

# Economía y Prioridades Sociales



NACIONES UNIDAS



**Daniel Titelman**  
**Director de la División de**  
**Financiamiento para el**  
**Desarrollo**  
**CEPAL**



# Protección Social: un enfoque de derechos

- Derechos civiles
- Derechos políticos
- Derechos económicos, sociales y culturales (DESC)
  
- Los DESC adquieren creciente importancia como criterio orientador de la política social
  - Cobran fuerza los mecanismos de distribución que permitan avanzar hacia formas menos excluyentes de sociedad
  - Establecen la ciudadanía social al mismo nivel de importancia que la ciudadanía civil y política.



# **Objetivos Principales de un Sistema de Protección Social**

- 1) Prestación de Servicios básicos universales a la población en general**
  - 1) Para evitar la pobreza en la vejez, en el caso de pensiones**
  - 2) Acceso a todos a servicios básicos de atención sanitaria**
  
- 2) Prestaciones que permitan mantener el nivel de ingreso de todos aquellos que pueden contribuir a la Seguridad Social**
  - 1) Pensiones de vejez que ofrezcan ingresos de institución**
  - 2) Servicios Sanitarios de buena calidad**
  
- 3) Entorno propicio para la obtención de prestaciones complementarias para todos aquellos que se los puedan permitir**
  - 1) Ingresos complementarios de jubilación**
  - 2) Acceso a servicios de salud**



# Dos Ámbitos de la Protección Social

- **Financiamiento**
  - No contributivo
  - Contributivo
- **Prestaciones**
  - Públicas
  - Privadas
- Como conviven estos diferentes ámbitos.



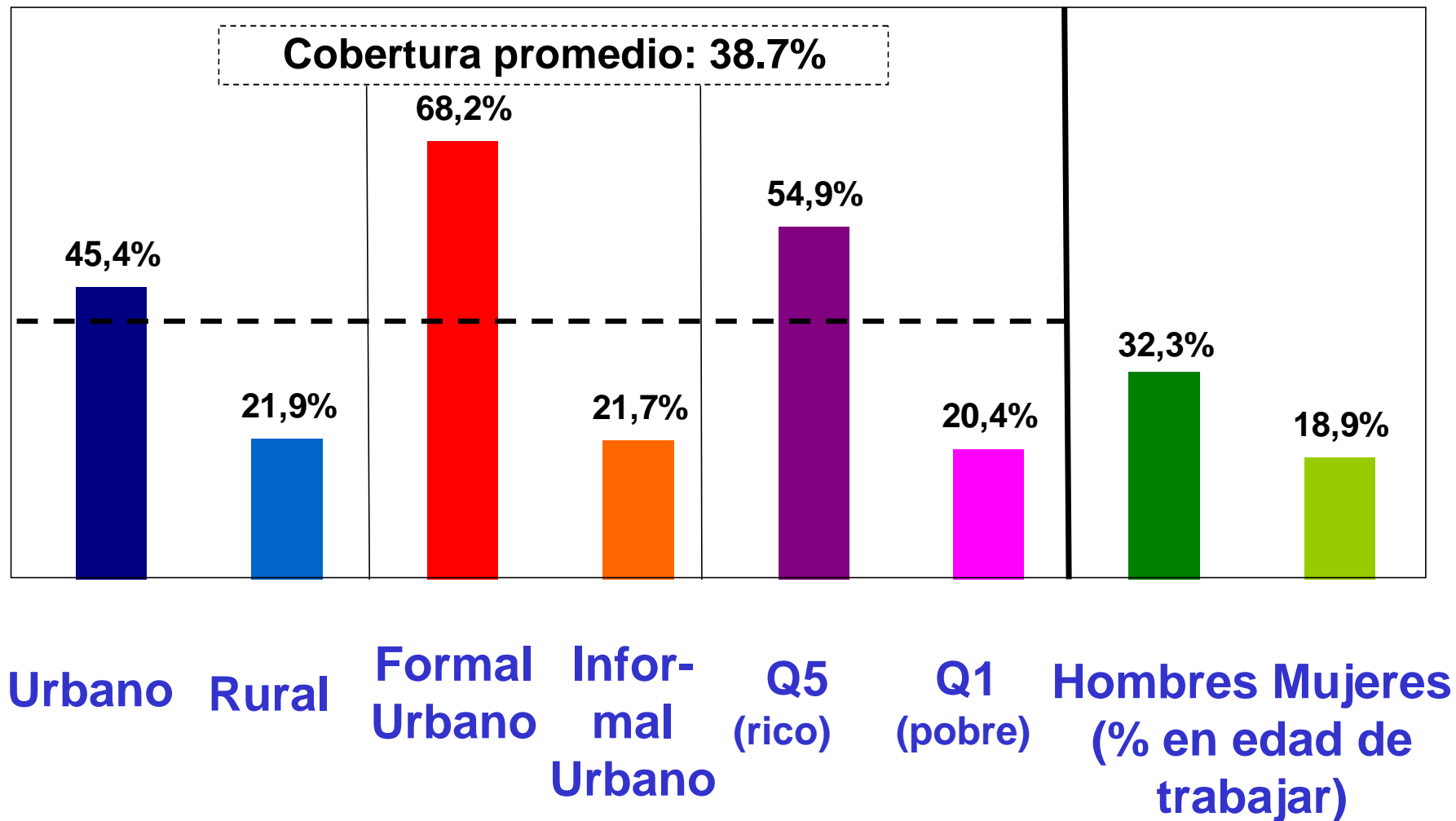
## Contexto histórico y reformas de los 90

---

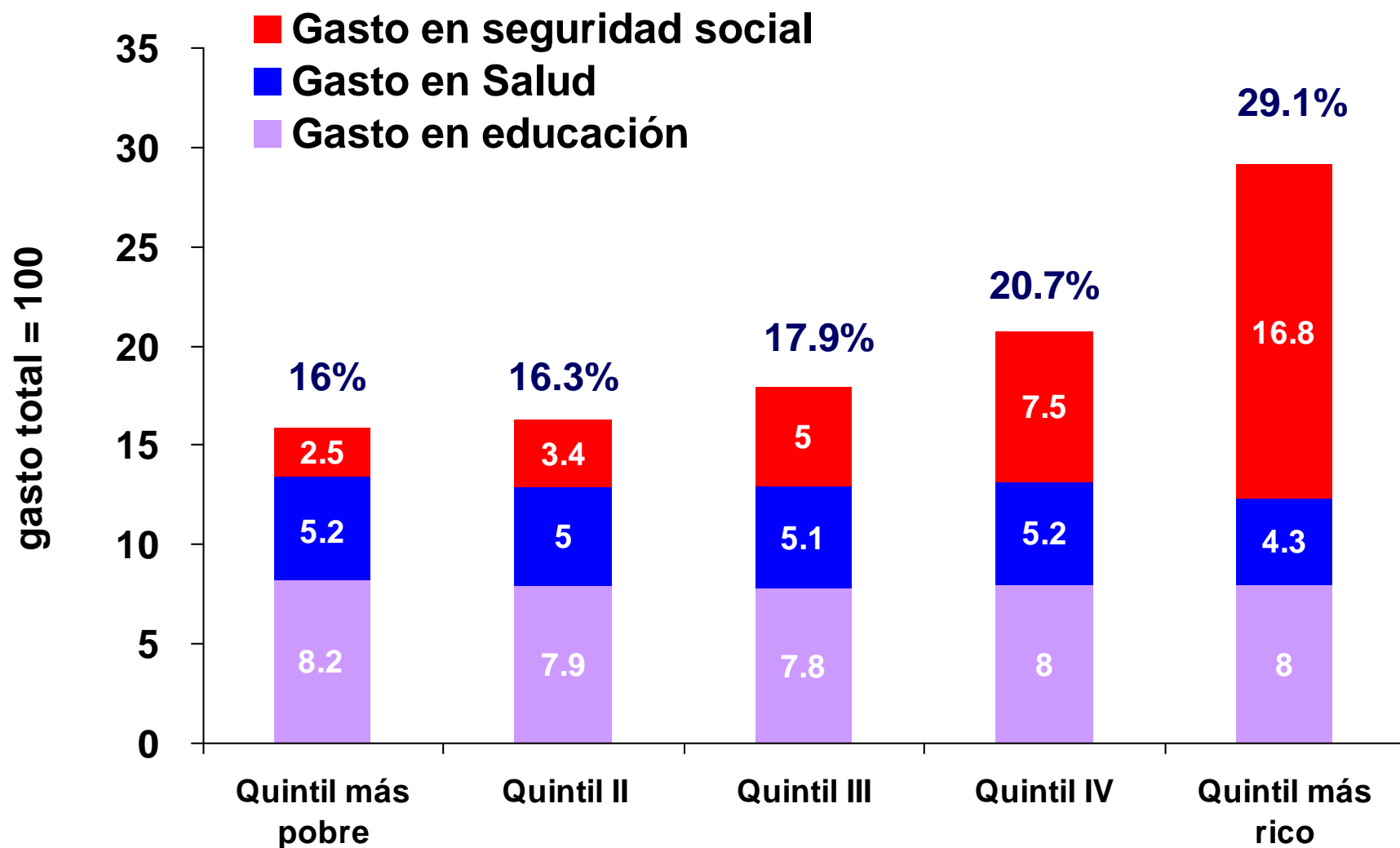
- Si bien el empleo “decente” es una condición esencial para la protección social...
- El Estado de Bienestar basado en la “sociedad del trabajo” ha sido una promesa inconclusa.
  - Baja cobertura, que incide en exclusión social
  - La desigualdad en la distribución del ingreso se traslada a la protección social.

# Inequidad en la estructura de aportes

AMERICA LATINA Y EL CARIBE:  
OCUPADOS QUE COTIZAN (c. 2002)



## Distribución y composición sectorial del gasto social según estrato de ingreso





## Contexto histórico y reformas de los 90

---

- El Estado de Bienestar basado en la “sociedad del trabajo” ha sido una promesa inconclusa.
  - Baja cobertura, que incide en exclusión social
  - La desigualdad en la distribución del ingreso se traslada a la protección social.
- Las reformas de los 90 buscaron mejoras en el financiamiento y el acceso mediante:
  - Una mayor relación entre empleo y protección, a través de la formalización del mercado laboral
  - Énfasis en mecanismos de incentivos y eficiencia más que en los de solidaridad





## **La protección social: un cambio de enfoque**

---

- No se percibe que en el corto y mediano plazo el trabajo pueda ser el mecanismo exclusivo de acceso a la protección social.
- Se requiere un mejor equilibrio entre incentivos y solidaridad.
- Nuevas presiones por cambios demográficos, epidemiológicos y en la estructura familiar



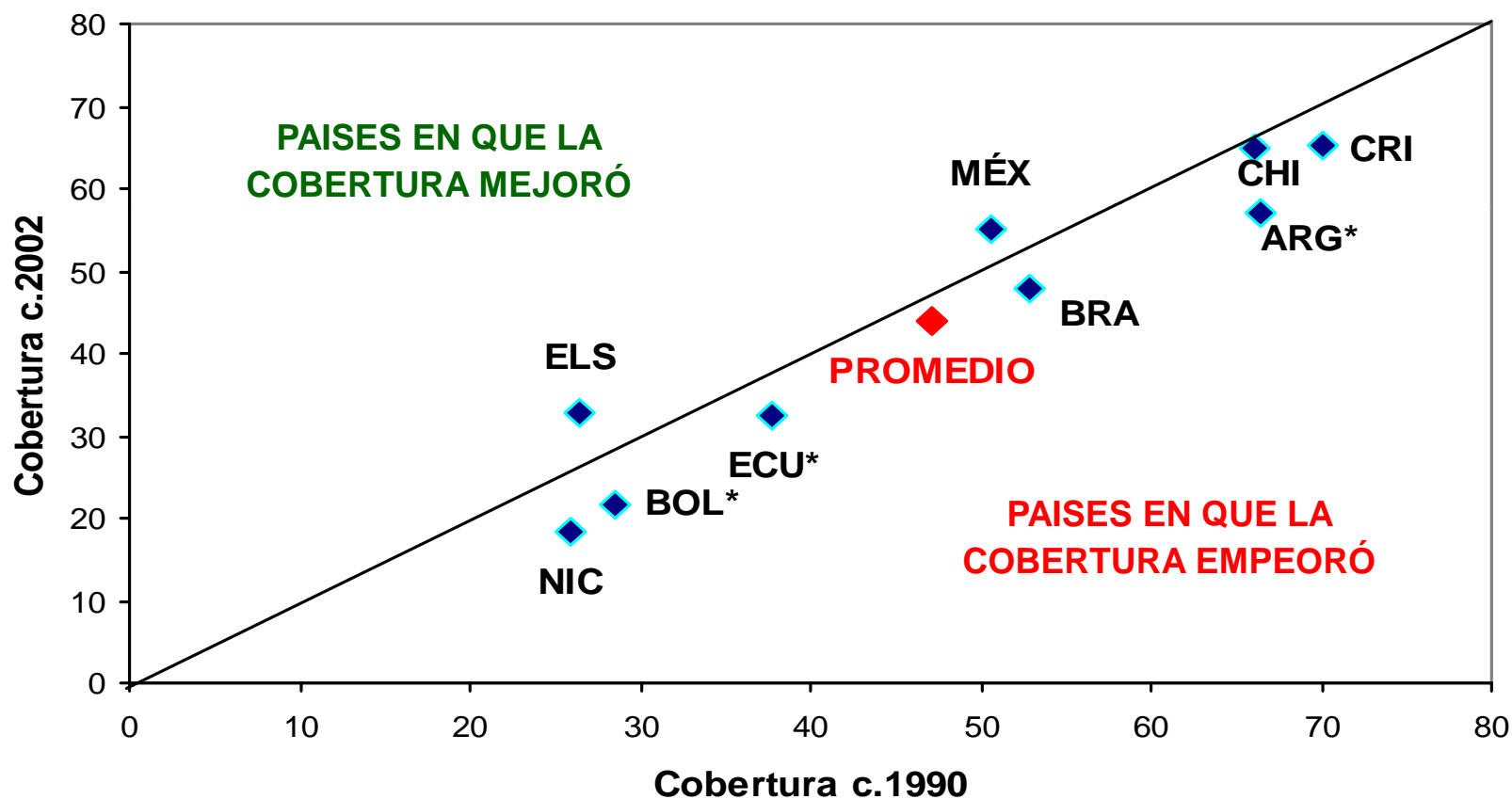
## Contexto de las reformas de los 90

---

- El diseño de reformas no fue el más apropiado para los problemas de la región.
- El crecimiento, bajo y volátil, no fue favorable.
- La dinámica del mercado de trabajo no fue la esperada:
  - Alto desempleo
  - Informalidad y precarización laboral
- Restricciones fiscales implicaron baja cobertura no contributiva.

# A pesar de las reformas, la cobertura contributiva cayó desde 1990

AMÉRICA LATINA: COBERTURA EN 1990 Y 2002  
(Porcentaje de ocupados que cotiza)





# Contenido de un nuevo pacto social

---

- Derechos explícitos, garantizados y exigibles
- Definición de niveles y fuentes de financiamiento
- Desarrollo de la institucionalidad social



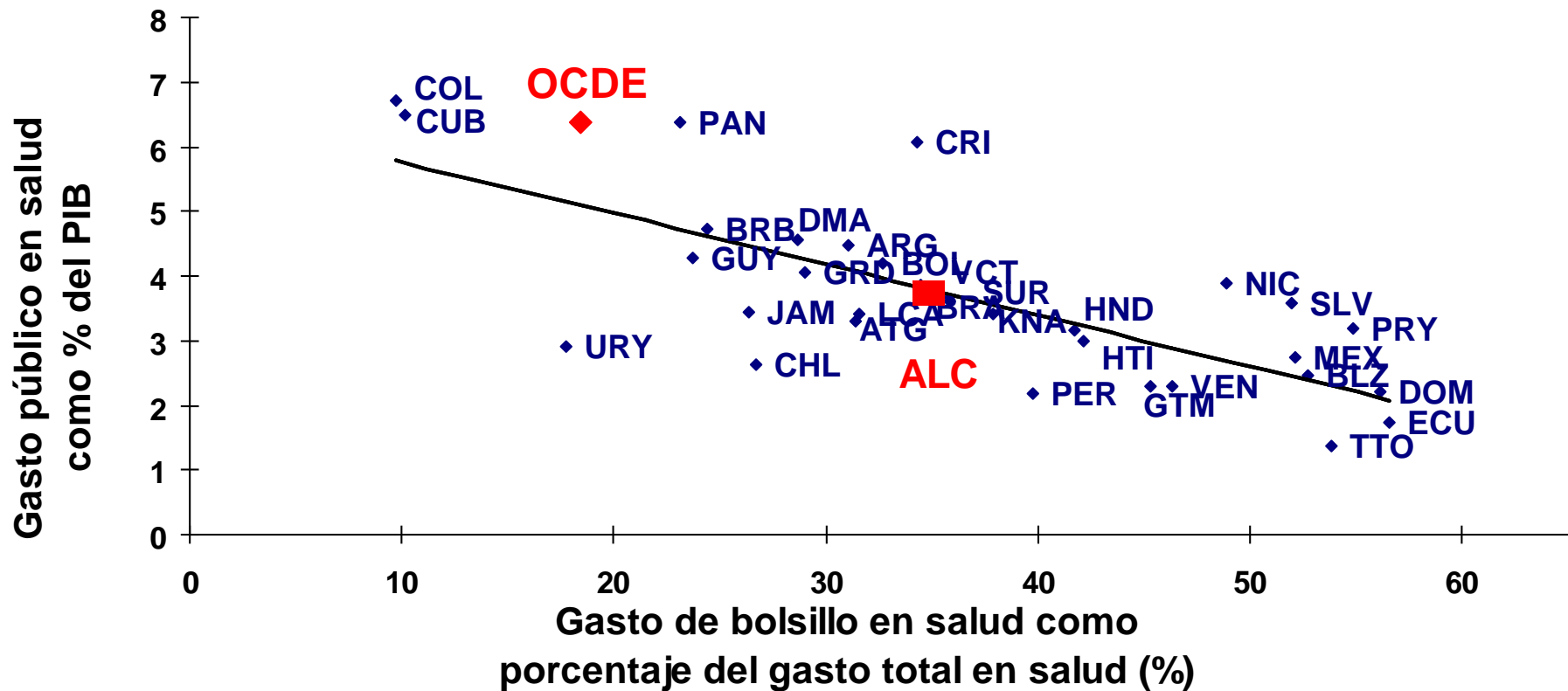
## Desafíos de la protección social en salud

---

- Fuerte inequidad en acceso a servicios de salud en la región
- Transición demográfica, epidemiológica y tecnológica
- Problemas de articulación en el financiamiento y la prestación entre subsistemas

***Avanzar hacia la universalización***

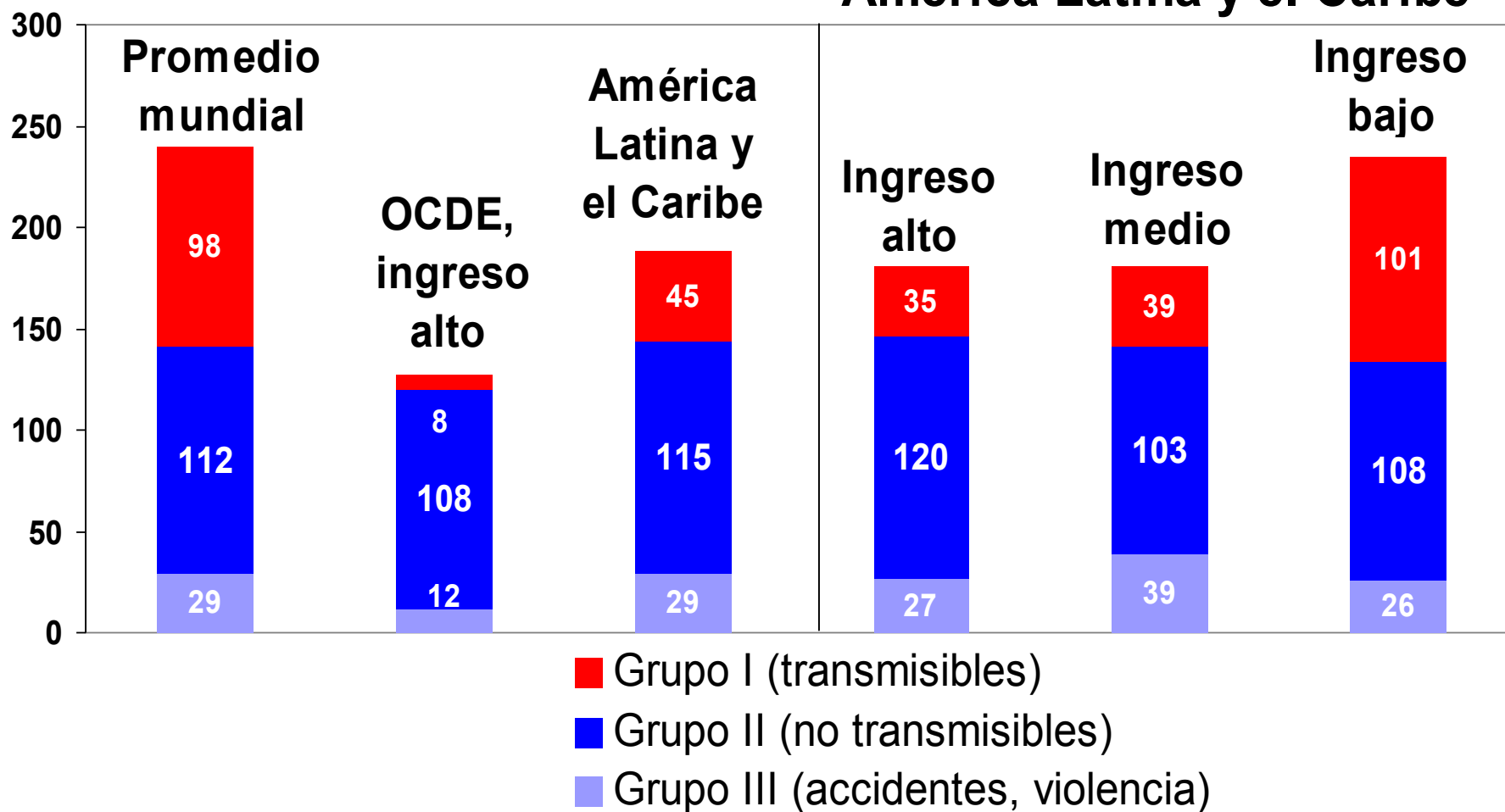
# Inequidad: gasto de bolsillo en salud



# Incidencia de enfermedades

## AVISAs por 1000 habitantes

### América Latina y el Caribe





## Perfil Epidemiológico

- La región enfrenta crecientes costos por la transición hacia perfiles de mayor complejidad (enfermedades no transmisibles).
- Mientras que mantiene un nivel comparativamente alto de “enfermedades del subdesarrollo”.
- Todo ello partiendo desde una cobertura efectiva baja, especialmente entre los más pobres.
- La cobertura se refiere tanto a la protección de la salud misma como a la protección de los efectos financieros adversos de los problemas de salud.





# Organización de los Sistemas

- En general, los sistemas de salud de ALC cuentan con tres sectores: público, seguridad social y privado.

# Segmentación del Sector Salud

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



# La agenda de reformas a los sistemas de salud debe incluir

---

- 1) Integración de sistemas públicos y de seguridad social, evitando descreme:
  - Solidaridad: acceso a servicios independiente de aportes, capacidad de pago y riesgo individual
    - Solidaridad total (al estilo Europeo)
    - Componente solidario (Costa Rica y Colombia, ente otros)
- 2) Definir beneficios con cobertura universal y exigibilidad garantizada (necesidades sanitarias)
- 3) Políticas de salud pública y expansión de la atención primaria
  - Fortalecer atención primaria asistencial, preventiva y resolutive



## Racionalidad de la Separación de Funciones

---

- Busca terminar con la segmentación del sistema de salud ayudando a redefinir instituciones en términos de sus funciones.
- Busca reducir inequidades en el financiamiento, acceso y utilización de los servicios.
- Busca mejorar la eficiencia y eficacia en la asignación y utilización de los recursos mediante la integración funcional de proveedores públicos y privados en redes de proveedores de servicios .



# Agregación de Riesgos y Solidaridad

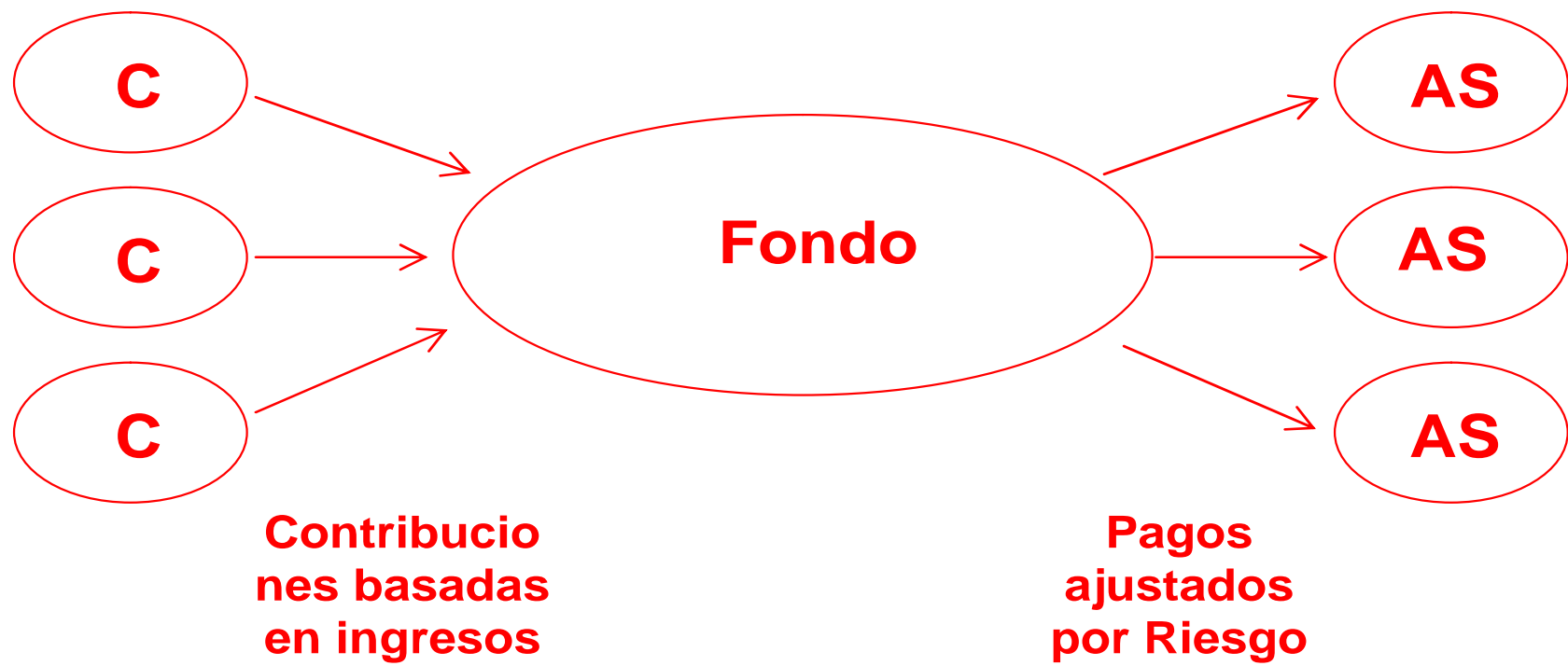
- Busca Evitar Descreme e Introducir Solidaridad
- Cinco preguntas esenciales:
  - Quien agrega: Articulación Público-Privada, Público-Público
  - Con que criterios se ajustan los riesgos
  - Que beneficios se cubren
  - Fuentes de financiamiento y grado de solidaridad entre Cotizantes, y no Cotizantes
  - Como y quien Regula
- Respuestas dependen de realidades específicas y capacidad institucional. Diferentes experiencias en el contexto de América Latina y el Caribe.

# Solidaridad en un Contexto de Seguros de Riesgo

Transformar

Contribuciones basadas en ingresos en Pagos ajustados por Riesgo

C = Consumidores / AS = Agencia Aseguradora





## **Dualidad de Fuentes de Financiamiento imponen desafíos a los sistemas de Protección Social**

- **Superar la tradicional segmentación entre la seguridad social contributiva y el sistema público no contributivo:**
  - **Ganancias en Macro-eficiencia por mejor utilización de la capacidad instalada.**
  - **Mayor y mejor agregación de los riesgos sociales.**
  - **Reduce incentivos al descreme.**
  - **Potencia mecanismos de solidaridad.**



## La agenda de reformas a los sistemas de salud debe incluir (2)

---

- 4) Políticas de organización y prestación de servicios
  - Separar funciones de financiamiento y prestación
  - Articulación de la oferta prestadora
  - Mejorar mecanismos de pago
  - Regulación y supervisión
- 5) Políticas de salud pública y expansión de la atención primaria
  - Fortalecer atención primaria preventiva y resolutive
  - Descentralización





## **Desafíos para avanzar en la materialización de los derechos: aprovechamiento de la capacidad de oferta**

- Fortalecimiento del sector público
  - Gestión Hospitales públicos
  - Fijación de costos medios y calidad
  - Capacidad Regulatoria
- Optimizar mezcla público-privada
  - Potenciar la capacidad de proveer servicios
- Prevención y atención primaria
  - Incentivos a través de mecanismos de pagos
  - Incentivos a través del aseguramiento: ciclo de vida



## **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 sean estas los ministerios de salud, los seguros sociales, o aseguradoras privadas
- La racionalización del sistema de compra pasa por la utilización de instrumentos de pagos que permitan distribuir riesgo financiero entre proveedores y compradores institucionales mediante la consideración de factores relativos al nivel y tipo de demanda esperada

**Mecanismos de pagos prospectivo versus retrospectivo**  
**Prospectivo: La decisión del proveedor no influye en el pago**  
**Retrospectivo: La decisión del proveedor influye en el pago**

	Nivel de Beneficiario	Nivel de Episodio	Nivel de Servicio	Costos	
Presupuesto	Prospectivo	Prospectivo	Prospectivo	Prospectivo	
Per Capita	<b>Retrospectivo</b>	Prospectivo	Prospectivo	Prospectivo	
DRG	<b>Retrospectivo</b>	<b>Retrospectivo</b>	Prospectivo	Prospectivo	
PPP (FFS)	<b>Retrospectivo</b>	<b>Retrospectivo</b>	<b>Retrospectivo</b>	Prospectivo	
Reembolse Del costo	<b>Retrospectivo</b>	<b>Retrospectivo</b>	<b>Retrospectivo</b>	<b>Retrospectivo</b>	



## Criterio para la evaluación de los mecanismos de pago

---

### Retrospectivo:

- Incentivo para la Sobre Producción
- Tendencia a Macro-ineficiencia

### Prospectivo:

Incentivo para la Sub Producción

Incentivo para seleccionar beneficiarios:

- Descreme
- Evitar perdidas esperadas, atraer utilidades esperadas.
- Tendencia a Micro-ineficiencia

# Tipos de sistemas de pago

Sistema de pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad	Acción Pública
Pago por servicio médico	Se paga el servicio más desagregado	Maximizar el número de actos médicos	Suele recaer sobre el financiador	a) No prevención b) Alta tecnología y calidad c) Inducción de demanda d) "Corrupción" e) Discriminación de tarifas f) Desigualdad	Incentiva actividad y sobreutilización	+	Tarifas máximas
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Minimizar el esfuerzo en el trabajo	a) Salario puro: riesgo sobre el prestador b) Ajustes de productividad: riesgo sobre el financiador	a) Importancia del ascenso y promoción b) Crecimiento de plantillas c) Cooperación entre médicos	a) Puede incentivar la actividad y sobreutilización b) Sobredimensión de los médicos	+ -	a) Debilidad negociadora b) Garantías de calidad c) Diseño de sistemas mixtos
Pago per cápita	Se paga la afiliación, la asistencia a un individuo	Maximizar la afiliación y minimizar los costes de la asistencia	a) Per cápita sin ajustes: riesgo sobre el prestador b) Per cápita ajustado: riesgo sobre el financiador	a) Prevención b) Derivación c) Selección de riesgos	Fomento de la integración de servicios y de la prevención cuando es eficiente	-	Control de la calidad por estándares y fomento de la competencia.
Pago por estancia hospitalaria	Se paga al hospital por cada paciente y noche	Maximizar el número de estancias y minimizar el coste medio de la estancia	a) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de que las estancias sean caras. b) Si se ajustan las tarifas según los costes esperables, el riesgo recae sobre el financiador	a) aumenta la duración media de la estancia b) mínimo coste de las estancias c) ingresos hospitalarios innecesarios d) no cirugía ambulatoria	Se fomenta la actividad hospitalaria	- +	Límites a la estancia media
Pago por ingreso hospitalario	Se paga al hospital por cada paciente ingresado, independientemente de la duración del ingreso	Maximizar el número de ingresos y minimizar el coste medio de cada ingreso	a) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de los ingresos caros b) Si se ajustan las tarifas según los costes esperables: riesgo sobre el financiador	a) Aumenta los ingresos b) Reduce la duración media de los ingresos c) Reingresos d) Hospitalización innecesaria	Se fomenta la actividad hospitalaria	-	a) Penalización de reingresos b) Exclusión de casos extremos c) Ajuste de las tarifas
Pago por presupuesto	Se paga al hospital por una actividad poco concreta en un plazo de tiempo	Maximizar costes	Suele recaer sobre el prestador si no se tienen en cuenta particularidades	a) implementación costosa b) planificación compatible c) margen de maniobra al prestador	Se fomenta la eficiencia, excepto si hay muchas asimetrías de información	-	Requiere gran esfuerzo para no caer en inercias

# Criterios para definir mecanismos de pagos

---

- Fijar Unidad de Pago: Se distinguen por el grado de agregación de los servicios contratados
  - Más Desagregadas: Pago por servicio
  - Mas Agregadas (focalizadas): pago por tratamiento, por estadía hospitalaria, por ingreso, por GDR, etc.
- Determinar Riesgos Financieros:
  - Cuando mayor es la variabilidad de costos por un precio dado, mayor riesgo financiero se transfiere al proveedor. Esto es no se diferencian productos. EJ. Se diferencia precio por tres tipos de ingresos hospitalarios o establecer una tarifa más compleja y diferenciar precios por más tipos de ingresos.
  - A menor número de intervalos el prestador asume más riesgos. (ej. Pago por servicio cero riesgo)



## Políticas de salud pública y expansión de la atención primaria

- Políticas de salud pública y expansión de la atención primaria
  - Cambiar el modelo de atención hacia lo preventivo
  - Fortalecer capacidad resolutive de la atención primaria
  - Definir intervenciones con carácter universal en función de morbilidad y mortalidad
  - Mejorar sistemas de referencias y contrarreferencias

## Distribución del Gasto en Salud por tipo de servicio en Ocho Países de la Región, 1995

País	Atención Preventiva (%)	Atención Curativa (%)	Administración (%)	Otros rubros (%)
Bolivia	2,8	61,8	10,4	25,0
Ecuador	2,3	83,4	5,5	8,8
El Salvador	7,8	71,4	8,2	12,6
Guatemala	4,0	77,6	10,5	7,9
México	9,0	80,0	3,0	8,0
Nicaragua	17,5	75,6	6,3	0,6
Perú	5,6	64,6	6,8	23,0
República Dominicana	7,4	67,0	15,5	10,1
Promedio	7,0	72,6	8,3	12,1

Fuente: Estudios de cuentas nacionales. Colaboración de Organización Panamericana de la Salud/United States Agency for international Development/Partnerships for Health Reform.

Tomado de: Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. Raúl Molina, Matilde Pinto, Pamela Henderson y César Vieira.



# Economía y Prioridades Sociales



NACIONES UNIDAS



**Daniel Titelman**  
**Director de la División de**  
**Financiamiento para el**  
**Desarrollo**  
**CEPAL**