

POLÍTICAS DE SALUD BASADAS EN SEGUROS PÚBLICOS EN UN CONTEXTO PROVINCIAL

En las últimas décadas numerosos países buscaron mejorar la eficiencia y la equidad de sus sistemas de salud realizando reformas que, usando diversas herramientas de política, tuvieron como eje la creación de seguros públicos de salud (SPS). En este trabajo se analizan conceptualmente las Políticas de Salud Basadas en Aseguramiento (PSBA) con el objeto contribuir a la discusión de la implantación de una política de este tipo.

Por Walter Valle y Alfredo Perazzo

¿Qué es un Seguro Público de Salud (SPS)?

Un seguro es un mecanismo operativo destinado a cubrir a una población determinada de las consecuencias financieras de un conjunto de riesgos a una prima determinada. En el caso de un SPS se encuentran presentes estos tres elementos con sus características específicas:

- Personalización de la población sin otra cobertura explícita (nominalización).
- Definición del plan de los beneficios sanitarios asegurados (PB) con base en las necesidades sanitarias.
- Determinación de costos del PB con la calidad requerida y de los esquemas de financiamiento: contributivos, no contributivos, socialización de costos, coberturas catastróficas, copagos, etc.

En forma conjunta con la implantación de un SPS se desarrollan habitualmente cambios en diversas herramientas de política que constituyen lo que en este trabajo se denomina PSBA. A título de ejemplo se mencionan las siguientes:

- Especialización funcional dentro del Sector Público.
- Explicitación de los derechos de acceso a la atención: en cuanto al PB y a la calidad de los servicios.
- Diseño de la estrategia de Prevención.
- Implementación de modelos de compra estratégica, de mecanismos de financiamiento por resultados y de modelos de control.

Obviamente, la coherencia del diseño de todas estas herramientas es una condición necesaria para alcanzar los objetivos buscados para cualquier sistema de salud: mantener la población en situación de salud, evitar los daños financieros familiares producidos por la pérdida de la

* El Lic. Walter Valle fue viceministro de Salud de la Nación, es especialista en Gestión de Sistemas de Salud y director del Centro de Estudios de Salud, Ambiente y Desarrollo (CESAD) Universidad Isalud. El Lic. Alfredo Perazzo es experto en Economía de la Salud e investigador de dicho Centro. Ambos desarrollaron e implementaron el Plan Nacer a nivel nacional con el cargo de director y subdirector respectivamente.



salud y producir servicios que satisfacen las expectativas de la población cubierta.

¿Por qué implementar un seguro como política de salud?

El sistema de salud de Argentina, como también de la mayoría de los países, es mixto, es decir, que los sectores público y privado participan tanto del financiamiento como de la provisión de los servicios. La lógica de los seguros es la que mejor se ajusta para poder integrar a ambos sectores en una política común para toda la población. Esta integración se puede dar desde el punto de vista del financiamiento, pero también desde la óptica de la regulación, en especial del alcance de la cobertura de beneficios asegurados, y del control. En consecuencia, un SPS asegura un marco lógico coherente dentro del cual se puede ir escalando los alcances de la política a la totalidad del sector, reduciendo su fragmentación pero respetando las peculiaridades de cada uno de sus actores. Es también un marco lógico eficiente para la reorganización del sector público asistencial.

¿Cómo se inserta una política de aseguramiento en el contexto nacional?

Si bien no existe una política nacional integral en la materia, los programas más exitosos im-

plementados en los últimos años se orientan a esquemas de aseguramiento. El primer paso fue el Plan Nacer que se focalizó en su inicio en 2004 en la población materno-infantil sin cobertura explícita y que desarrolló un esquema de aseguramiento con altas posibilidades de ser escalable. Actualmente se está lanzando una nueva fase de este Programa que explícitamente se orienta a extender a otros segmentos poblacionales el esquema de aseguramiento.

¿Qué grado de consenso requiere la implantación de un SPS?

Las reformas de los sistemas de salud son transformaciones políticas que abarcan décadas y, por lo tanto, varios períodos de gobierno. Desde este punto de vista los SPS requieren de consenso social para garantizar la sustentabilidad de la política, como ha ocurrido con el Plan Nacer en un plano federal. Para ello es importante generar instancias de consenso que involucren instituciones eficaces de diálogo sectorial a través de una organización colegiada que, con el liderazgo del Estado, den una amplia cabida a los principales actores para definir los aspectos más estratégicos de la política. Por ejemplo, en el caso de una provincia, a través de un Consejo Provincial de

La lógica de los seguros es la que mejor se ajusta al sistema de salud de Argentina para poder integrar a los sectores público y privado en una política común para toda la población.

Salud integrado por trabajadores, organizaciones sociales, usuarios, municipios, empresarios privados, colegios profesionales, etc. Idealmente, este consenso, enriquecido por la experiencia, debería converger a una ley marco que surja de una amplia discusión y que dé una mayor solidez institucional.

¿Qué beneficios tiene un SPS como política pública?

El desarrollo de un SPS tiene un conjunto de beneficios sustantivos:

- **Conocimiento de la población:** la nominalización implica que las personas que son sujetos de la política comienzan a tener una identidad que no solo implica un reconocimiento de su propia dignidad sino que genera oportunidades para hacer más eficientes y efectivas las acciones de prevención y asistenciales y lograr en consecuencia un servicio público de calidad.
- **Focalización:** se centra la atención en las necesidades epidemiológicas y las percibidas por la población.
- **Política de derechos:** mejores oportunidades para la apropiación de derechos por parte de los beneficiarios a partir de la explicitación de los beneficios sanitarios.
- **Control de costos:** el control y la socialización de los costos dentro de conjuntos poblacionales amplios implica potenciales mejoras en la equidad y en la eficiencia, aspecto crucial en un contexto en el que la experiencia mundial indica que existen costos crecientes.
- **Mejora de la gestión clínica:** la protocolización y la definición del PB (cantidad, calidad y oportunidad de los servicios cubiertos) facilita las mejoras de las prácticas de gestión clínica lo que redundará en un mejor servicio a la población.

■ **Sistemas de información:** el registro organizado y detallado de la identificación de las personas y de su historial clínico es un instrumento clave en la mejora de los resultados y los mecanismos de incentivos suelen ser importantes para apoyar estos cambios de cultura organizativa.

■ **Gestión de la prevención:** en el contexto de un SPS la prevención es una de las variables de control más potentes para influir en la siniestralidad cubierta. La gestión de la prevención enfrenta hoy el desafío de la expansión de los límites tradicionales de la política sanitaria. Por ejemplo, en las enfermedades no transmisibles, consideradas mundialmente como las epidemias modernas (obesidad, diabetes, HTA, etc.), las acciones preventivas van desde las de control efectivo de poblaciones específicas para prevención o tratamiento (para lo cual es crucial la nominalización de la población, el desarrollo de los sistemas de información y los esquemas de incentivos asociados a resultados), hasta la normatización de parámetros de calidad en la producción de alimentos y la promoción de pautas de vida saludable entre la población.

■ **Compra de servicios y gestión por resultados:** la provisión de los servicios de salud encierra un conjunto de severos problemas de gestión que han sido abordados conceptualmente dentro del marco teórico conocido como el paradigma agente-principal, que enfoca el problema de la alineación de los objetivos y resultados de una cadena de actores intervinientes. La gestión por resultados es uno de los ejes de política que se están ensayando en forma creciente en todo el mundo para enfrentar este tipo de problemas.

■ **Gestión del plan de beneficios:** el plan de beneficios es el conjunto de soluciones sanitarias (prestaciones requeridas para atender una entidad nosológica) que el sistema se compromete a proveer. Este concepto es dinámico por modificaciones epidemiológicas, cambios tecnológicos, mayores requerimientos de la población, etc. y requiere ser administrado a lo largo del tiempo. Esto supone una acción permanente de

El Plan Nacer se focalizó en su inicio en 2004 en la población materno-infantil sin cobertura explícita y que desarrolló un esquema de aseguramiento con altas posibilidades de ser escalable.

¿Qué mejoras de la gestión se promueven en el marco de una PSBA?

La implantación de una PSBA supone un arduo trabajo de gestión continuo, progresivo y coordinado que debe mantenerse en el largo plazo y que presenta una serie de dimensiones que se enuncian a continuación:

monitoreo, investigación y actualización de las soluciones costo-efectivas que deben ser incorporadas o sustituidas, para dar el basamento técnico, político y ético necesario para enfrentare las demandas de la población que originan una judicialización creciente del requerimiento de solución sanitaria, tal como se viene advirtiendo en muchos países, incluida Argentina.

- **Gestión del control:** la función de control, uno de los más importantes desafíos que enfrenta el estado moderno, debe fortalecerse desarrollando diversas herramientas: escucha y defensa del usuario; acreditación, categorización y habilitación de prestadores individuales e institucionales; auditoría de resultados cuanti y cualitativos, etc.

¿Es posible transformar el sector con los actuales recursos humanos?

Usualmente, las provincias cuentan con recursos humanos en cantidad y calidad suficientes para producir los servicios que requiere la sociedad. Debe destacarse que en la mayoría de las especialidades las mismas cuentan generalmente con profesionales de alto nivel técnico y con gran compromiso y vocación, aunque esto no significa necesariamente que los recursos humanos estén correctamente distribuidos desde el punto de vista geográfico ni motivados de manera adecuada.

No obstante, se requieren ciertos cambios que permitan potenciar a los recursos existentes, por ejemplo:


- Mejora de los ambientes de trabajo y de otras formas de motivación del personal.
- Simplificación de los requerimientos burocráticos de información para que el profesional cuente con mayor tiempo para desarrollar su profesión y sus servicios.
- Un plan de capacitación permanente.
- Planes de incentivos asociados a la producción clínica a los resultados sanitarios.
- Promoción de localización de recursos en lugares aislados.

¿Qué se puede hacer para controlar mejor los costos y socializarlos para hacer más equitativa la carga y los beneficios?

En general, las provincias cuentan con tres grupos poblacionales: i) el que tiene la cobertura de la obra social provincial, ii) el que cuenta con la cobertura de obras sociales nacionales (incluida PAMI) u otras formas de cobertura explícita; y iii) la población que no tiene cobertura y puede acceder esencialmente al sector público. Las poblaciones con coberturas explícitas se financian con impuestos al trabajo o con aportes voluntarios.

La población sin cobertura se financia con aportes presupuestarios del estado provincial. En la lógica de una política de aseguramiento, la prima es la expresión financiera de los requerimientos de recursos derivados de los riesgos cubiertos. El presupuesto que una provincia asigna actualmente al sector de la salud puede interpretarse como una prima de un seguro implícito y, por lo tanto, el costo de los servicios generados. El objeto de una política de aseguramiento es, en principio, hacer más eficiente el uso de los recursos, lo cual conduciría a producir más y mejores servicios. Ahora bien, la propia actividad de la transformación requiere también recursos para generar un ambiente de incentivos adecuados. Para ello, una provincia tiene dos posibles fuentes: las transferencias de fondos nacionales del Plan Nacer y su próxima extensión que llevara el nombre de "Sumar" y el perfeccionamiento y la extensión a toda la red pública del sistema de facturación y cobro al resto de usuarios que tienen otro tipo de cobertura, obras sociales, prepagos, etc.

Finalmente, es conveniente destacar que la provincia tiene bajo su órbita, sea en forma directa o indirecta, a los grupos poblacionales de la obra social provincial y la población sin cobertura. Estos dos grupos poblacionales no se encuentran integrados en un concepto amplio de socialización del riesgo. Esto es, son dos poblaciones que tienen un tratamiento diferente, tanto desde el punto de vista del financiamiento como del plan de cobertura.

Las consecuencias de eficiencia y equidad de este hecho no se encuentran medidos pero podrían ser importantes y constituir una oportunidad para una línea de política de largo plazo de cierre de brechas. En un contexto más ambicioso podrían incorporarse otras formas de financiamiento y la ampliación del sistema a toda la población. 

La función de control, uno de los más importantes desafíos que enfrenta el Estado moderno, debe fortalecerse desarrollando la escucha y defensa del usuario, la acreditación, categorización y habilitación de prestadores, y auditorías de resultados.