

El Paradigma Emergente en los Sistemas de Salud: Hacia la Cobertura Universal en los Países del Continente.

Doctora Nelly Aguilera Aburto¹

Gracias señores diputados por invitarme a este importante evento.

Yo les vengo a hablar de sistemas de salud y de las reformas a los sistemas de salud. Les vengo a hablar del marco conceptual que hay detrás de las reformas de los sistemas de salud y de tres ejemplos que ha habido en el continente, a saber Chile, Colombia y México. Esto lo hago para tratar de entender cuál es el contexto en el cual se implementa el Sistema de Protección Social en Salud en México (SPSS), de sus alcances y de sus limitaciones.

Yo no vengo aquí a proponerles un sistema de salud para México, pero sí vengo a tratar de convencerlos de que tenemos que hacer algo más en salud de lo que se ha venido haciendo a lo largo de los años.

Parte de mi presentación se basa en un proyecto de investigación que estamos realizando en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social que se va a cristalizar en una publicación en los próximos meses. Como parte del proyecto analizamos las reformas de salud en el continente no con un espíritu meramente analítico, sino con el propósito de hacer recomendaciones. Queremos encontrar políticas públicas que sean viables y pertinentes a la realidad de cada país.

Vamos a tratar de entender rápidamente lo que busca un sistema de salud. Un sistema de salud busca cinco cosas:

La primera es mejorar los resultados de salud; la segunda es la equidad; la tercera es la eficiencia macroeconómica —entiéndase por controlar los costos de atención de la salud—; la eficiencia microeconómica, que es que cada una de las unidades médicas utilice de mejor forma sus insumos; y la quinta es la satisfacción del usuario.

¹ Coordinadora de Investigaciones del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Vamos a ver cómo está el sistema de salud de México y de algunos países del continente en cada uno de estos indicadores.

Respecto a resultados de salud tenemos que decir que México y la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC), quizá con excepción de Chile, tienen unos pobres resultados de salud. Se han hecho cálculos que la tasa de mortalidad infantil en México es 22 por ciento mayor que la tasa que le correspondería dado su nivel de ingreso, su inversión en capital humano y su distribución de la riqueza.

Respecto a la equidad existen dos tipos de equidad: la equidad horizontal y la equidad vertical. La equidad horizontal mide el acceso que tienen todas las personas a los sistemas de salud. Realmente quisiéramos que todas las personas, indistintamente de su nivel socioeconómico o dónde viven, tuvieran los mismos resultados de salud o por lo menos, tuvieran el mismo acceso a los servicios de salud. Desafortunadamente lo que vemos es que la tasa de mortalidad infantil en la comunidad más pobre de México es hasta 10 veces mayor que la tasa de mortalidad infantil en la delegación Benito Juárez. Esto no solamente se explica porque la gente es de bajos recursos, tiene baja educación; se explica también porque no hay acceso a clínicas de primer nivel, se explica porque la calidad de los servicios de salud también es muy variable a lo largo del país. Se combinan una serie de factores: las familias pobres no se cuidan, cuando tienen un *shock* a la salud no tienen al acceso a los servicios de salud y cuando acceden a clínicas y hospitales, éstos son de baja calidad. No es lo mismo un hospital en la Ciudad de México que un hospital en una población más alejada o en un estado más pobre.

La inequidad regional también refleja la brecha en los resultados de salud entre la población asegurada del IMSS y la población no asegurada. Coincide mucho la brecha de los resultados de salud entre la población urbana vs. la población que vive en zonas rurales, con aseguramiento vs. sin aseguramiento, los de mayor nivel de ingreso vs. los de menor nivel de ingreso.

Respecto a la equidad vertical, lo que se ha observado es que en México el gasto en salud refleja grandes inequidades. Es muy inequitativo que la gente además de que no tiene aseguramiento,

que es la más pobre y la que vive en las comunidades más marginales, gasta mucho más en salud como proporción de su ingreso que la población menos pobre con aseguramiento.

Quizá en donde no estamos tan mal es en la eficiencia macroeconómica. Esto es porque el sistema se maneja por presupuesto y de forma muy centralizada. En cierta medida, si se explotan los poderes monopsónicos de los grandes compradores que hay en México, como es el IMSS y el ISSSTE, se puede controlar la inflación médica.

Respecto a la ineficiencia microeconómica, la verdad es que ahí no puedo decir mucho. No hay mucha información, pero sí se observa para muchos otros países, que un hospital hace las cosas mucho mejor que otro hospital. Un hospital tiene a un paciente menos días con menos recursos y sus resultados de salud son exactamente los mismos. Para México no hay información, pero estoy convencida que tenemos que creer que hay instituciones u hospitales que hacen mejor las cosas que otras instituciones u otros hospitales.

Y finalmente la satisfacción del usuario. La Organización Mundial de la Salud mide la satisfacción del usuario conforme a siete indicadores: dignidad, autonomía, confidencialidad, atención oportuna, calidad en los servicios básicos, acceso a redes de apoyo social durante el cuidado y elección del proveedor de cuidados médicos. México sale muy mal calificado en la satisfacción del usuario.

El primer mensaje que les quiero decir es que nuestro sistema de salud es muy deficiente. Genera malos resultados de salud en términos comparativos internacionales, tenemos grandes inequidades tanto horizontales como verticales y la satisfacción del usuario es muy baja.

La pregunta que surge entonces es ¿qué es lo que está afectando que nuestro sistema de salud tenga estas características?

En este respecto el mensaje que les quiero transmitir es que no solamente es la falta de recursos. En efecto, se observa una falta de recursos importante. México y muchos países de ALC gastan menos en salud como proporción del PIB que otros países. Sin embargo, también los malos

resultados se explican por la falta de cobertura, por la fragmentación de los sistemas y por ineficiencias de operación.

La falta de cobertura afecta los resultados globales de salud, recordemos que la población asegurada tiene mejores resultados de salud que la población no asegurada. La fragmentación – en México entre el IMSS y el ISSSTE por ejemplo, o en Chile entre el seguro de salud y el seguro de riesgos de trabajo – no permite usar de mejor manera los recursos de la salud. También el diseño del sistema afecta a estos cinco indicadores. Tenemos sistemas muy inflexibles, tenemos sistemas verticalmente integrados, en que se dan pocas alternativas a los usuarios.

Tenemos un panorama bastante pesimista y tenemos un diagnóstico que indica que se explica por falta de recursos, pero también por falta de cobertura y porque los sistemas son muy inflexibles y fragmentados. Tenemos un sistema que privilegia la contención inflacionaria o la contención de gastos en salud.

Este panorama que estoy mostrando para México ha sido el mismo para muchos países de ALC. Por ello, desde hace muchos años en casi todos los países se están llevando a cabo reformas a los sistemas de salud. En Costa Rica desde los años 60 el Seguro Social extendió la cobertura a toda la población no asegurada. Se han dado reformas en Brasil, en Chile, en Colombia y en México por ejemplo.

¿Cuáles han sido los ejes de estas reformas?

La primera ha sido la extensión de cobertura y el establecimiento de un paquete garantizado de atención. Con las reformas se tratar de incorporar a la población no asegurada a un sistema de aseguramiento. Se busca que las personas no reciban los servicios de forma asistencial, sino que estén aseguradas. Y este cambio, que parece sutil, tiene un gran supuesto detrás.

Lo que argumentan las personas que privilegian la extensión del aseguramiento – en detrimento de darle más recursos al sistema de atención asistencial - es que al momento de asegurar a las personas, éstas cambian su patrón de comportamiento. Al momento de dar el subsidio a las

personas, en lugar de dárselo directamente a la oferta, a los hospitales y a los proveedores, se está logrando que las personas se “empoderen” y reclamen los servicios de salud que les han sido garantizados.

En este foro se ha dicho que el Seguro Popular es injusto porque “se les hace pagar antes a las personas”. La lógica de tratar de hacerles pagar antes - aunque muchas veces no pagan porque paga el Estado por ellos - es cambiar su comportamiento y que reclamen los servicios de salud de forma preventiva, antes de que se detone un padecimiento grave.

Entonces, es un cambio sutil pero que tiene detrás un supuesto muy importante sobre el que se basa la expectativa de que mejoren los resultados de salud. El establecimiento de un paquete básico complementa este aseguramiento porque se definen claramente los derechos garantizados que tienen los afiliados.

Sin un paquete garantizado, el acceso universal “a todo”, contemplado en la Constitución, no se hace efectivo; los servicios de salud cubren lo que pueden con sus recursos. Estos programas de aseguramiento, en el momento en que establecen un paquete garantizado de padecimientos e intervenciones, lo que buscan es darle a las personas el instrumento para que ejerzan su derecho a reclamar esos servicios.

En Colombia, por ejemplo, a partir de que se hizo la reforma, las personas reclaman judicialmente los servicios que no se les están otorgando. En Chile, con el Plan Auge, el cual explicaré más a detalle en breve, se busca hacer válidos los derechos a la atención de las intervenciones establecidas en el paquete.

Este enfoque me parece muy positivo. Le haces saber a la gente que debe reclamar sus derechos. La parte negativa es que típicamente no se cubren todas las intervenciones y además se hace explícito. Le dices a la gente exactamente qué no le cubres.

Otro eje de las reformas busca disminuir la fragmentación. En Argentina, nada más para dar un ejemplo, en lugar de haber un IMSS nacional hay como 286 obras sociales. Lo que se hizo con la

reforma es permitir a las personas que escogieran su obra social, la que ellos quieren que les proporcione los servicios de salud.

El tercer eje de las reformas ha sido la privatización de ciertas partes del proceso; la cuarta es la separación de funciones y la quinta la descentralización. No voy a tocar el tema de la descentralización y voy a hablar rápidamente de las otras cuatro y cómo ha sido la reforma en Chile y Colombia y cómo veo que es la de México.

La primera, ya les platicué, en algunas reformas como la de Chile, Colombia y también México, se garantiza un paquete de intervenciones, con la lógica que les acabo de platicar. Otro aspecto que surge es ¿a quiénes? ¿A todas las personas no aseguradas con un fuerte subsidio gubernamental? ¿A un grupo de la población? En Brasil y Trinidad y Tobago sigue siendo un sistema universal y en otros países es para algún grupo de población. En Bolivia se da el seguro materno-infantil. En México, acaban de dar a conocer un seguro para niños que me parece muy extraño, pues ya existe el Seguro Popular.

Otro aspecto presente en el otorgamiento de un paquete es el cómo se otorgan esas intervenciones: con protocolos o sin protocolos de atención. Aquí es bien interesante destacar como en Chile el Plan Auge lo que hace es garantizar la atención oportuna para ciertas intervenciones: si el paciente va con su proveedor y no lo están atendiendo o los tiempos de espera son muy largos, con el Plan Auge, que garantiza el acceso, se le llega inclusive a bonificar en efectivo el valor de la intervención ante estas situaciones, para que el paciente vaya con el proveedor de su elección.

Ya les platicué un poco la reforma de Chile, Colombia y México en términos de cobertura: a quiénes, qué y cómo. Los puntos dos, tres y cuatro van a quedar más claros cuando analicemos las tres reformas en términos de los cambios en la organización.

En los sistemas de salud se tienen tres funciones: la primera función es la recolección de cuotas y su asignación. La segunda función es el manejo y cuidado de la salud. Esta función incluye el manejo del presupuesto y el pago a proveedores. La tercera función es la previsión.

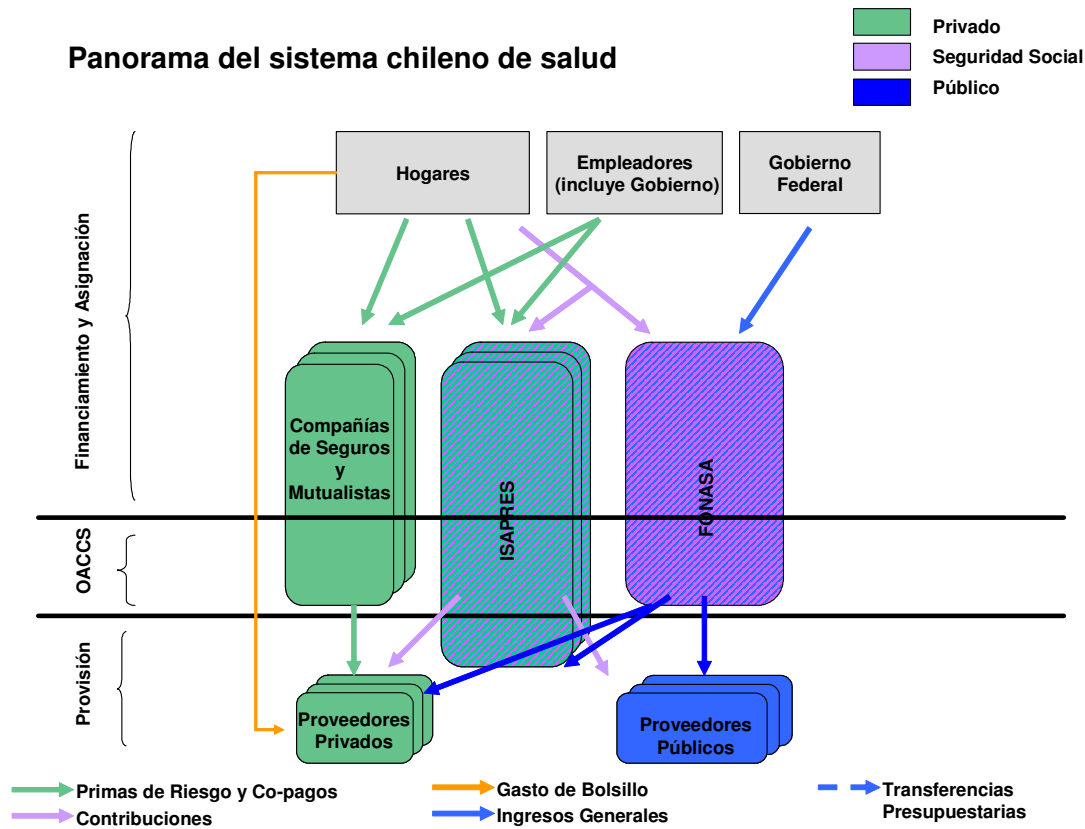
En la reforma de Chile se extendió la cobertura, con un fuerte subsidio del gobierno, a todas las personas que no tenían seguridad social. El gobierno los asegura a través de una aseguradora pública que se llama FONASA. FONASA es una aseguradora que recibe los subsidios del Estado y FONASA entonces paga a los diferentes proveedores.

FONASA le puede pagar a proveedores públicos y proveedores privados. Más o menos el 50 por ciento de los proveedores de FONASA son públicos y 50 por ciento son privados. Es decir, además de la extensión de cobertura se separan las funciones.

Para los trabajadores que cotizaban o que cotizan al sistema de seguridad social, que tienen una relación salarial, el gobierno les permite que se afilien a FONASA o a una de varias ISAPRES, que son empresas que recolectan las cuotas de los trabajadores, manejan esos recursos y pagan a los proveedores. En algunos casos estas ISAPRES tienen sus propios proveedores y en otros casos no tienen sus propios proveedores y tienen que comprar servicios inclusive a proveedores públicos o a proveedores privados.

Estos son los elementos básicos de la reforma que se hizo en Chile. Con esta reforma casi se alcanza la cobertura universal porque el gobierno prácticamente asegura en FONASA a las personas que no tienen una relación laboral. No se alcanza la cobertura universal porque hay algunos trabajadores independientes que no se afilian a ningún sistema y tienen el derecho de no hacerlo. El sistema chileno se puede ver en el Gráfica I.

Gráfica I



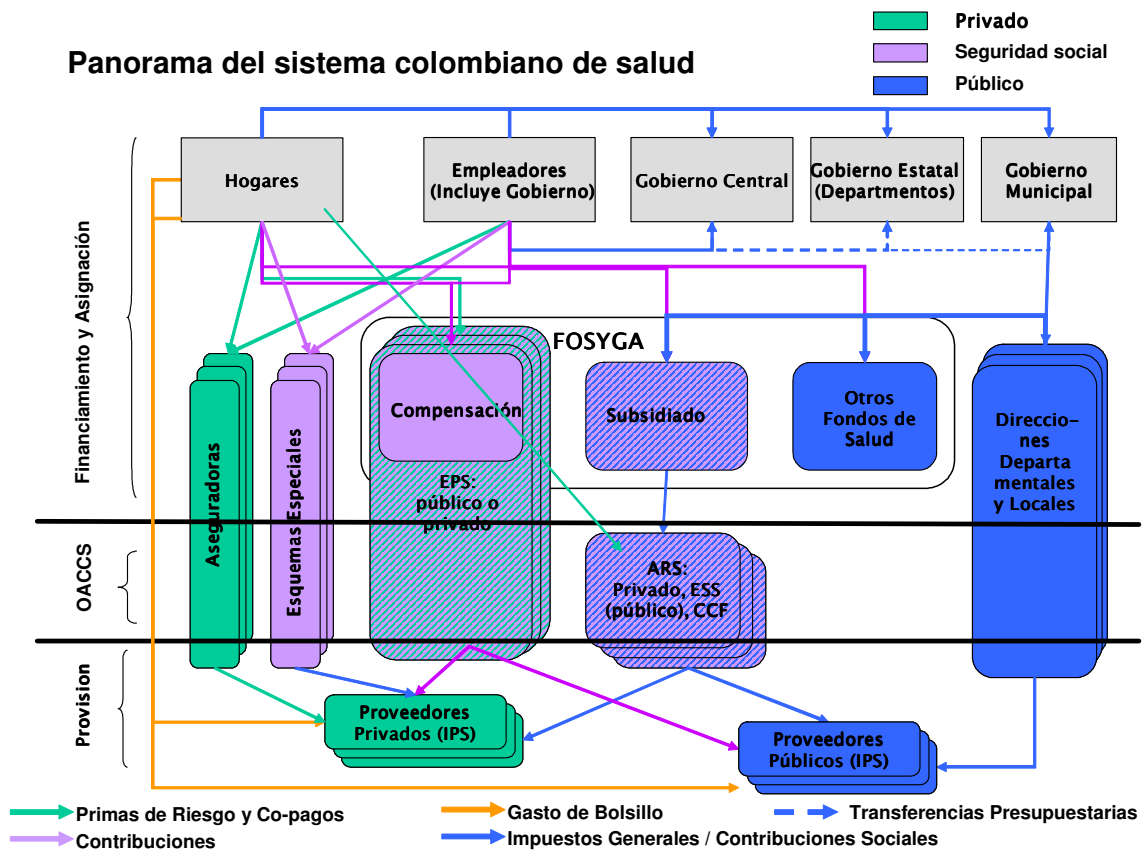
La reforma de Colombia fue una reforma bastante importante donde suceden tres cosas. Se extiende la cobertura, se separan las funciones, y se otorga autonomía financiera a los proveedores. Para extender la cobertura, el gobierno financia, a un sistema de aseguramiento, la contribución de las personas que no tienen una relación laboral. Este sistema es llamado sistema subsidiado. Los afiliados del régimen subsidiado pueden escoger su aseguradora. Esta aseguradora les paga a los distintos proveedores donde los afiliados se atienden.

A los trabajadores que tienen una relación laboral se les da la oportunidad de afiliarse a la aseguradora de su elección. Esta aseguradora se encarga de pagarles a los diferentes proveedores.

En la reforma de Colombia se estableció un fondo, que es el que se muestra en la Gráfica II: es el fondo de solidaridad. Parte de las contribuciones que dan los trabajadores al sistema se transfiere

a un fondo de compensación y parte de ese dinero pasa a financiar el sistema subsidiado. Entonces se promueve la solidaridad, no sólo entre los trabajadores, sino también de los trabajadores a la población que no tienen una relación laboral. Este fondo de solidaridad tiene otras funciones que desafortunadamente no tengo tiempo de explicar.

Gráfica II



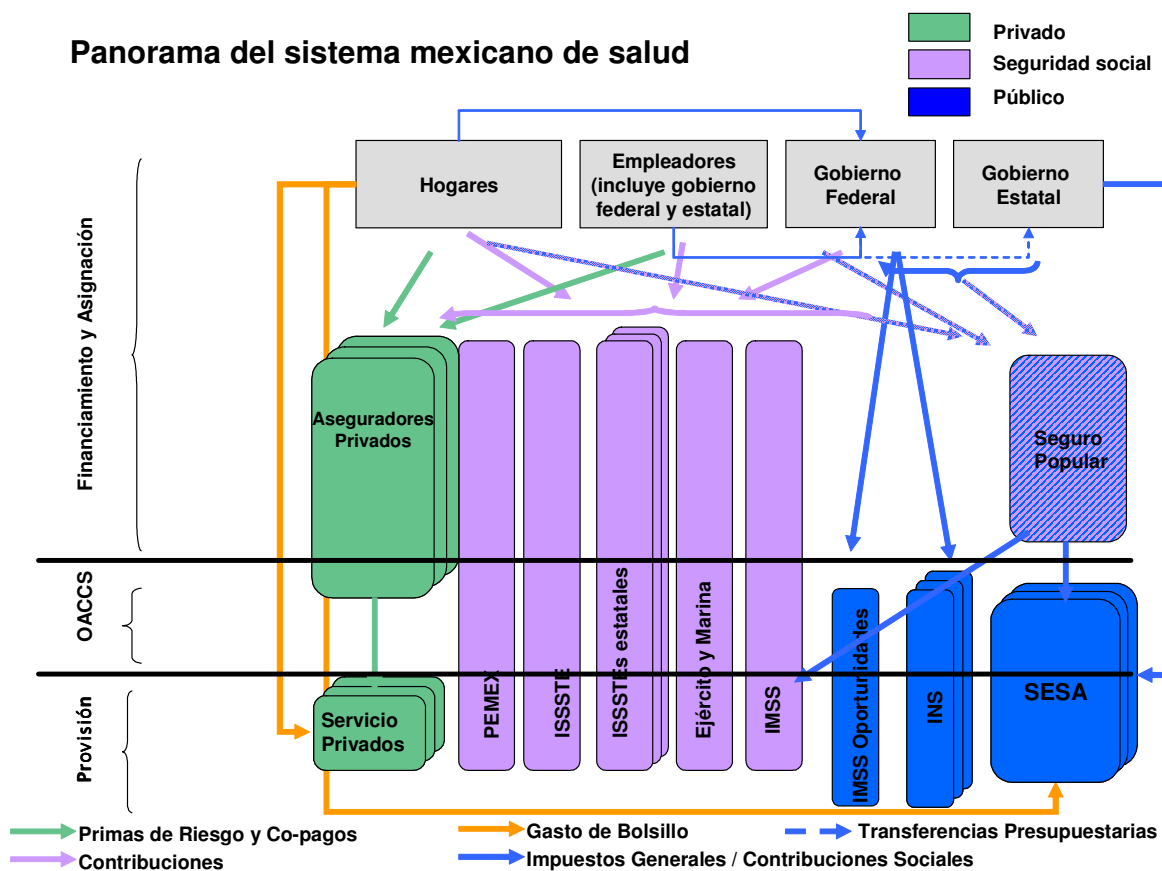
¿Cuáles han sido las principales críticas y limitaciones al sistema colombiano? Una es que al gobierno se le acabó el dinero y ya no pudo asegurar a una buena parte de la población, entonces, todavía existe una importante fracción de la población que se atiende en los servicios asistenciales. La segunda crítica que se le hace al sistema es que tampoco le alcanzó el presupuesto al gobierno para igualar el paquete de coberturas del régimen subsidiado con el paquete de coberturas del régimen para los trabajadores que tienen una relación laboral.

No tengo tiempo de ir más a detalle, pero separan funciones, se les da opción a los trabajadores de elegir entre el asegurador y el proveedor, se extiende la cobertura y se establece un paquete básico de coberturas.

¿Qué es lo que ha pasado en México? En México se llevó a cabo la descentralización —que no voy a explicar— y luego en 2002, 2003, ante la situación de gran inequidad horizontal y vertical se crea el SPSS.

Lo primero que se observa cuando analizamos cómo queda el sistema de salud en México (Gráfica III) es que la reforma es de muy bajo alcance. Explicemos cómo funciona brevemente el SPSS y porqué considero que la reforma es parcial.

Gráfica III



El SPSS busca ser el asegurador para la población no cubierta. Es un asegurador que se divide en 32 aseguradores, uno por cada estado. El plan es que cada uno de estos 32 pequeños aseguradores, que obtienen contribuciones por cada familia afiliada al sistema, les compren servicios a proveedores públicos y privados, incluyendo al IMSS y al ISSSTE.

Retomando todo lo que he explicado, con el Seguro Popular se establece un paquete básico, se extiende la cobertura, se maneja el aseguramiento a través de aseguradores estatales, que son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), y se regula que los REPSS le compren servicios a los diferentes proveedores, públicos y privados, incluidos el IMSS y el ISSSTE.

Esta reforma se enfoca a una parte de la población, no abarca todo el sistema. Esta es en mi opinión, una de las principales limitaciones. Por eso afirmo que es muy parcial. Otros comentarios los haré durante las conclusiones.

¿Qué ha pasado con las reformas? Rápidamente. Respecto a los resultados de salud, algunos investigadores argumentan que con las reformas los resultados de salud han mejorado, sobre todo con las reformas que han sido estructurales, que han cambiado todo el sistema de salud.

La verdad es que no queda claro que simplemente con la reorganización del sistema y con el aseguramiento mejoren los resultados de salud. Las reformas principalmente están hechas para acabar con la inequidad financiera; se quisiera mejorar los resultados de salud, pero no es donde se van a observar los mayores resultados.

Esto es particularmente cierto en el caso de México donde para mejorar significativamente los resultados de salud se tiene que intervenir en la educación de las familias y en los hospitales: casi 70 por ciento de la mortalidad infantil en México es hospitalaria y es por padecimientos perinatales; entonces, mientras no se invierta fuertemente en infraestructura hospitalaria, es muy difícil que nada más una reorganización del sistema mejore los resultados de salud. Se sabe además que la educación de la madre es un gran determinante de la salud de los niños.

Respecto a la equidad, yo creo que sí debemos esperar mejor equidad, tanto horizontal como vertical con reformas de este tipo. No han salido las últimas evaluaciones del Seguro Popular, pero yo creo que ahí es donde se va a ver el mayor impacto del programa.

Lo que puede pasar con la parte macroeconómica, con estas reformas que separan funciones, es que al descentralizar la compra de medicamentos se deteriora la eficiencia macroeconómica. El IMSS, el ISSSTE y en menor medida la Secretaría de Salud, en este momento tienen un poder de compra importante. En las reformas que descentralizan las funciones ese poder de compra se diluye. Para atenuar este efecto, se tienen que crear mecanismos efectivos de coordinación entre los diferentes compradores para tratar de controlar la presión de los proveedores de medicamentos.

Respecto a la eficiencia microeconómica, no conozco datos, pero es de esperar que en la medida en que los hospitales se manejen financieramente -- con base en un estado de resultados financiero y no con base en un presupuesto -- mejore la eficiencia microeconómica. Sin embargo, en este escenario las autoridades deben tener mucho cuidado de que no se aumente la rentabilidad o los resultados financieros de los hospitales a costa de los resultados de salud. En estos casos es imperativo tener un regulador fuerte.

Lo que sí se ha observado es que las reformas que permiten a los diferentes afiliados escoger no sólo a su asegurador sino también a su proveedor, mejoran los incentivos a los aseguradores y a los proveedores, con la consecuente mejora en la satisfacción de los afiliados.

En conclusión, en la región se han llevado a cabo diversas reformas a los sistemas de salud. Los resultados no han sido tan favorables o contundentemente favorables. Dos razones se esgrimen para ello. La primera es que muchas de las reformas han sido reformas parciales. La segunda razón es que se han tenido problemas en la implementación.

Yo creo que el SPSS es un esfuerzo importante para mejorar el acceso al cuidado de salud de la población. En primer lugar porque implica más recursos y un cambio en la asignación de los mismos. Ahora los recursos se distribuyen a los estados con base en una fórmula que tiene un

componente importante *per capita* y no como antes, en términos históricos. Además se obliga a los estados a aportar cierta cantidad al sistema de salud. Esta situación creo que es muy positiva.

También creo que es muy positivo que se busque que los pacientes se “empoderen”. Yo creo que si logramos cambiar los patrones de demanda se van a observar mejores resultados de salud. Aquí se ha hablado mucho de que no se fomenta la medicina preventiva. Bueno, precisamente se busca que la población esté asegurada para que reclame sus derechos y se atienda antes de que tenga el padecimiento. De hecho, el paquete básico del Seguro Popular incluye muchas intervenciones de medicina preventiva. Entonces, creo que sí se puede avanzar en la medida que los afiliados al SPSS se comporten como personas aseguradas.

Por otro lado, creo que el SPSS sí va a tener efectos en la equidad vertical. Creo que sí vamos a ver que las personas ya no van a pagar cuotas de recuperación. Aquí se decía que ahora se les obliga a pagar antes; recordemos que antes se les obligaba a pagar después. Además tenemos que tener en mente que el 92 por ciento de los afiliados están en el régimen no contributivo, es decir no pagan.

Ahora, ¿cuáles son los cuestionamientos al programa?

El primer cuestionamiento es respecto a su viabilidad financiera. Hoy por hoy algunos estados ya no tienen presupuesto para aportar al programa, para expandirlo. Además, la incorporación de otros padecimientos o tratamientos en el paquete de cuidados catastróficos considero que va a ser más lenta de lo planeado. Y finalmente, no queda claro que las familias que están en el régimen contributivo van a querer aportar al sistema.

El segundo cuestionamiento es respecto a su viabilidad operativa. Ya se ha dicho aquí que se va a esperar una mayor demanda y se tiene que corresponder con una mayor oferta. Si no va a haber mayor oferta de proveedores con calidad no va a haber mejores resultados ni mayor satisfacción al cliente.

Algo que yo cuestiono mucho es que tenemos que desarrollar nuevas habilidades en los estados. Ahora en cada uno de los estados debe haber un asegurador que maneje cuestiones actuariales, que sepa comprar servicios. Muchos estados están lejos de tener estas habilidades.

Otra cuestión que yo creo que es un problema operativo es que el dinero llega a los estados y los mecanismos de rendición de cuentas no permiten ver con claridad el uso e impacto de los recursos.

Finalmente el tercer cuestionamiento, más personal que general, radica en el hecho de que al haberse implementado el SPSS se va a hacer más difícil la realización de una reforma a todo el sistema de salud. Una reforma de gran alcance, que permita que se mejoren todos los indicadores mencionados.

El SPSS tocó a una parte pequeña del sistema. El IMSS tiene, ya se dijo en este foro, 50 por ciento de los egresos hospitalarios y ahí no se ha hecho nada. Creo que la reforma del SPSS ha sido un buen esfuerzo pero estoy convencida que se tiene que avanzar muchísimo, con una visión más integral.