

Cobertura Universal y Ajustes por Riesgo Diplomado Economía y Salud

Pablo Carvallo Ceroni

División de Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL
7 de septiembre de 2012



La salud como derecho social

- ▶ Sistemas de salud que garanticen atención adecuada como vía para avanzar en la materialización de derechos económicos y sociales.
- ▶ Consecución y exigibilidad de derechos para fortalecer la idea de ciudadanía y pertenencia a la comunidad.
- ▶ Ciudadanía social involucra la idea de igualdad, pero no como concepto homogeneizador, sino que como una institucionalidad que garantiza igualdad de oportunidades.
- ▶ De acá la idea de “pobreza” no solo como carencia material, sino como la carencia de ciudadanía, en la que se niegan o limitan derechos sociales.

Rezagos y desafíos en América Latina en materia de derechos sociales

- ▶ Evolución dispar de los derechos civiles y políticos por un lado, y los derechos económicos y sociales.
- ▶ Heterogeneidad en la evolución de estos últimos:
 - Avances sustanciales en educación y esperanza de vida, gracias a políticas mantenidas a lo largo de décadas.
 - Estancamiento en reducción de la pobreza y la desigualdad.
- ▶ Los avances en los derechos sociales están limitados por nuevos riesgos y restricciones provenientes de la volatilidad económica y cambios en el paradigma laboral, entre otros.
 - Por ejemplo, la volatilidad económica dificulta el esfuerzo gubernamental por aumentar la inversión social en los más pobres.
- ▶ Materializar derechos sociales es una tarea difícil, en la que la política económica determina diferencias en el acceso a los beneficios del desarrollo.

Nuevos y viejos desafíos en políticas de salud



Desafíos que generan una agenda de reformas...

- ▶ Dos objetivos centrales:
 1. Avanzar en mecanismos de solidaridad
 2. Contener costos y mejorar la eficiencia
- ▶ Solución multidimensional, pero nos centraremos en la organización del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud.

¿Hacia dónde debe ir la reforma?

Integración de los sistemas públicos y de seguridad social

Reducir la inequidad de sistemas segmentados

Desvincular el acceso del riesgo y capacidad de pago

Reformas con “contenido nacional”

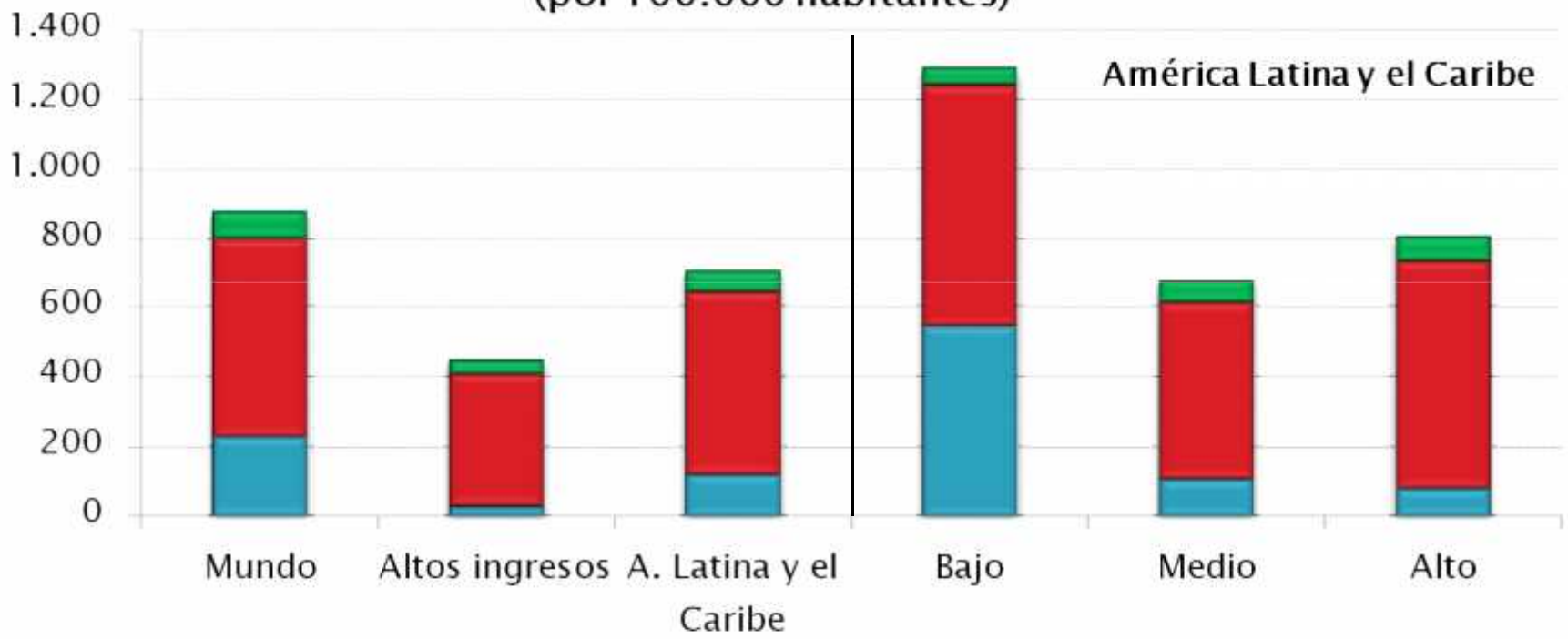


Hechos estilizados

1. **Necesidades sanitarias**
2. Cobertura
3. Gasto y financiamiento
4. Segmentación y fragmentación

Incidencia de enfermedades

Tasa de mortalidad por causa y categorías de países, 2008
(por 100.000 habitantes)



■ Grupo I (transmisibles, materno-infantiles) ■ Grupo II (no transmisibles)
■ Grupo III (accidentes, violencia)

América Latina y el Caribe: principales causas de muerte en la población de 65 años y más (en casos por 100.000 habitantes)

Enfermedad	Casos por cada 100.000 háb.
Relacionadas con el sistema circulatorio	2.446
Neoplasias	934
Cerebrovasculares	742
Insquémica del corazón	656
Diabetes mellitus	412
Cirrosis y otras crónicas del hígado	50



Implicancias del actual cuadro epidemiológico

- ▶ Realidad heterogénea: enfermedades transmisibles y no transmisibles
- ▶ Escaso margen para mejoras rápidas:

Mayor inversión para reducir efecto de las enfermedades transmisibles

Pero la mayor incidencia de las no transmisibles reduce el efecto de soluciones económicas tipo “malla de mosquitos”

Hechos estilizados

1. **Necesidades sanitarias**
2. **Cobertura**
3. Gasto y financiamiento
4. Segmentación y fragmentación

Cobertura legal vs cobertura efectiva

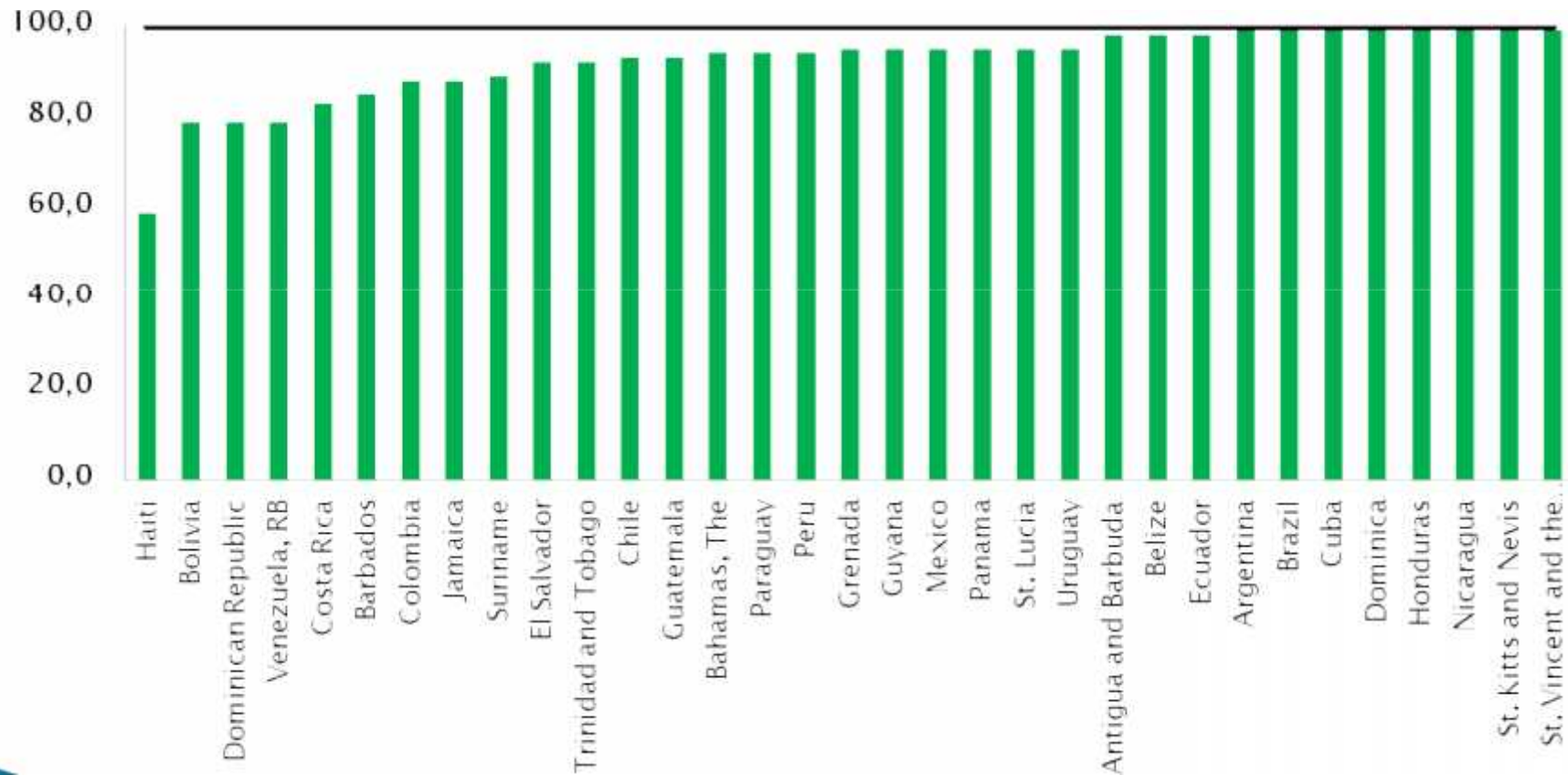
COBERTURA LEGAL
Disposición legal
Descripción de
derechos



COBERTURA EFECTIVA
Disponibilidad
Acceso en tiempo y
forma adecuados

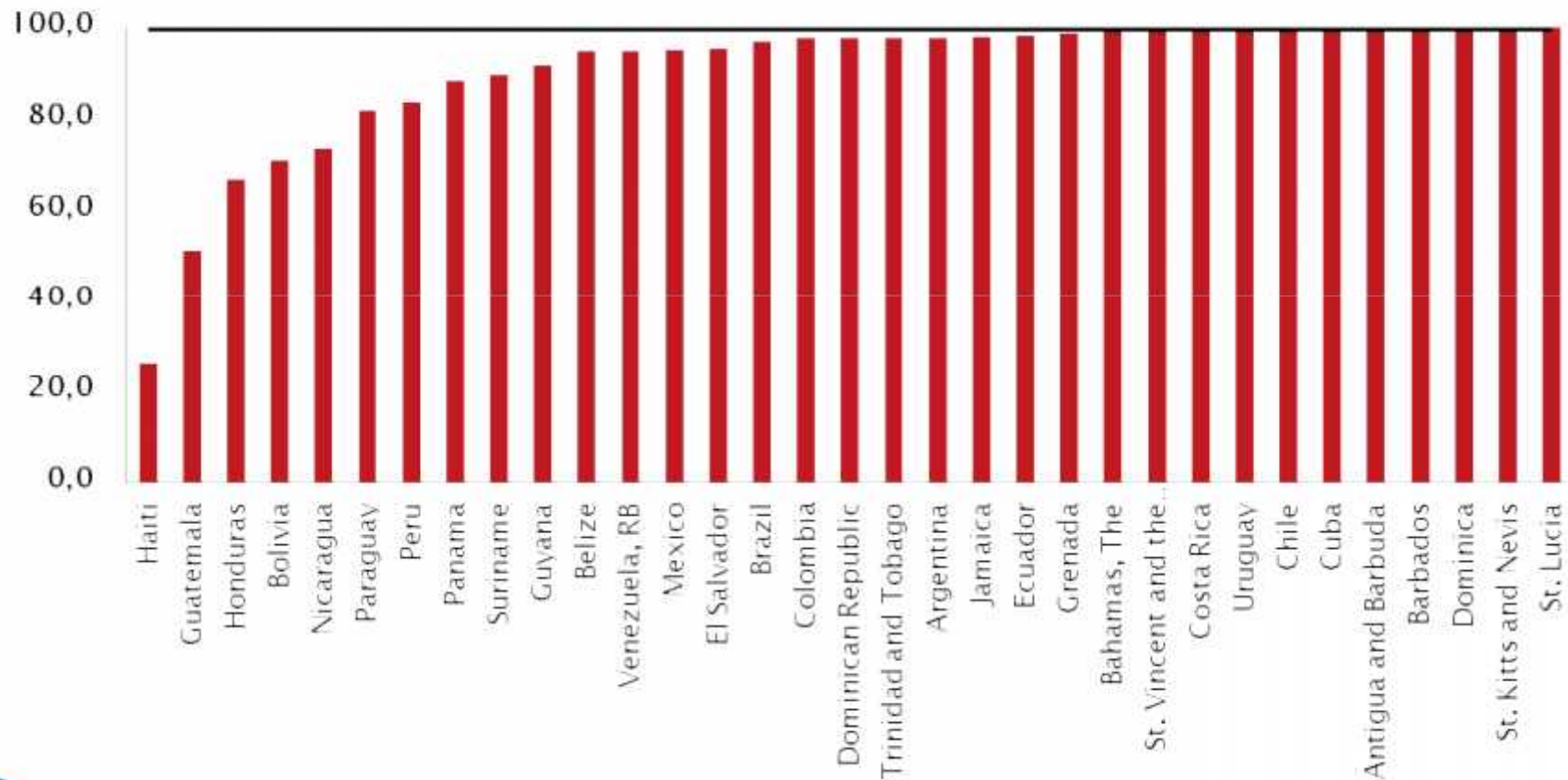
Cobertura efectiva: algunos indicadores básicos

Personas de 12-23 meses inmunizadas contra el sarampión, 2011



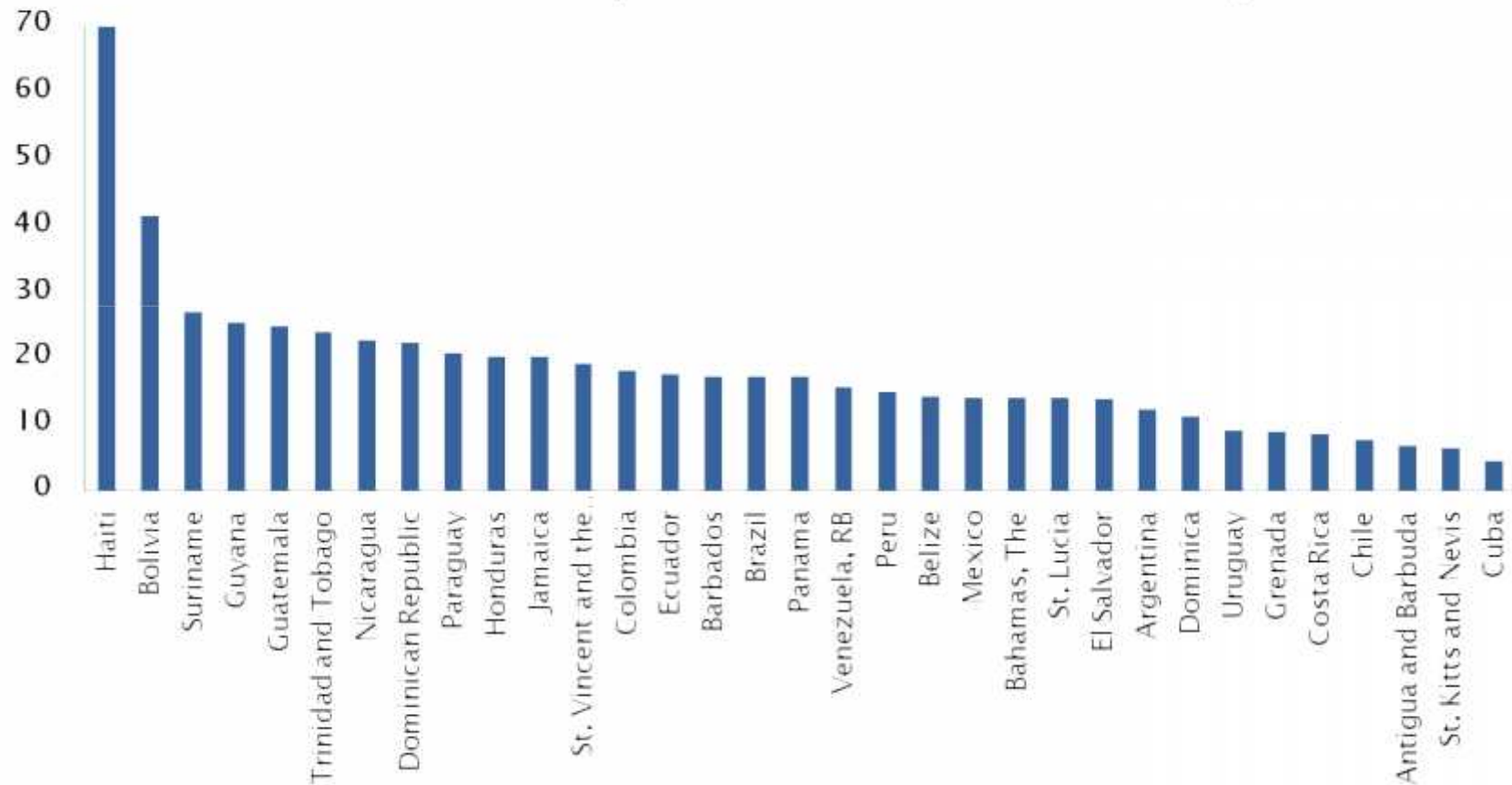
Cobertura efectiva: algunos indicadores básicos

Partos atendidos por personal especializado, *ca.* 2008



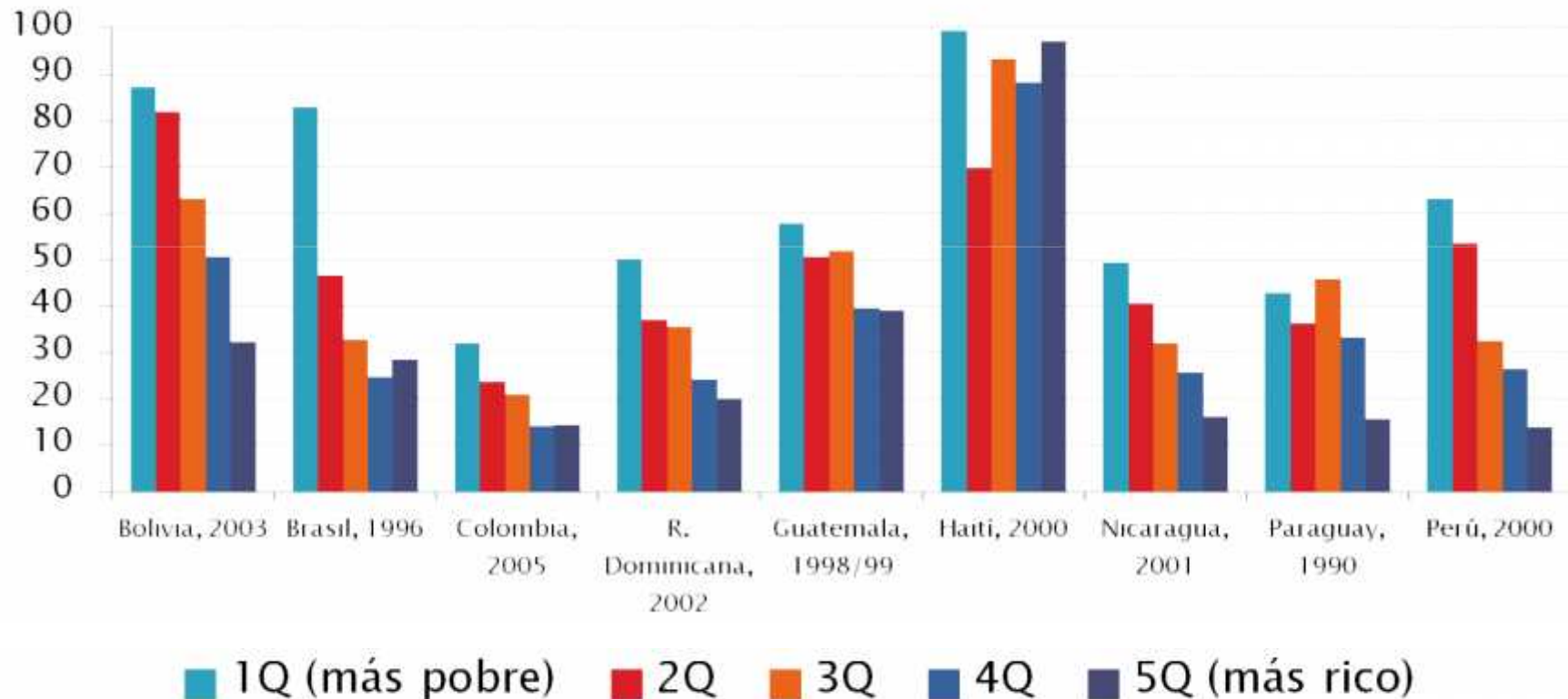
Cobertura efectiva: algunos indicadores básicos

Tasa de mortalidad por cada 1.000 nacidos vivos, 2010



Sin embargo, los promedios regionales esconden inequidades...

Tasa de mortalidad por cada 1.000 nacidos vivos, según quintiles de ingreso



Hechos estilizados

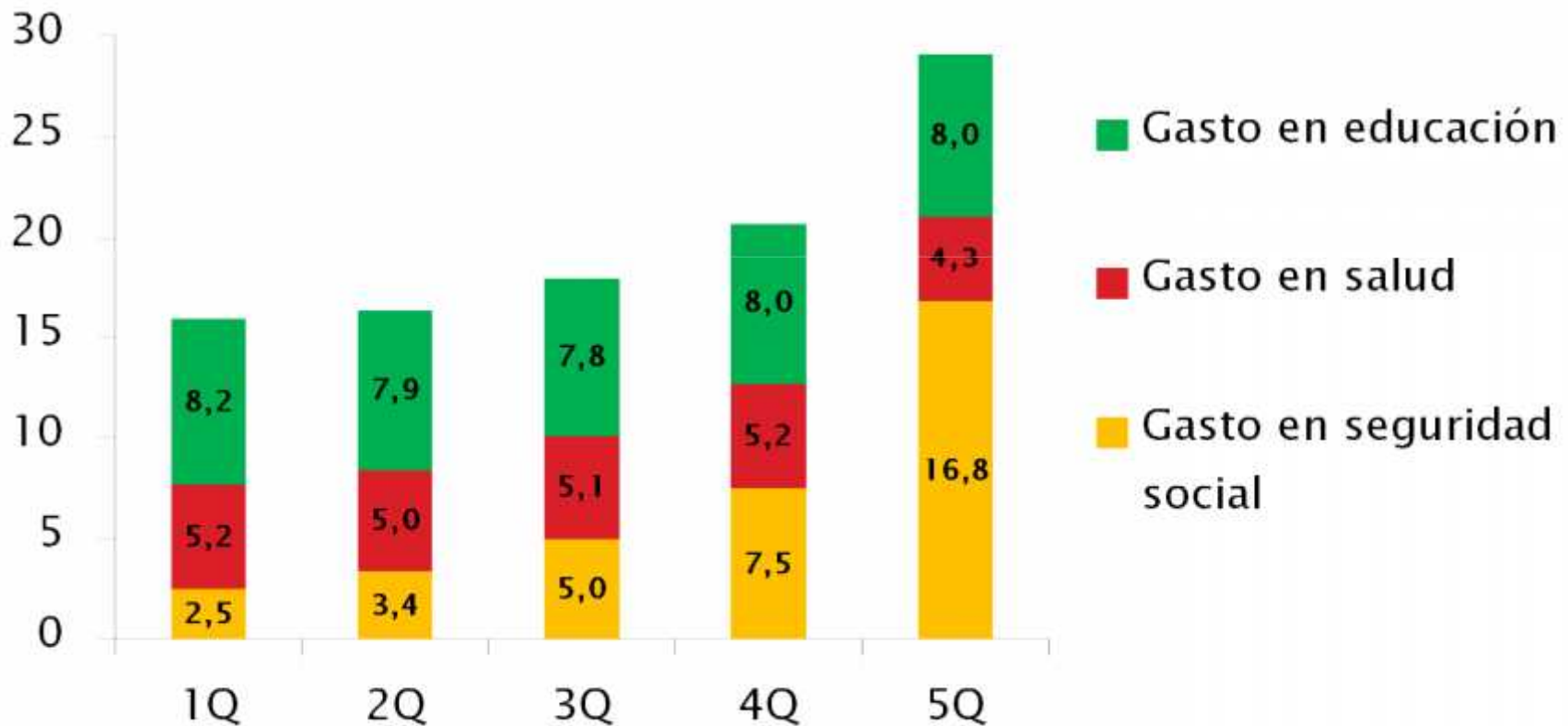
1. Necesidades sanitarias
2. Cobertura
3. Gasto y financiamiento
4. Segmentación y fragmentación

Gasto y financiamiento

- ▶ Distintos indicadores para comparar el gasto en salud entre los países:
 - Gasto en relación al PIB
 - Gasto per cápita (público y total)
 - Gasto de bolsillo

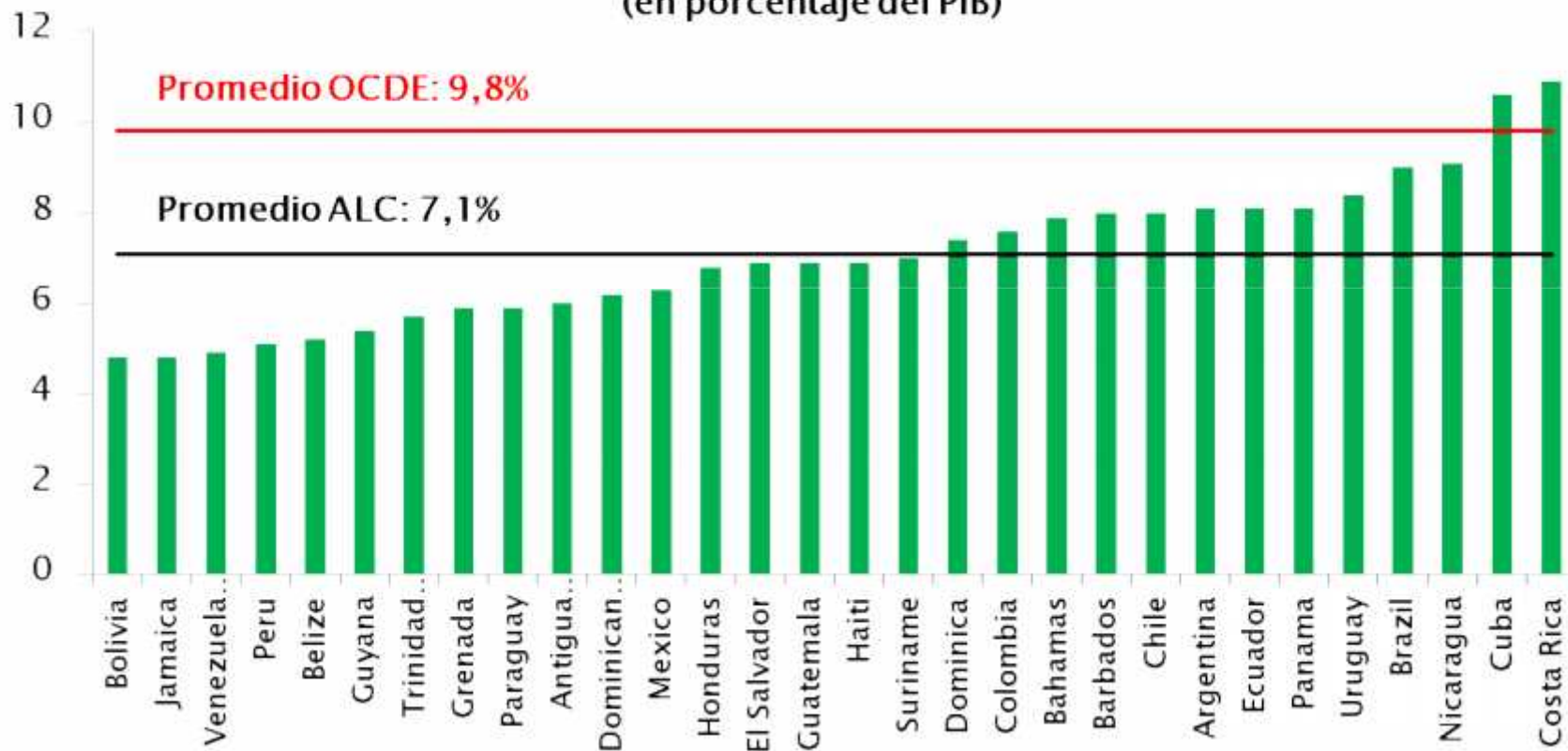
Una primera aproximación sobre la inequidad en la distribución del gasto social

Distribución y composición sectorial del gasto social según estrato de ingreso, ca. 2005



El gasto promedio en la región aún dista del promedio de países ricos, pero está al nivel del promedio mundial (7%)

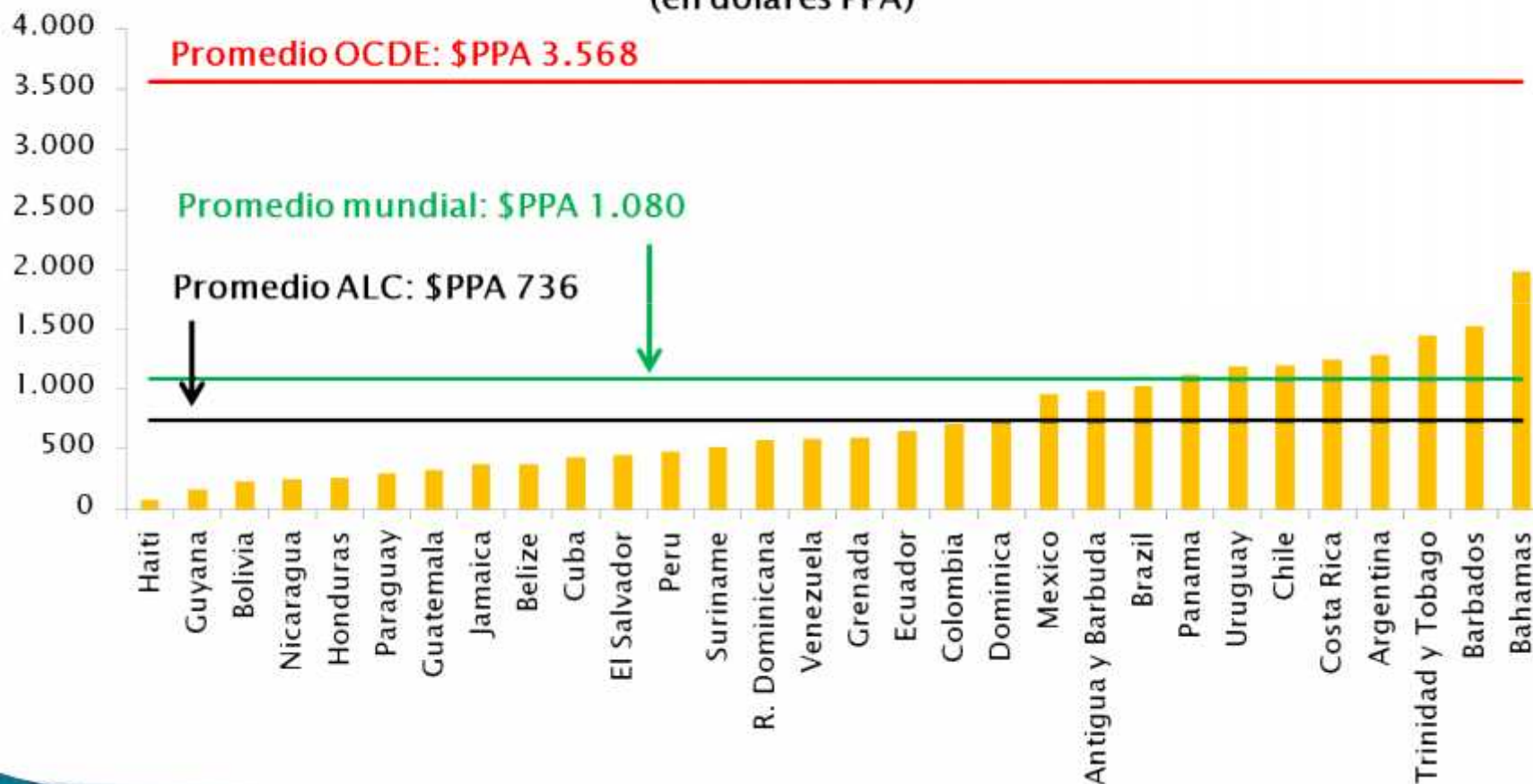
Gasto total en salud, 2010
(en porcentaje del PIB)



En términos per cápita, las diferencias en el gasto en salud son todavía mayores...

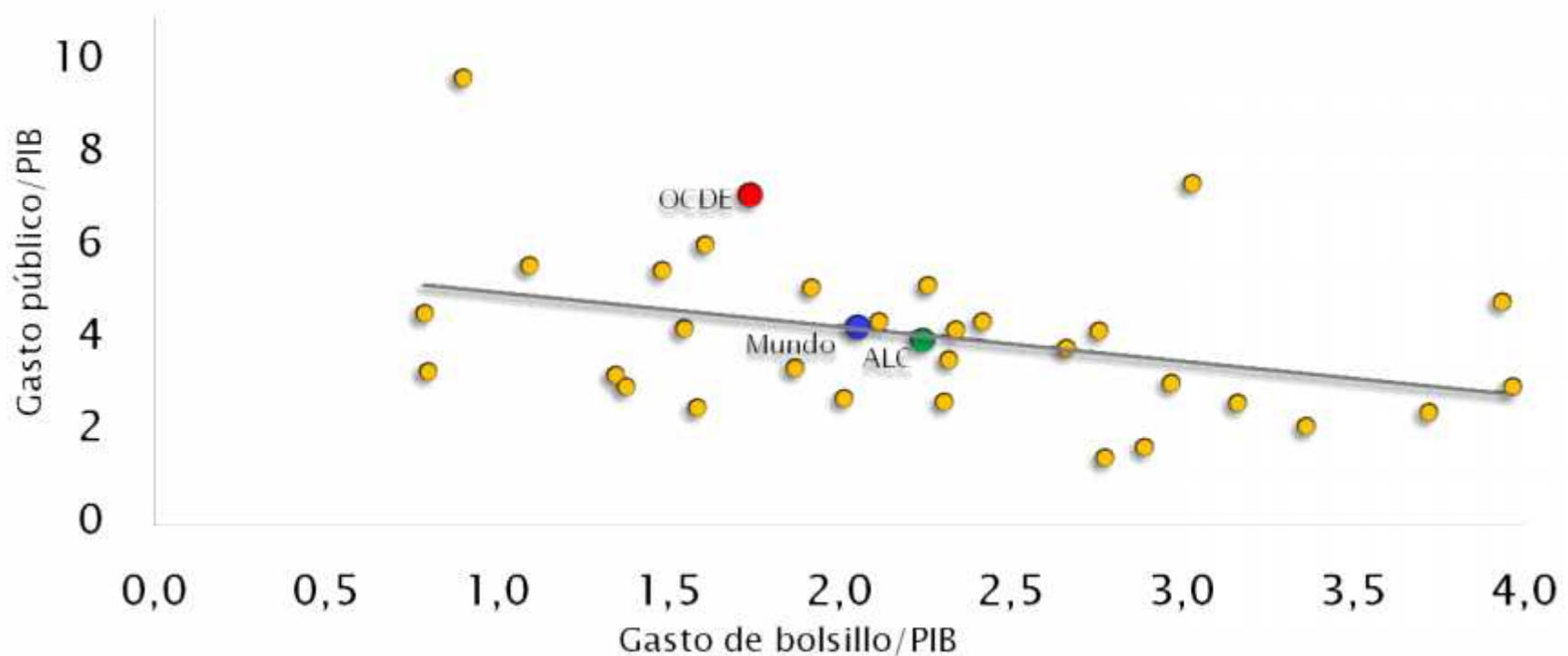
Gasto total en salud, 2010

(en dólares PPA)



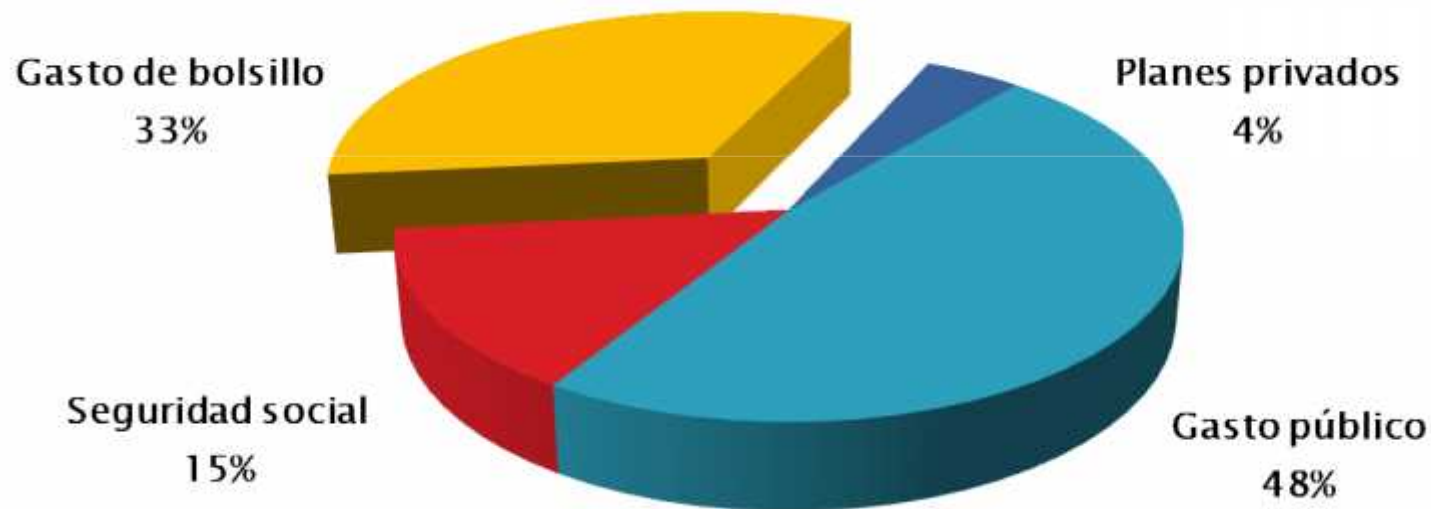
Mientras menor es el gasto total, mayor es la cuantía del gasto de bolsillo en salud

América Latina y el Caribe: Gasto público y gasto de bolsillo en salud, 2010
(como porcentaje del PIB)



Una tercera parte del gasto total en salud en ALC corresponde a gasto de bolsillo

América Latina y el Caribe: Descomposición del gasto total en salud, 2010



Hechos estilizados

1. Necesidades sanitarias
2. Cobertura
3. Gasto y financiamiento
4. Segmentación y fragmentación

Segmentación y fragmentación de los sistemas de salud en América Latina

- ▶ Segmentación: Coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, “especializados” en diferentes segmentos de la población, según inserción laboral, ingreso, capacidad de pago, etc.
- ▶ Fragmentación: Coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial.

Algunas dificultades originadas por la segmentación y fragmentación

- ▶ Segmentación:

Consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud.

Coexisten una o varias entidades públicas, la seguridad social y diversos financiadores/aseguradores y proveedores de servicios.

- ▶ Fragmentación:

La presencia de numerosos agentes impide la normalización de contenidos y calidad y costo de la atención.

Conduce a la formación de redes de provisión de servicios que tienden a ignorarse o competir entre sí.

Incrementos en los costos de transacción y una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.

Tendencias actuales y objetivos respecto a la segmentación

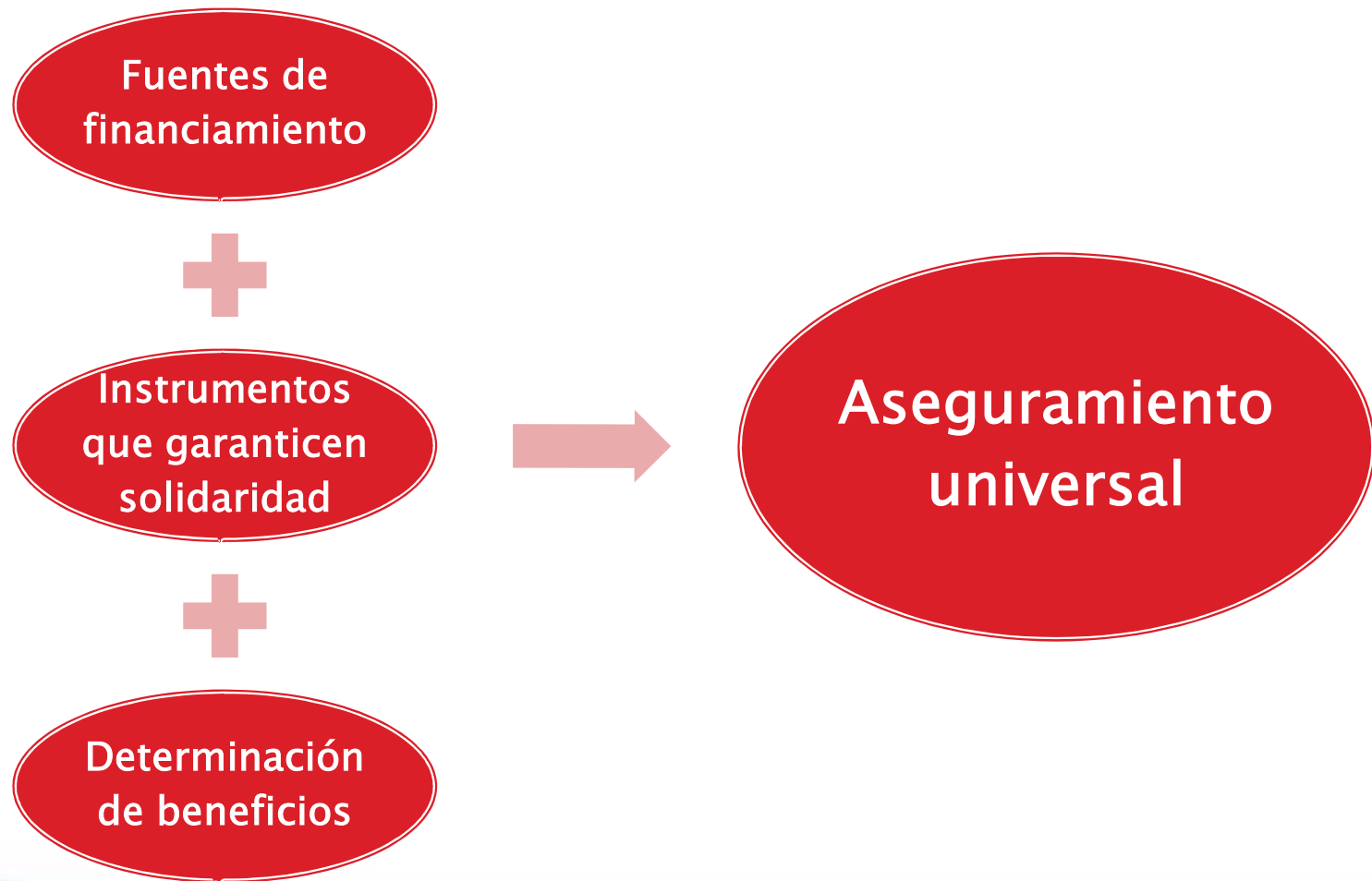
Actuales tendencias			
	Sectores		
	Asegurados	No asegurados	
		Pobres	Clase media y alta
Funciones			
Regulación	↓	↓	↓
Financiamiento			
Provisión			
	Seguridad Social	Sector Público	Sector Privado

Objetivo			
	Sectores		
	Asegurados	No asegurados	
		Pobres	Clase media y alta
Funciones			
Regulación	→		
Financiamiento	→		
Provisión	→		
	Seguridad Social	Sector Público	Sector Privado

En síntesis, los hechos estilizados muestran que...

- ▶ Gasto en salud por debajo del nivel de los países desarrollados, y según cómo se mida, menor o igual que el promedio mundial.
- ▶ Elevada participación del gasto privado o de bolsillo, especialmente en sectores y países de menores ingresos → fuente de inequidad.
- ▶ Transición epidemiológica → presión sobre costos.
- ▶ Alta exclusión a los servicios de salud: entre un 20% y 25% de la población (OPS).
- ▶ Coexistencia de sistema público, seguridad social y sector privado.
- ▶ Ineficiencia en el uso de recursos, duplicidad de funciones.

Políticas de aseguramiento

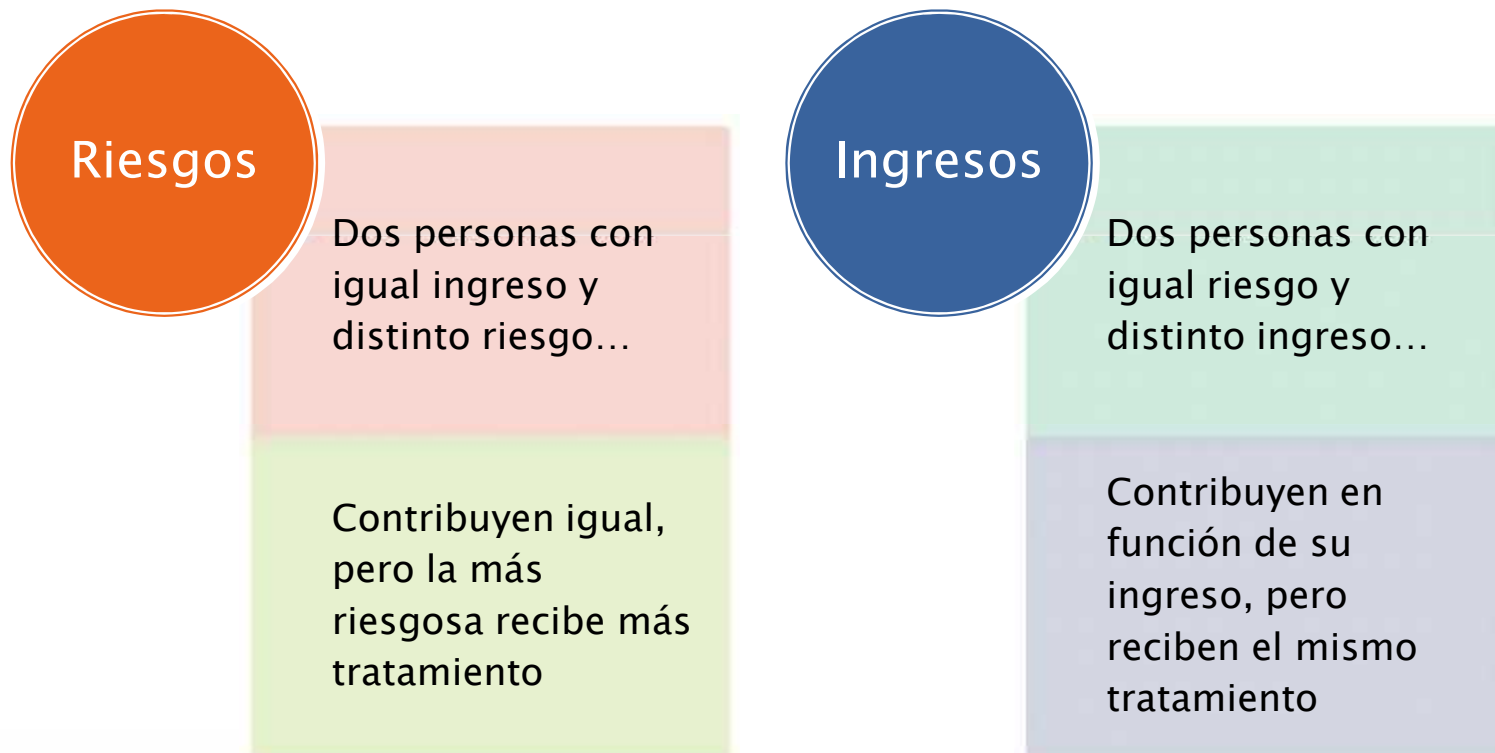


¿Qué entendemos por solidaridad en los sistemas de salud?

- ▶ Acceso independiente de los aportes al sistema y de la capacidad de pago de bolsillo.
- ▶ Involucra que un sector de la sociedad financia parte o todo el costo de las prestaciones de otro sector.
 - Transferencias desde rentas generales o cotizaciones a la seguridad social.
- ▶ Mayor integración entre el sistema público y la seguridad social redundando en:
 - Mayores sinergias, que mejoran el financiamiento.
 - Mayor eficiencia, en la medida que se aproveche mejor la capacidad instalada.

¿Qué entendemos por solidaridad en los sistemas de salud?

Dos formas de solidaridad:



La realidad de nuestros países obliga a pensar en soluciones intermedias...

- ▶ No resulta realista que en el corto plazo se pueda lograr un financiamiento sin el factor contributivo

La escasez de recursos tributarios es una realidad en muchos países.

En tanto que son cuantiosos los recursos que se obtienen de las contribuciones a la seguridad social.

- ▶ **Lo central es un sistema equitativo con financiamiento solidario**

Rentas generales y/o articulación con contribuciones a seguridad social

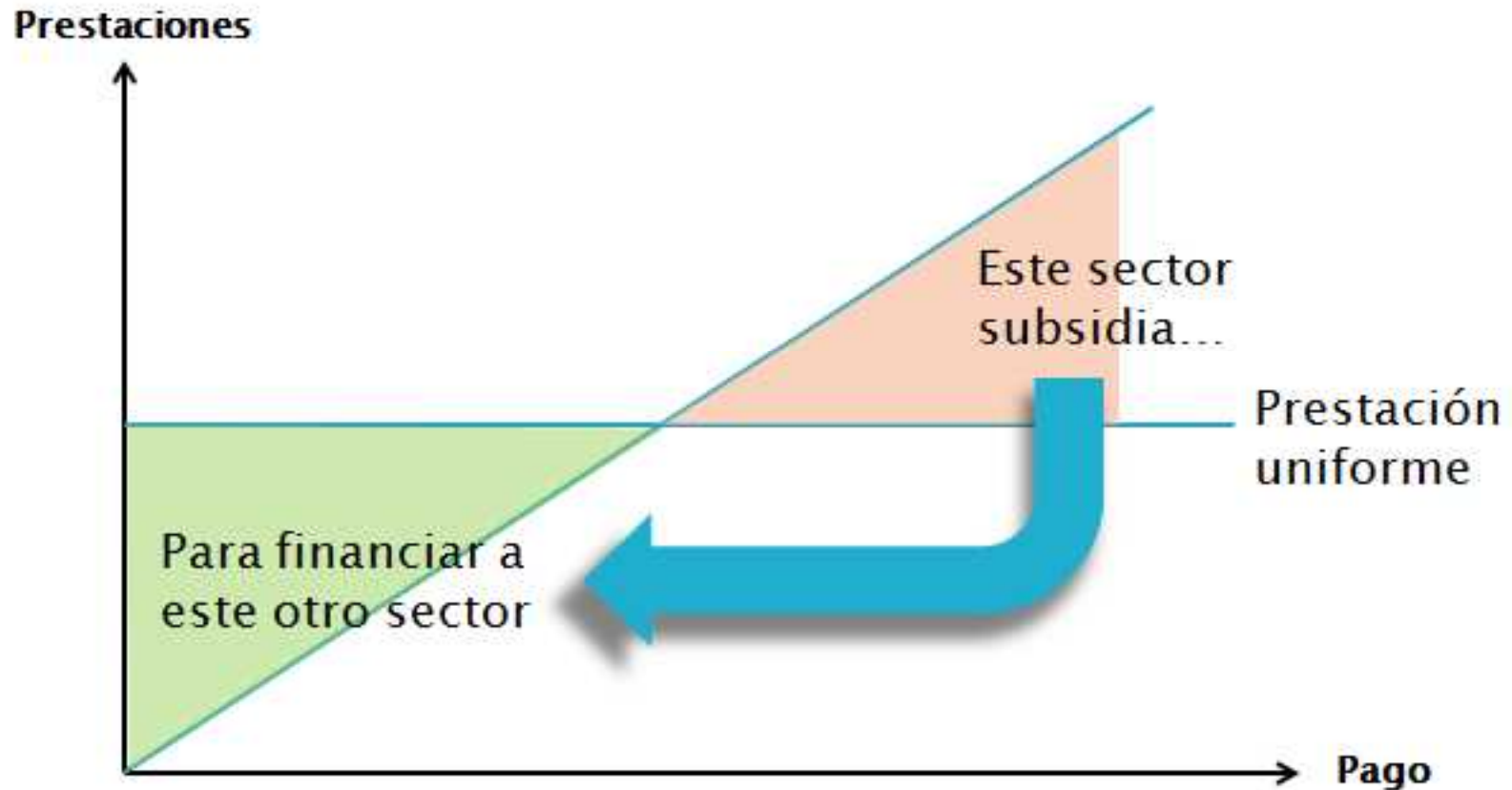
¿Cómo lograrlo? Diversidad de mecanismos en la región, que depende de la historia y la capacidad fiscal...

RG, sistemas integrados a partir de FNC	Integración de RG y cotizaciones a SS	Baja o nula integración de RG y cotizaciones a SS
<i>Estructura de prestación heterogénea entre prestadores públicos y privados</i>	<i>Hay separación explícita de funciones de financiamiento y de prestación. Varía la integración del financiamiento</i>	<i>Estructura de prestación heterogénea, distintos tipos de vinculación entre público y privado</i>
Prestación pública y privada: Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, S. Kitts y Nevis, S. Lucía, S. Vicente, Surinam, Trinidad y Tobago, Venezuela	Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social: Costa Rica	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay
Sólo pública: Cuba	Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo: Colombia, Antigua y Barbuda, R. Dominicana	
	Modelo dual con integración parcial: Chile	
Nota: RG, rentas generales; FNC, financiamiento no contributivo; SS, seguridad social		

Aseguramiento y selección de riesgos

- ▶ Los esquemas de aseguramiento basados en seguros de riesgo pueden crear incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras.
- ▶ Esto va en contra de la equidad y eficiencia, y de la garantía de un paquete universal y uniforme.
- ▶ Evitar la selección o *descrime* requiere fijar primas de seguros basadas en el riesgo de la población, y no en el riesgo individual.

Evitar el *descreme*...



Agregación de riesgos y solidaridad

- ▶ Busca evitar descreme e introducir solidaridad
- ▶ Cinco preguntas esenciales:
 - Quién agrega: articulación público–privada, público–público.
 - Con qué criterios se ajustan los riesgos.
 - Beneficios cubiertos.
 - Fuentes de financiamiento y grado de solidaridad entre cotizantes y no cotizantes.
 - Cómo y quién regula.
- ▶ Las respuestas dependen de realidades específicas y capacidad institucional.
- ▶ Como vimos, hay diferentes experiencias en el contexto de América Latina y el Caribe.

La solidaridad en el contexto de seguros de riesgo...

- ▶ La idea es transformar contribuciones basadas en ingresos, a pagos ajustados por riesgo



Mecanismos de pago y distribución de riesgos financieros: aspectos institucionales

- ▶ Incentivos conducentes a racionalizar y mejorar la capacidad y gestión de compra de servicios de salud por parte de las instituciones que administran los recursos financieros (ministerios de salud, seguros sociales, aseguradoras privadas).
- ▶ La racionalización del sistema de compra pasa por la utilización de instrumentos de pago que permitan distribuir riesgo financiero entre proveedores y compradores institucionales mediante la consideración de factores relativos al nivel y tipo de demanda esperada.

Algunas experiencias regionales...

Colombia

Incentivos a selección de riesgos en aseguradoras de regímenes contributivo y subsidiado

Se ha tratado de evitar mediante el cobro de copagos

Población pobre no afiliada, atendida en el sector público (rentas generales): descreme

Chile

Seguros privados seleccionan mediante precios y/o coberturas, excluyendo los “malos riesgos”

ISAPRE: discrimina por riesgo
FONASA: asegurador de última instancia

Se intentó la agregación de riesgos mediante ajuste de riesgos: vincular ISAPRE y FONASA para mayor solidaridad

¿Cómo mejorar el acceso y la solidaridad del sistema?

- ▶ Integración de sistemas públicos y de seguridad social, evitando descreme.
- ▶ Políticas de salud pública y expansión de la atención primaria.
- ▶ Definir beneficios con cobertura universal y exigibilidad garantizada (necesidades sanitarias).

Definición de coberturas explícitas

- ▶ La definición de paquetes explícitos contribuye a la promoción y exigibilidad de derechos sociales.
- ▶ Se ofrecen a toda la población, independiente de su condición de riesgo e ingreso.
- ▶ El diseño de los paquetes responde a las necesidades sanitarias de cada país.

Chile: las GES han permitido fijar prioridades y dirigir recursos a las patologías de mayor impacto.

América Central: asegurar atención primaria a segmentos excluidos y reducir rezagos epidemiológicos.

Definición de coberturas explícitas

- ▶ Algunos elementos comunes de las coberturas:
 - Involucra un dilema ético y consideraciones de derechos sociales.
 - Facilita la determinación de precios de los prestaciones.
 - No implica reducir los niveles de cobertura, sino garantizar servicios de salud exigibles e iguales para todos.
 - La definición de los paquetes debe expandirse en el tiempo.
 - Definir prioridades no implica desplazar el tratamiento de las no incluidas, es decir, no debe absorber toda la capacidad del sistema público.

Paquetes de garantías explícitas universales

País	Paquete básico de prestaciones	Enfermedades catastróficas
Argentina	Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)	Sí
Bolivia	Seguro Básico de Salud (SBS)	No
Brasil	Plan de atención básica (PAB)	Sí
Colombia	Plan Obligatorio de Salud (POS), POS Subsidiado (POSS)	Sí
Costa Rica		Sí
Cuba		Sí
Chile	Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Sí
Ecuador (proy. 2003)		No
Guatemala	Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS), limitado	No
Haití (proy. 2004)		No
México	Seguro Popular de Salud (SPS), parcial	Parcial
Nicaragua	Muy limitado	No
Panamá	Limitado	Parcial
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS), parcial	No
República Dominicana	Plan Básico de Salud (PBS), parcial	Parcial
Uruguay	No definido	Sí

Cobertura Universal y Ajustes por Riesgo Diplomado Economía y Salud

Pablo Carvallo Ceroni

División de Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL

7 de septiembre de 2012



Bibliografía

- ▶ La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. CEPAL, 2006

