguros de cobertura privados. Todas las provincias ofrecen planes de cobertura o descuento por medicamentos para los ancianos, individuos que reciben asistencia social estatal, y diversos tipos de situaciones con necesidades especiales. Estos planes no son uniformes.

Recursos financieros y gasto en salud

El financiamiento de la salud canadiense ha sufrido modificaciones en las últimas décadas. Inicialmente, entre los años 50 y 80, la participación federal era del 50%. Esto mientras el gasto público en salud crecía a un promedio anual de 2.5%. En los últimos años, este porcentaje se ha ido reduciendo hasta un 16% en la actualidad.

La distribución de los gastos en salud de Canadá revela que cerca de 95% de los que corresponden a médicos y hospitales se cubren con recursos del fisco. El sector público asume aproximadamente 75% del gasto total, puesto que la diferencia se financia con fondos directos del bolsillo de los individuos y de seguros privados. En los últimos años el gasto privado ha crecido más que el público y como resultado de ello la participación pública se ha reducido a 72%. En realidad, el sector público tiene el papel fundamental de financiar el seguro de salud, en tanto que el privado financia básicamente la mayor parte de los medicamentos, la atención dental y los lentes prescritos (Solórzano, 1997).

Asimismo, el sistema de salud y particularmente el sector hospitalario cuentan con la filantropía, la beneficencia y atención ofrecida en forma voluntaria. Por otro lado, el sistema fiscal compensa a las personas que se ven obligadas a gastar sumas importantes por razones de salud, a través de créditos por gastos médicos o créditos de impuestos para los discapacitados (Dubois et. al, 2000).

Dos problemas pusieron a prueba la solidez de los principios del sistema de salud canadiense: en primer lugar, la aparición de clínicas o grupos privados que se concentraban en actividades de alto rendimiento económico y bajo riesgo (cirugía de cataratas, resonancia magnética, densitometría ósea, y artroscopía). El segundo problema consiste en que algunas clínicas ofrecen servicios cubiertos y no cubiertos (privados), y dan prioridad a sus "clientes" de los servicios privados para ocupar los turnos de los servicios públicos.

A pesar de que el gobierno federal y los gobiernos provinciales financian el sistema de salud canadiense, la contención de costos es una preocupación constante, ya que factores como el uso creciente de tecnologías de alta complejidad, la atención hospitalaria y el tratamiento prolongado de las enfermedades crónicas y degenerativas contribuyen a aumentar los costos.

La progresiva reducción del presupuesto federal ha llevado a un uso más eficiente de los recursos y a la racionalización de la capacidad instalada. Asimismo, la relativa sencillez con que funciona el sistema ha permitido mantener bajos los costos administrativos. Además, se han ideado otras formas de atención, como los centros locales de atención comunitaria, la atención domiciliaria y en asilos para promover la autosuficiencia en la medida de lo posible, y el uso de personal voluntario, para controlar parcialmente el incremento de los costos (Solórzano, 1997)

Mecanismos de pago

Si bien el 70% de la salud en Canadá cuenta con financiamiento público (federal y provincial), casi la totalidad de los servicios son provistos por el sector privado. Los hospitales pertenecen a asociaciones sin fines de lucro y la mayor parte de los médicos sin una afiliación académica se dedica a la práctica privada, según la modalidad de "pago por prestación". Los médicos pueden optar por ejercer su profesión en el sistema público, o solamente en la medicina privada, retirándose de los sistemas provinciales/federales. En algunas provincias, sin embargo, se permite el desempeño en ambos sistemas.

Como el sistema de salud está basado en el concepto de un pagador único, que en el caso canadiense es el gobierno provincial (con el apoyo del federal), para cada procedimiento medicoquirúrgico se ha establecido una tarifa negociada por común acuerdo entre el gobierno y la asociación médica. Aproximadamente 95% de los médicos que trabajan en el sistema canadiense reciben un pago por sus servicios y el resto recibe su remuneración en forma de capacitación o de un salario. El establecimiento de tarifas fijas para los distintos servicios profesionales ha creado cierto descontento entre algunos médicos cuyo parámetro de referencia es el ingreso de sus colegas en Estados Unidos. Sin embargo, los médicos son los profesionales mejor pagados de Canadá (Solórzano, 1997).

Como resultado del descontento generado por el uso de un sistema de tarifas, se observa una tendencia entre los médicos a solicitar consultas y procedimientos medicoquirúrgicos injustificados con el fin de incrementar sus ingresos. Actualmente se están creando algunos sistemas para controlar los costos, entre ellos el pago de tarifas más bajas por servicios profesionales a médicos con ingresos anuales que superan cierta cantidad. Asimismo, para especialistas se han establecido

tarifas más bajas, equivalentes a las que cobra un médico general, en aquellos casos en que sus pacientes no han sido remitidos desde el nivel primario (Solórzano, 1997).

4.5 Reflexiones

Los modelos presentados han logrado esquemas de aseguramiento social con fuentes de financiamiento y estrategias de cobertura tuteladas por el sector público. Uno de los ejes de las reformas en los sistemas europeos, fue la descentralización, llevada a cabo a través de la transferencia de la responsabilidad de la organización y prestación del Estado Nacional hacia los gobiernos municipales y provinciales. Para ello, se transfirió la propiedad de la mayoría de los establecimientos sanitarios a esas unidades, y se promovió la creación de entidades de naturaleza pública para la gestión presupuestaria

Si bien la Argentina también experimentó un proceso de descentralización, no se lograron implementar mecanismos de coordinación entre municipios y provincias, desaprovechando los potenciales beneficios de escala, y conduciendo a una ineficiencia asignativa en el sistema.

En este aspecto, cabe destacar el sentido y el origen de la descentralización en Argentina, que marca una diferencia relevante respecto de los casos analizados. Países como España avanzaron hacia la descentralización a partir de la delegación de poder desde el nivel central hacia las unidades administrativas locales, sosteniendo algunas de las funciones a nivel central (como la regulación). En cambio, en la Argentina, la descentralización se configura a partir de la delegación de las provincias al gobierno central de algunas potestades, reteniendo otras, como es el caso de la regulación de los sectores sanitarios provinciales. Esto deriva en un nivel nacional con debilidades propias producto de una descentralización en estos términos.

En todos los casos internacionales presentados, el Ministerio de Salud Nacional es el organismo regulador, que diseña el marco general en el que se desarrollan los contratos entre las instituciones. En Argentina, este organismo tiene un débil rol de rectoría. Asimismo los Ministerios de Salud provinciales tampoco logran articular los subsistemas público, de la seguridad social y privado.

Los países analizados presentan sistemas coordinados en cuanto a provisión y financiamiento. El caso más relevante es el de Costa Rica que logró coordinar las acciones del Ministerio de Salud con una institución de aseguramiento social (CCSS). Por el contrario, la segmentación del sistema argentino se aleja de un seguro universal (cobertura para toda la población), se segmentan los fondos disponibles para financiar las necesidades de salud, conduciendo a esquemas asociados con capacidad de pago (selección de riesgo), paquetes de servicios diferenciales, y estructuras deficientes para afrontar gastos catastróficos en salud.

Por último, las reformas en torno a los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención son aspectos relevantes respecto de la coordinación de un sistema. El desarrollo de los EBAIS en Costa Rica o el acceso al sistema de salud a través de los médicos generalistas, son estrategias que no sólo contienen los costos sino que también mejoran los resultados de salud fortaleciendo la promoción y la prevención de enfermedades.

Garantizada la cobertura universal, todos estos modelos se están enfrentando al desafío de proveer de manera eficiente y equitativa servicios de alta calidad a costos accesibles. Este fenómeno es producto, por un lado, del gran avance tecnológico en el área sanitaria, y de los cambios demográficos de su población, la cual tiende a envejecer, y por lo tanto, a presionar sobre la oferta de servicios de salud.

Por último, si bien los sistemas de salud analizados presentan distintas estructuras organizativas, todos están basados en el principio de equidad y en la idea de que el mercado no puede resolver los problemas de información asimétrica y las externalidades del sector. En general, la intervención pública es muy significativa en la provisión, organización y financiamiento de los servicios de salud. Esto marca una clara diferencia respecto de la Argentina, donde el sector privado y de la seguridad social tienen un papel destacado, no sólo en la provisión, sino también en el financiamiento, muchas veces saldando el vacío que deja el Estado, sujeto a altas ineficiencias y limitaciones presupuestarias.

Conclusiones

Dada la problemática estructural del sistema de salud argentino, su extrema fragmentación y segmentación que impide el aseguramiento y la provisión de un paquete homogéneo de servicios a toda la población. El objetivo de esta breve sección es resaltar los aspectos más importantes, que se desprenden de las experiencias presentadas, para la construcción de un sistema de salud más coordinado.

La experiencia de los casos internacionales comprueba que alcanzar un sistema de salud más coordinado no sólo es posible, sino que también genera resultados de salud favorables, mejorando el acceso a la salud de sus poblaciones.

En este marco, y considerando la característica federal y descentralizada del sistema argentino, el primer aspecto a destacar es el rol de rectoría que debe adquirir el Estado nacional a través de su Ministerio de Salud, respecto de la coordinación de las estrategias provinciales de salud, para disminuir las brechas de inequidad interprovinciales.

Paralelamente, es importante considerar el rol que deben asumir las autoridades provinciales en el liderazgo de iniciativas que avancen tanto en la coordinación al interior del subsector público, como también con los subsistemas privados y de la seguridad social, progresivamente. En este contexto, las obras sociales provinciales cobran preponderancia, en la medida que suelen ser los grandes financiadores de los sistemas provinciales, y que además cuentan con direcciones políticas y técnicas generalmente alineadas con el subsector público de cada jurisdicción.

Asimismo, las experiencias nacionales evidencian la necesidad de hacer partícipe a los distintos sectores/ actores del sector salud en el diseño de las estrategias de integración, con el objetivo de facilitar la implementación de la reforma. Si bien se reconoce la complejidad del sector por la diversidad de participantes e intereses involucrados, la evidencia muestra mayores avances en los casos donde el proceso de reforma se fue consolidando a través de acuerdos parciales y progresivos pero con objetivos y metas claras.

Complementariamente, la necesidad de profundizar los vínculos entre los técnicos que operan en el sector salud y los tomadores de decisiones es un aspecto a considerar para generar reformas basadas en evidencia y que permitan sustentabilidad en el tiempo.

Finalmente, contar con marcos normativos debatidos en los ámbitos legislativos que apoyen los procesos de reforma, si bien no garantizan su efectiva implementación, otorgan mayor legitimidad a las decisiones.

Anexo

Sistemas comparados: Argentina, Reino Unido, España, Costa Rica y Canadá

	Argentina	Reino Unido	España	Costa Rica	Canadá
Habitantes	39.134.000	60.512.000	43.887.000	4.399.000	32.577.000
Superficie	2.791.810 km2	244.820 km2	504.782 km2	51.100 km2	9.976.140 km2
Años de vida perdidos por enfermedades no transmisibles (%)	66	82	81	57	80
Años de vida perdidos por enfermedades infecciosas (%)	18	10	6	22	6
Esperanza de vida al nacer (H/M en años)	72/78	77/81	78/84	76/80	70/74
Tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)	16	6	4	11	6
Gasto en salud como % del PBI	10.1	8.4	8.1	7	10
Cobertura	Universal	Universal	Universal	Universal	Universal

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

	Argentina	Reino Unido	España	Costa Rica	Canadá
Sector Público	Si bien es universal, la población objetivo es el 34% que no posee seguro social ni prepaga. Posee una red de servicios ambulatorios y de internación propios administrados por las 24 jurisdicciones. Posee un paquete indefinido de prestaciones.	La estructura y el funcionamiento del National Health Service se financia con rentas generales, lo que le da carácter de universal.	El 99,5% de la población está cubierta por el Sistema de Nacional de Salud. Posee un paquete extendido de servicios independientemente del nivel de riqueza.	La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se financia como un seguro de pago obligatorio para los trabajadores activos y los pensionados; y cubre igualmente a todas las personas que viven bajo el nivel de pobreza, en cuyo caso el pago de la prima corre por cuenta del Estado.	Todos los residentes del país tienen acceso a la atención médica mediante un sistema de seguro de salud financiado por impuestos. Independientemente de su ingreso o capacidad de pago, todo residente puede recibir servicios médicos.
Sector de Seguridad Social	Alta fragmentación. Compuesto por 24 obras sociales provinciales independientes. Más de 250 obras sociales nacionales o sindicales bajo la órbita de Superintendencia de Servicios de Salud y el PAMI (jubilados y pensionados). El 56% de la población cuenta con alguno de estos mecanismos de seguro social.	No posee	Compuesto por 3 Asociaciones Mutuales, constituidas por personal del Estado.	No posee	
Financiamiento	Las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, pero también impuestos nacionales, provinciales y municipales. Estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el sector de la seguridad social y el público. Aproximadamente 36% del gasto de bolsillo	El NHS se financia con impuestos generales (76%), contribuciones del estado nacional (19%) y gasto de los usuarios (5%).	El 71,2% de los fondos provienen del sector público. El sector privado aporta el 28,8% a través de seguros privados (4,3%) y gastos de bolsillo (23,7%). El Sistema Público se financia casi en su totalidad con impuestos nacionales (coparticipados a las Comunidades Autónomas), e impuestos directos recaudados por las Comunidades Autónomas.	La CCSS se financia a través de una combinación de recursos transferidos por el Estado por las prestaciones de determinados servicios y las primas pagadas por los asegurados. Además cuenta con una fuente alternativa de ingresos proveniente de la venta de lotería y las prestaciones brindadas a la población no asegurada.	El sector público asume aproximadamente 75% del gasto total. La diferencia se financia con fondos directos del bolsillo de los individuos y de seguros privados.

Fuente: Elaboración propia.

Bibliografía

Barragán, Horacio Luis et ál: *Fundamentos de la Salud Pública*, Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), La Plata, 2007.

Báscolo, Ernesto: "Los seguros públicos de salud como estrategia de reforma del sector público en la Argentina", en *Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto*, Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario, 2004.

Belmartino, Susana: *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo XXI Editores, Argentina, 2005.

Cetrángolo, Oscar: "Introducción al gasto provincial en salud y los seguros provinciales de salud", en Báscolo, Ernesto (comp.): *Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto*, Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario, 2004.

Del Llano J, Martinez-Cantarero JF, Raigada F. (2002). "Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles". *Gaceta*

Dubois, Alejandro; Dussault, Gilles y Framarin, Alicia: "Canadá", en Ramos, Silvina y Vinocur, Pablo (comp.): *Sistemas de Salud y Reformas: diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado*, FLACSO-CEDES, Buenos Aires, 2000.

Durán A., Lara, J. L. y van Waveren, M. (2006). "European Observatory on Health Systems and Policies".

Rodríguez Herrera, Adolfo y Bustelo, Celeste: "Costa Rica: modelos alternativos del primer nivel de atención en salud", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 202*, Unidad de Estudios del Desarrollo División de Desarrollo Económico, CEPAL, Santiago de Chile, 2008.

Hidalgo, M. J. y Matas, V. (2005). "Estudio comparativo del salario del médico en España". Granada, Sindicato Médico de Granada".

Huber, Ramiro: "Implementación del Seguro de Salud en la provincia de Santa Fe", en Báscolo, Ernesto (comp.): *Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto*, Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario, 2004.

Ibern, Pere y García-Goñi, Manuel: "Sistemas de pago a proveedores de servicios de salud: modelos y experiencias internacionales", en *Serie de Documentos de Trabajo N° 4*, Departamento de Planeamiento Institucional, Fondo Nacional de Salud (FONASA), Santiago de Chile, 2008.

Katz, Jorge et ál: *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993.

Maceira, Daniel: *Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe. Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID)*, Edición Especial 3, Buenos Aires, 2001.

Maceira, Daniel: "Seguros Sociales de Salud en el Cono sur: Experiencias y Desafíos", *Documento de Trabajo*, CEDES, Buenos Aires, 2003.

Maceira, Daniel: "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", en Vargas de Flood, María Cristina: *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*, Editorial La Colmena, Buenos Aires, 2006.

Maceira, Daniel: "Actores y reformas en salud en América Latina", *Nota Técnica de Saúde N°1/2007*, Banco Interamericano de Desarrollo, Buenos Aires, 2007.

Maceira, Daniel: "Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa", *Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector*, EUROsocial, IRD, Buenos Aires, 2007.

Maceira, Daniel: "Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina", *Documento de Trabajo N° 23*, CIPPEC, Buenos Aires, mayo de 2009.

Maceira, Daniel y Cicconi, Valeria: "Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad", *Documento de Trabajo*, CEDES, Buenos Aires, 2003.

Médici, André: "Seguros públicos de salud en América Latina: ¿Cuáles son las perspectivas?", en Báscolo, Ernesto (comp.): *Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto*, Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario, 2004.

Mera, Jorge: "Políticas y Sistema de Salud en Argentina", en *Los servicios de salud en Argentina*, Fundación Universitaria Hernandarias, Buenos Aires, 1994.

Nacional Health Service. <http://www.nhs.uk/England/Default.aspx>

Neri, Aldo: "La salud en democracia. El desafío de la universalización", en Maceira, Daniel (comp.): *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo*, CIPPEC, Buenos Aires, 2008.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (2003). *Gasto y financiamiento de la Salud en Costa Rica: Situación Actual, tendencias y retos*".

Pollitt, Adrián: "El Caso de Inglaterra", en Ramos, Silvina y Vinocur, Pablo (comp.): *Sistemas de Salud y Reformas: diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado*, FLACSO-CEDES, Buenos Aires, 2000.

Politi, Pedro: "Salud Canadiense: Sistema nacional de salud en Canadá, con énfasis en los programas de cáncer", *Web Equipo Interdisciplinario de Oncología*, 2004. Disponible en Internet en: www.cancerteam.com.ar

Programa de Seguro Público de Salud: *Informe de Gestión Diciembre de 2005*, Unidad Ejecutora Provincial, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, 2005.

Repetto, Fabián: "Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino", *Documento N° 55*, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia, Argentina, 2001.

Sánchez de León, Adolfo: "La función de compra de servicios de salud en el marco del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires", en Báscolo, Ernesto (comp.): *Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto*, Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario, 2004.

Sánchez de León, Adolfo: "El Seguro Público de Salud en la provincia de Buenos Aires. Estrategia de gestión y construcción de consensos", en Maceira, Daniel (comp.): *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo*, CIPPEC, Buenos Aires, 2008.

Solórzano, Francisco: "El sistema de salud del Canadá y su financiamiento", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 1, N° 3, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, marzo 1997.

Villca, Víctor Hugo; Pose, Hernán: "Hacia la restauración de un nuevo equilibrio sistémico en la configuración de las políticas de salud. El caso de Río Negro", *6to Congreso Nacional de Ciencia Política*, Sociedad Argentina de Análisis Político, Rosario, 5 al 8 de noviembre de 2003.

Zerda, Álvaro et ál: *Sistemas de Seguros de Salud y Acceso a los Medicamentos*, Programa de Acción de Medicamentos Esenciales, Organización Mundial de la Salud (OMS), Argentina, 2001.

Acerca de los autores

Daniel Maceira: director del Programa de Salud de CIPPEC. Es Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA); Ph.D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras.

Cintia Cejas: coordinadora del Programa de Salud. Lic. en Ciencias Políticas con orientación en Procesos Políticos, Universidad Católica Argentina. Maestría en Ciencias Sociales y Salud, (CEDES-FLACSO), tesis en curso.

Sofía Olaviaga: coordinadora del Programa de Salud. Lic. en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires. Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO), tesis en curso.

Si desea citar este documento: Maceira, Daniel; Cejas, Cintia y Olaviaga, Sofía: “Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino”, *Documento de Trabajo N°49*, CIPPEC, Buenos Aires, agosto de 2010.

Las **publicaciones de CIPPEC** son de distribución gratuita y se encuentran disponibles en www.cippec.org. No está permitida su comercialización.

La opinión de los autores no refleja necesariamente la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.

Acerca de CIPPEC

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Fortalecimiento de las Instituciones y Gestión Pública**, a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Inserción Internacional, Justicia, Transparencia, Desarrollo Local, y Política y Gestión de Gobierno.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo brindado por Alliance for Health Policy and Systems Research, Organización Mundial de la Salud.

