

Diseño Institucional y Desempeño de los Sistemas de Salud

Ramiro Guerrero, MS.

rguerrero@proesa.org.co

Director del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA

El propósito del presente artículo es enmarcar las discusiones sobre los sistemas de salud en el mundo, presentadas en los siguientes artículos del boletín, con unas definiciones preliminares y sin la pretensión de ser exhaustivos. Es pertinente empezar con una definición para saber de qué estamos hablando cuando nos referimos a los sistemas de salud. Una definición muy común es la de la Organización Mundial de la Salud: Un sistema de salud “Es el conjunto de instituciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar y mantener la salud”.

Cabe resaltar la palabra intención porque los sistemas de salud se definen por sus fines y no por los medios. Esta es una definición que incluye, pero no se limita, al gobierno o al Estado, y considera acciones preventivas y no sólo curativas.

Ilustración 1. Medios y Fines de los Sistemas de Salud



Como lo describe la ilustración 1, son tres los objetivos finales de todo sistema de salud:

1. Mejorar el estado de salud de la población: ¿cómo se mejora? Primero, hay una serie de factores ambientales y socioeconómicos que afectan el estado de salud de la población que son los determinantes sociales. Hay provisión de servicios de todo tipo preventivo-curativos que contribuyen al cumplimiento de los objetivos finales. Y hay una serie de “factores de producción” que concurren a la producción de servicios, y que son, naturalmente, el talento humano, la infraestructura, los medicamentos y demás.
2. Buena calidad en el trato: satisfacción del usuario.
3. Proteger el ingreso de las personas ante las consecuencias de eventos adversos en salud: es

el común denominador detrás del concepto de protección y seguridad social, y es quizá un objetivo subordinado al principal (objetivo 1).

El objetivo no sólo es mejorar el estado de salud promedio de toda la población, sino que es necesario disminuir las brechas entre grupos, es decir, mejorar la distribución. Por eso, es fundamental el concepto de equidad.

Ilustración 2. Tablero de Control del Sistema de Salud



Fuente: Adaptado de Roberts et al. “Getting Health Reform Right”

Una vez definidos los fines, hay muchas maneras de organizar un sistema de salud. La ilustración 2, conceptualiza el sistema de salud como un tablero de control. Para lograr los objetivos hay que obrar sobre varias dimensiones que se exponen a continuación:

Financiamiento: hace referencia a cuánto dinero hay disponible en el sistema, qué cantidad de recursos públicos se movilizan para el cumplimiento de los objetivos del sistema, quién los aporta, cómo los aporta (a través de contribuciones a la nómina, a través de impuestos directos o indirectos), cómo se asignan (a la prevención, a la curación, al entrenamiento, a la infraestructura), y cómo se racionan (no hay sistema de salud en el mundo donde los recursos disponibles alcancen para prestar todos los servicios que existen o todos los que tecnológicamente serían posibles. En todas partes hay racionamiento, bien sea explícito o implícito, para atender con recursos limitados unas necesidades en salud que los superan).



Ramiro Guerrero, Director de PROESA.

Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

Organización de la prestación: cómo se organiza la prestación (si hay un monopolio público o hay competencia en la prestación, si hay descentralización o centralización en lo que tiene que ver con la red pública, qué tan funcional es la integración entre los niveles de atención), la propiedad de las instituciones (hospitales y aseguradoras, si son públicos, privados o sin fines de lucro).

Modalidades de pago: cómo se paga a los prestadores del servicio en el sistema. Hay toda una línea continua que va desde la capitación hasta el pago por evento, que distribuye de manera diferente el riesgo financiero entre el prestador y el pagador. La forma como se le paga a los prestadores es absolutamente fundamental para los resultados en salud y para la dinámica financiera agregada del sistema.

¿Qué tan público y qué tan privado es un sistema?

La función de rectoría del sistema posiblemente es una responsabilidad indelegable del Estado. La función de regulación también recae primordialmente en el Estado. Es deseable que el Estado se involucre fuertemente en la financiación del sistema y de los servicios. En cuanto a la prestación, tiende a haber participación del Estado, pero con una mayor cabida para la prestación privada, incluso en países de “medicina socializada”.

¿Qué opciones institucionales hay?

Sistema privado puro - el no sistema: Si el Estado no participa, cada usuario debe suplir sus propias necesidades por su cuenta, lo cual, es evidentemente, inequitativo porque el acceso depende en ese caso, exclusivamente, de la capacidad de pago. En ese

contexto, la gente paga en función de su utilización esperada. Entonces, sin ninguna regulación, los adultos mayores pagan primas de seguro que son 4, 5 o 7 veces más que aquellas de los jóvenes porque tienen una utilización esperada mayor. Ante esas primas, ningún joven se afilia, entonces se segmenta el mercado del aseguramiento. Esa disfuncionalidad del mercado de los seguros la describió Stiglitz al final de los años 70, lo cual le mereció el premio Nobel de Economía años después.

Sistema con financiación y regulación pública: sistema en el que hay múltiples pagadores y opción de elegir, como tenemos en Colombia; o con un solo pagador. La comparación entre los dos sistemas se encuentra en la tabla 1.

En un sistema con un único pagador existe una mayor eficiencia en el recaudo, no hay tanta preocupación por la afiliación y la derecho-habencia de las personas puesto que todo el mundo está cubierto. Por otro lado, en los sistemas donde los usuarios tienen que afiliarse, la gente es mucho más consciente de que tiene derechos y, por lo tanto, hacen el reclamo efectivo de los servicios. Cuando hay un único pagador los problemas asociados a la selección adversa vinculados a la segmentación del riesgo se resuelven más fácilmente, cuando hay múltiples pagadores hay algunos mecanismos que permiten lidiar con el potencial problema de la selección adversa y la selección de riesgos. En principio hay poder de negociación en ambos.

Cuando hay monopolio no hay ningún incentivo para complacer al usuario, mientras que cuando el afiliado se mueve, de un lado a otro, no hay muchos incentivos para invertir en la prevención a largo plazo.

Tabla 1. Único pagador Vs. Múltiple

Único	Múltiples
Potencialmente puede lograr mayor eficiencia en el recaudo	Pueden recaudar mejor cuando la administración tributaria es débil
No tienen que preocuparse tanto por afiliación y derecho habiencia	La gente es más consciente de su derecho habiencia
Pool de riesgo único; se evitan la selección adversa y la selección de riesgos	Hay mecanismos (imperfectos) para contrarrestar la selección adversa de riesgos
Gran poder de negociación con prestadores y proveedores	Compra selectiva de servicios en función de preferencias de los usuarios y calidad
Ningún incentivo para complacer al usuario (éste no tiene opción)	Orientación al usuario, pero poco incentivo a la prevención
Mayor control del presupuesto y de los servicios que se ofertan	Menor control central de la oferta de servicios; más innovación
Mayor riesgo de politización	Menor riesgo de politización

Fuente: Adaptado de "A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform" R. Hussey, G.F. Anderson Health Policy 66 (2003) 215-228

En cuanto a los pros y los contras, cabe resaltar que los sistemas públicos tienen un mayor riesgo de politización. La calidad del sistema político y el control que tiene el Estado sobre el presupuesto, por ejemplo, no es lo mismo en Inglaterra que en Colombia, en donde ahora el presupuesto está fuera del control. Sin embargo, hay maneras de conciliar los sistemas de salud donde se puede incluir lo mejor de ambas alternativas.

En una combinación de ambos tipos de sistema: empleadores y empleados concurren en los aportes; parte del financiamiento viene por la vía de la nómina, la otra parte viene por los impuestos generales (en la medida en que participa el impuesto de renta hay progresividad); hay un único pool de riesgo nacional y se distribuye el presupuesto a los prestadores a través de cápitas ajustadas por riesgo, que neutraliza la selección de riesgos y hay un plan de beneficios unificado que garantiza la equidad horizontal (ante igual necesidad todo el mundo tiene igual servicio); hay un recaudo centralizado. Esto es lo que tenemos en Colombia, un diseño institucional que combina y sintetiza lo mejor de ambos modelos, e incluso tiene prevista una herramienta subutilizada, la UPC de promoción y prevención, que permitiría subsanar el potencial problema de que no haya incentivos a la prevención a largo plazo.

A pesar de la claridad del diseño institucional del sistema hay enormes problemas y retos.

En la práctica, independientemente de cómo se organice la arquitectura financiera e institucional del sistema (único o múltiples pagadores, o una combinación de ambos), hay problemas por resolver:

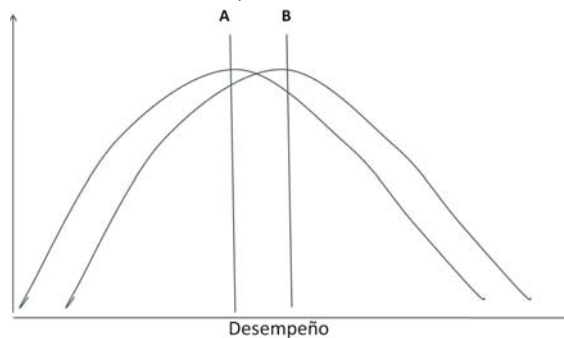
1. Cómo atender demandas infinitas con recursos finitos: ese no es un problema del sistema A o del sistema B. Inglaterra es el paradigma del sistema pagador único, con monopolio público en la provisión, gasta en salud 10 veces más que Colombia, y no le alcanzan los recursos de que dispone.

2. Cómo racionar de manera equitativa y socialmente aceptable: cuál va a ser la institucionalidad que va a lograr, de una manera que sea socialmente aceptable, fijar límites a la provisión de servicios en la atención dado que los recursos son inevitablemente escasos. Es otro elemento que hay que enfrentar independientemente del diseño del sistema de salud.

3. Cómo organizar redes integrales de servicios: es algo que se resuelve más en un nivel local del sistema.

4. Cómo pagar a los prestadores (incentivos): es todo un arte, no hay recetas universales, depende del tipo de servicio, y es un elemento principalmente contextual.

Ilustración 3. Diseño versus Desempeño



Fuente: Mark Roberts

En conclusión, existen grandes debates que analizan el diseño del sistema versus el desempeño. Como lo muestra la ilustración 3, el grado de desempeño del sistema es medido como el nivel de cumplimiento de los objetivos finales. Entre los diseños A y B no hay uno que sea superior a otro. El determinante del desempeño está en cómo se implemente el sistema, cómo se regula y cómo hace el ajuste preciso entre los botones del tablero de control, más allá de la arquitectura financiera general. Por lo tanto, el diseño ideal no existe, su deseabilidad depende del contexto. ■