



SALUD & ECONOMÍA



¿En qué pensamos cuando pensamos en un Sistema de Salud?

Enfoque desde una perspectiva de dimensiones Horizontal y Vertical



Gerencia Médica OSECAC

EDITORIAL

¿En qué pensamos cuando pensamos en un sistema de salud?

Esperamos que un sistema de salud sea el reflejo de las necesidades de la población, que esté cuando se lo precisa. También entendemos que *un sistema de salud debería formar parte de una mirada más amplia sobre cuidados del individuo, y que “haga su parte” dentro de una estrategia más comprehensiva de protección social.*

Surgen entonces dos temas que llevan, cada uno de ellos, a más interrogantes.

Uno de estos temas es cómo definir “la parte” del sistema de salud; **en qué consisten las tareas que hacen a la satisfacción de las expectativas de la población en materia de atención de la salud.**

Claramente, cada individuo tiene una respuesta personal a esta pregunta, dependiendo de su edad, su ingreso y su educación, si es una mujer en edad fértil viviendo en una gran ciudad o un hombre trabajando en una plantación en el norte del país. **Por ello, el sistema de salud debe aportar soluciones a la “envolvente” de todos estos requerimientos.**

Se desprende de lo dicho, que ciertos determinantes sociales afectan:

» **La percepción del estado individual de salud** (lo que define que a iguales síntomas, algunas personas se acerquen al sistema sanitario y otros no)

» Como también **su percepción sobre el sistema de salud: más allá de indicadores objetivos de calidad**, cada uno evalúa el sistema en función de parámetros propios. Una mujer educada, de ingresos medios-altos y un hombre con poco acceso a la educación y bajos salarios no perciben de igual modo el mismo servicio recibido.

“La percepción del estado individual de salud así como de la calidad del sistema de salud depende en parte de determinantes sociales”.

En resumen, cuán buena o mala es la atención recibida es evaluada a partir de mis necesidades y de mis percepciones sobre el servicio recibido. **Cuestiones objetivas y subjetivas participan en esa evaluación.**

Cuando mencionamos que el sistema de salud debe hacer “su parte” es porque entendemos que **existe un “todo” sobre el cuidado de la salud que excede al**



sistema. Ello probablemente involucra una mirada más amplia, donde el sistema educativo informa y forma buenos hábitos desde temprana edad, complementando los mensajes familiares. Es difícil pensar un sistema sanitario eficaz si no está fortalecido desde una **base educativa**. Esta mirada amplia del “todo” en salud también considera **mecanismos de acción social**, tales como programas de transferencias de ingresos para poblaciones vulnerables, planes nutricionales, sistemas viales responsables, entre otros. Asimismo, es sabido que una red de **acceso a agua potable y servicios cloacales** impacta directamente sobre la salud de la población, en muchos casos de modo más directo que un hospital de alta complejidad.

Claramente las condiciones existentes en tales ámbitos, conocidos como los **determinantes sociales de la salud**, y el éxito de estas otras intervenciones alteran las necesidades de salud y su percepción. El acceso a agua potable reduce la probabilidad de contagio de un amplio grupo de enfermedades, así como una mejor educación facilita la identificación de situaciones que requieren de una consulta al sistema.

El segundo tema que **surge del argumento inicial es que la mirada del usuario sobre el sistema de salud se concentra fundamentalmente en el prestador** (hospital, clínica, centro de atención primaria, médico, enfermero), y **no necesariamente mira “hacia adentro” del modelo de salud**. Cobertura, calidad, oportunidad, pagos, patrones de prescripción de estudios y medicamentos, equidad en acceso, son indicadores de desempeño que el paciente observa o percibe en el ámbito de contacto con el sistema, que es el espacio prestacional. Sin embargo, **estos resultados observables son el producto del eslabonamiento de una serie de decisiones secuenciales, vinculadas a tareas o responsabilidades que constituyen la “dimensión vertical” del modelo de atención de la salud**.

La literatura sobre sistemas de salud es extremadamente amplia sobre el particular. La misma ha intentado identificar los grupos de actividades presentes en la organización de modelos sanitarios, a fin de establecer parámetros estándar sobre las **características deseables** en cada uno de ellos.

Cinco funciones básicas definen un sistema de salud. Ellas son:

Financiamiento,
Aseguramiento,

El sistema de salud “forma parte de un todo” que hace al cuidado de la salud. En este todo se encuentran: el sistema educativo, mecanismos de acción social, acceso a agua potable, etc.

Gestión,
Prestación de servicios, y
Regulación.

La función de **financiamiento** define los **mecanismos de recolección de recursos destinados a garantizar la**

atención de la salud en un sistema, los que provienen generalmente de fuentes impositivas y contribuciones salariales y patronales en el ámbito del empleo formal. Cada país (y cada subsistema al interior de un país) cuenta con un menú de opciones, tanto a nivel nacional como sub-nacional (impuestos provinciales, tasas municipales).

Esta función establece cuan “poroso” es el esquema de contribuciones, como también **cuán equitativo es el sistema impositivo destinado a financiar la salud**. Sin embargo, mecanismos progresivos en la recaudación de fondos (impuestos a las ganancias, por ejemplo) no necesariamente reflejan equidad en la estructura del gasto (dónde esos fondos se asignan). Por el contrario, **un modelo de financiamiento basado en pagos de bolsillo directo de los hogares muestra una profunda inequidad en el financiamiento sectorial**.

Por ello, la distribución del gasto de bolsillo en salud por quintiles de ingreso es un indicador tradicional de equidad sistémica.

En el caso argentino, por ejemplo, los instrumentos de recolección de recursos son extremadamente amplios y diversos, con gastos de bolsillo moderados para el promedio de países en desarrollo (aproximadamente un tercio del gasto total en salud).

La función de **aseguramiento** constituye el corazón del modelo organizacional de un sistema de salud, y donde se planifica qué servicios se garantizan, a quiénes, y bajo qué condiciones. **Ella establece las bases de la cobertura, la efectividad y la calidad de los servicios, brindando una estructura de derechos al acceso**.

En la medida que cada individuo utiliza el sistema de salud con distinta asiduidad y con diferentes requerimientos a partir de **variables observables de riesgo**

“Financiamiento, aseguramiento, gestión, prestación de servicios y regulación son las cinco funciones básicas que definen un sistema de salud”

“La función de financiamiento define los mecanismos de recolección de recursos destinadas a garantizar la atención de la salud”.

“La función de aseguramiento define la estrategia de cobertura: cuáles, cuándo y cómo garantizar los servicios de atención”.

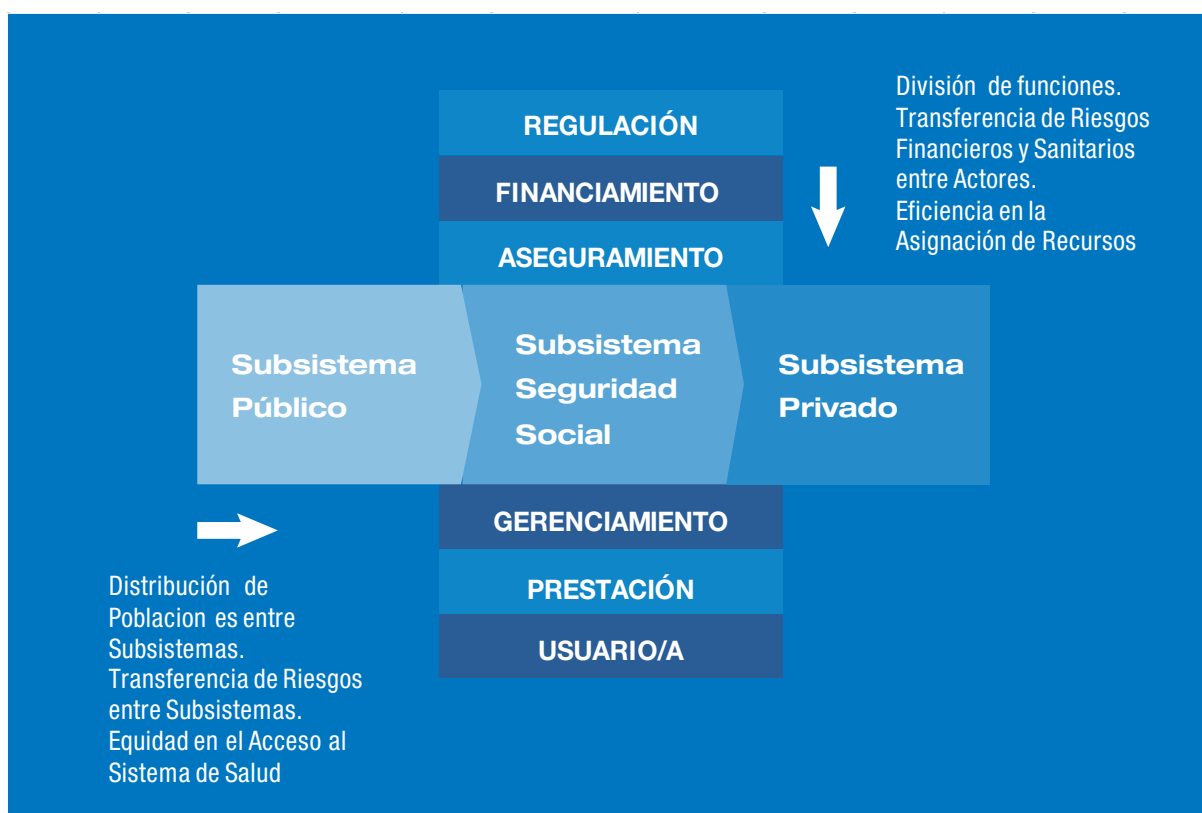
(edad, sexo, geografía), y no observables (percepción de necesidad, aversión al riesgo), se necesita que el sistema de salud establezca una provisión financiera de cobertura, combinando todas las necesidades existentes.

La envoltura de necesidades mencionada párrafos arriba constituye la suma de las probabilidades de ocurrencia de cada evento de cuidado de salud para cada perfil socio-epidemiológico de la población.

A partir de ello, es posible “preciar” el conjunto de prestaciones a ser garantizadas, indicándole a la función de financiamiento el monto a ser recolectado.

Cualquier **mecanismo de financiamiento cuenta con un padrón de beneficiarios y un conjunto de servicios garantizados, a partir de lo cual se establece las necesidades de financiamiento del seguro, cualquiera sea su fuente de recolección** (impositiva, individual, compulsiva o voluntaria). En la medida que los grupos poblacionales menos riesgosos aportan al sistema y

Dimensión Horizontal y Vertical en Sistemas de Salud ²



2 Maceira, D. (2001):“Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de America Latina y el Caribe”, Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (Harvard School of Public Health, FPMD, Partnerships for Health Reform, Pan-American Health Organization, USAID).No.2.

mantienen tasas de uso moderadas y bajas (debido a su menor riesgo epidemiológico), se generan **transferencias de recursos planificadas hacia los de mayor riesgo efectivo**, más allá de las correcciones de primas vinculadas.

Este mecanismo de transferencia se encuentra en cualquier estructura de seguro, no sólo en salud, sino en seguros de vida, automotores, de cambio...

Sin embargo, existe un componente adicional que transforma un seguro en un **seguro social**: la transferencia de recursos de grupos poblacionales relativamente ricos a otros relativamente pobres. Una estructura homogénea de retenciones al salario en términos porcentuales hace que cada aportante a un seguro social contribuya proporcionalmente igual, aunque **el derecho a recibir el conjunto garantizado de servicios es idéntico, a pesar que la contribución monetaria fue diferente**. Este componente solidario del seguro social reduce las inequidades en acceso, en tanto el uso no se encuentra restringido a la capacidad contributiva.

En la medida que los fondos de aseguramiento no son únicos, o coordinados entre ellos, **existen diferencias de recursos, de definición de conjunto de prestaciones, en la efectividad en su definición, como también en la provisión entre ellos. El resultante es el surgimiento de brechas de financiamiento y de equidad entre instituciones aseguradoras.**

Adicionalmente, **cuanto más pequeña es la masa de aportantes a un seguro, menor es la capacidad financiera del sistema** para hacer frente a intervenciones de mayor costo, **por lo cual una mayor concentración en la función de aseguramiento, necesariamente acompañada con una estrategia regulatoria acorde, se constituye en una opción socialmente eficiente**, con connotaciones directas sobre la equidad en el acceso.

Más aún, dentro de un sistema sanitario pueden convivir modos de aseguramiento privado y social, con objetivos en ocasiones diferenciados, lo que puede llevar a **estrategias de cobertura no-homogéneas**.

El derecho a recibir un conjunto garantizado de servicios independientemente de la contribución monetaria efectuada define a un "seguro social" en salud.

"La función de gestión de recursos define los modelos de administración, el mapa de prestadores e instituciones donde se hará efectiva la cobertura "

- Claramente, el análisis de la función de aseguramiento muestra desafíos estructurales, tanto en el diseño del conjunto de garantías, el tratamiento de la alta complejidad y de las enfermedades catastróficas, los criterios de transferencias de riesgos y recursos entre participantes, los modos de incorporación de nuevas tecnologías y procedimientos, etc.

Conocer la estructura de la función de aseguramiento de un sistema de salud “habla” de la eficiencia y la equidad del modelo como un todo.

La función de **gestión de recursos**, **a diferencia de aquella de aseguramiento, se fortalece con la competencia**. Una vez definido el conjunto de prestaciones garantizadas y los mecanismos de financiamiento y actualización, **cada institución gestiona se impone un modelo de administración y define el mapa de prestadores profesionales e institucionales donde ese plan de cobertura se llevará a cabo**.

Decisiones deficientes en la función de aseguramiento imponen desafíos en la gestión sanitaria, del mismo modo que fallas en la recolección de recursos afectan negativamente la planificación del seguro, tanto privado como social. **Por el contrario, un modelo eficaz de aseguramiento brinda a la gestión la capacidad de operar bajo una asignación racional de recursos ante un perfil de necesidades identificado de modo riguroso**.

Sobre estas decisiones de aseguramiento la función de gestión es aquella que “hace brillar” los fondos asignados al sector salud. Objetivamente, la eficiencia asignativa es patrimonio de la función de gestión, identificando planes de cobertura y prestadores, garantizando igualdad de acceso, dotación de infraestructura igualitaria, capacidad del recurso humano y modelos de referencia y contra-referencia eficientes. Estas instituciones pueden integrarse verticalmente en propiedad (contando con prestadores propios al interior de la misma institución) o estableciendo contratos directos o con intermediarios con los oferentes del sistema. Esto último, en un modelo de múltiples gestores, reduce el control del administrador sobre el prestador, que cuenta con una cartera de pagadores.

Economías de escala en la prestación de servicios, diseño de mecanismos de pago hacia arriba con los aseguradores, y hacia abajo, con los prestadores, propiedad o tercerización de servicios, incentivos a la prevención son algunos de los términos clave en la tarea de gestión de recursos en salud. De ellos se desprende la capacidad del sistema para **hacer frente eficazmente a las necesidades de la población bajo cobertura, en base a criterios eficientes de uso de recursos**.

- La función de [prestación de servicios](#) constituye el contacto directo entre la oferta y la comunidad, mediante la traducción de necesidades de atención de la salud en demandas efectivas en el sistema. Diversos conceptos vinculados con esta función de la organización sanitaria constituyen parte del debate cotidiano de un modelo de cuidado. Ellos son, entre otros, la **definición de acceso, el diseño de una red de atención consistente con las necesidades, la dotación de recursos humanos e infraestructura, que influyen sobre el “modelo de atención”**. Fundamentalmente, la función de prestación de servicios [involucra la articulación entre el cuidado y la necesidad, lo que incluye mecanismos de información y seguimiento del individuo sano](#).

El concepto de acceso y su correlato, la presencia de [barreras al acceso](#), muestran diferentes definiciones a partir del parámetro sobre el cual se defina el análisis. **Barreras de acceso geográfico, financiero, cultural, tecnológico, son criterios diferentes de indicar las limitaciones para encontrar la atención requerida debido a falta de establecimientos cercanos, capacidad de pago, diferencias en idiomas o costumbres, carencia del equipamiento o saber requerido, respectivamente**. En ocasiones, incluso, la segmentación del sistema hace que ninguna de estas barreras se encuentre presente, pero surjan otras institucionales: la pertenencia de un prestador cercano a una red diferente a la cual el paciente se encuentra afiliado.

Las limitaciones de los recursos existentes precisan diseñar redes de prestadores de diferentes niveles de complejidad, que se articulan brindando cuidados a la población a partir del tipo de necesidad involucrada.

Sucesivos niveles de complejidad dentro de un área definida permiten mayor eficacia en el uso de recursos, racionalidad en el uso de tecnologías, y satisfacción del usuario en la justa medida de sus requerimientos. **Fallas en el diseño de redes llevan a un mal manejo de la gestión de la salud y de la enfermedad, toma de decisiones clínicas en base a patrones informales, no normatizados que ponen en riesgo la calidad y la eficacia de la atención**. Dicho de otro modo, una red institucional basada en una [estrategia de atención primaria de la salud](#) implica la definición de vínculos formales entre los centros de atención primaria, los hospitales de segundo y tercer nivel y las instituciones de mayor complejidad de modo que los recursos se asignen racionalmente.

Definir [la dotación de recursos humanos e infraestructura](#) forma parte de una estrategia de gestión y prestación consistentes entre sí. Desvíos de una planificación acorde con las necesidades conlleva **a la falta de acceso o al**

surgimiento de incentivos a sobre-prestar servicios, ambos con implicancias presupuestarias sobre el modo de organización del sistema de salud.

- Finalmente, la función de **regulación** es inherente a la operatoria eficaz de un sistema sanitario. **La literatura tradicional sobre economía de la salud parte de la necesidad de diseñar e implementar mecanismos de control ante situaciones de información asimétrica o imperfecta, fallas de competencia y productos no-homogéneos.**

Básicamente, la existencia de estas características en el funcionamiento de cualquier sistema de salud hace que el “vector de precios” de la economía no necesariamente revele las señales necesarias para que usuarios y oferentes tomen decisiones socialmente eficaces. **El Estado, en esos casos, actúa mediante la implementación de diferentes herramientas de “alineamiento” de intereses entre las partes, a fin de alcanzar ese teórico “óptimo social”.**

A diferencia de otros sistemas o mercados donde el Estado participa, **en los sistemas de salud el “objeto” del accionar público involucra el cuidado de la vida, con implicancias sociales, altruistas, y de garantías de derechos elementales, más allá de sus connotaciones económicas. Estos objetivos que superan cualquier justificación teórica para abordar una estrategia de acción pública.**

Particularmente, en el área de salud la “caja de herramientas” con la que cuenta el Estado para intervenir es amplia, y opera sobre cada una de las funciones descritas previamente dentro de la dimensión vertical del sistema. **Ella involucra acciones de habilitación y certificación de centros de salud, plantas productoras de insumos y universidades, hasta la definición de normas de buena práctica, modos de subsidio cruzado entre grupos, protocolos para el tratamiento de enfermedades, definición de paquetes obligatorios de servicios para la población, etc.** Dentro de este amplio abanico de intervenciones, las inversiones directas del Estado en salud incluyen el sostenimiento de hospitales y centros de salud, el subsidio y compra de medicamentos e insumos, la transferencia de recursos a las familias, entre muchos otros ejemplos.

Cada una de estas funciones dentro del sistema sanitario se reproduce en el número de subsistemas en los cuales el modelo sanitario de un país se organiza. La dimensión horizontal de un sistema refleja entonces la segmentación entre grupos a partir de su afiliación –implícita o explícita- a uno de esos subsistemas, y dentro de cada uno de ellos se identifican las

funciones de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de recursos, con la consiguiente respuesta regulatoria.

El desarrollo de cada una de estas funciones establece un esquema de complementación entre actores, en búsqueda de un objetivo general común, vinculado con el acceso a la salud de la población.

Sin embargo, y como es fácil de comprender, se pueden identificar agendas particulares en cada uno de los actores que participan en el sector, y dentro de cada una de las dimensiones verticales y horizontales del sistema.

Multiplicidad de actores también refiere a multiplicidad de agendas a ser coordinadas, donde cada uno entiende que cuenta con la capacidad de identificar las necesidades de la población y traducirlas en políticas efectivas.

Estas miradas diversas se entrecruzan con agendas sectoriales, y poderes de negociación diferenciados, en función del peso relativo de cada actor en el sistema de salud.

La noción de encontrarse en un mismo “barco” sanitario resulta clara: puja de intereses y de espacios de poder son, como es esperable, moneda corriente, y probablemente siempre lo sean, tanto en el sistema de salud de la Argentina como en cualquier parte del mundo. Asimismo, responsabilidades no asumidas por una parte del sistema derrama sobre otra. Fallas de diseño o de implementación en una de las funciones de la dimensión vertical del modelo contagian a otras, y ello se traduce en transferencias de riesgos sanitarios y financieros, gastos excesivos, necesidades no cubiertas.

La responsabilidad de todos los actores del sistema es cooperar en la construcción de un modelo común.