

Herramientas para el análisis del sector salud*

(Tools for Analysing the Health Sector)

Federico Tobar¹

Resumen

Por organización de los sistemas y servicios de salud se entiende un conjunto muy amplio, diverso, e incluso hasta contradictorio, de cosas. Este artículo asume como objetivo precisar algunos conceptos e hipótesis que funcionarán como dispositivos teórico –conceptuales para el análisis sectorial. El artículo está estructurado de la siguiente manera. Primero se plantea un esquema analítico para el **sector salud** dentro del cual el sistema es solo una entre tres dimensiones. Luego, se consideran los aspectos de la **organización** del sistema entendiendo por la misma al conjunto de actores que lo integran y los roles que asumen. En tercer lugar se presentan algunos esquemas conceptuales para diseccionar los sistemas de salud. Es decir para desagregarlos en sus **componentes** y **subsistemas**. Entre los primeros se presenta aquí un modelo de análisis que distingue tres grandes componentes dentro de todos sistema y servicio de salud, su modelo de gestión, su modelo de financiación y su modelo de atención. Para el análisis de los subsistemas se despliegan dos de las taxonomías más utilizadas a nivel mundial para el análisis de los sistemas de salud: por un lado, la dasificación tradicional de los **tipos ideales** de sistemas de salud y por otro lado el **modelo de Evans**

Palabras clave: Sistemas de salud – Servicios de salud – herramientas de análisis – Políticas de salud, situación de salud – modelos de financiación.

Summary

The term “organization of health care services and systems” carries within it a very wide, diverse, and sometimes even contradictory content. This article has its objective to point out some concepts and hypotheses which will function as theoretical conceptual devices for the analysis of this area. The article is structured in the following way. An analytical scheme is first established for the health sector within which the system is only one of three dimensions. The organizational aspects of the system are then considered and by this we understand all the protagonists who form part of it and the roles they assume. The third point is the laying out of some conceptual plans for the dissection of the health systems. That is to break them down into their components and subsystems.

Among the first ones an analytical model is here presented which distinguishes between three main components within every health care service and system –its promotional model, how it is financed, and how it is carried out. Two of the taxonomic terms most utilised at a world level for the analysis of the health systems are here brought into use for analyse the subsystems: on the one hand, the traditional classification of the ideal types of health systems and on the other hand the Evans model.

Key Words: Health Care Systems Health Care Services - Sector Approach tools – Health policies – health levels- financial models.

* Una versión más corta de este trabajo fue publicada en *Medicina y Sociedad*. Volumen 23 N° 2. Julio de 2000. Páginas 83 y sucesivas

¹ Lic. En Sociología (UBA). Especialista en Economía de la Salud. (Fiocruz) Master en Administración Pública (FGV). Doctorando en Ciencia Política (USAL). Investigador de ISALUD. E-mail: ftobar@cvtc.com.ar

Dimensiones para el análisis del sector salud

Hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país (Tobar 1995):

- I. sus políticas de salud,
 - II. el estado o situación de salud de la población, y
 - III. el sistema de salud.
- I. Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que si bien “gasto en salud” no significa “política de salud”, en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos (González García & Tobar, 1997:25).
- Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En principio las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc. que son el insumo de proposiciones políticas. Especialmente tienen mayor trascendencia política el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes en el continuo salud - enfermedad (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios). Pero no toda vez que se identifica un problema de salud, el mismo es incluido en la agenda gubernamental como objeto de una política.
- II. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud (González García & Tobar, 1997: 45-6). Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer y, de indicadores epidemiológicos más sofisticados como los AVPP -Años de Vida Potencialmente Perdidos- o los indicadores de calidad de vida asociada a salud -AVISA, Qualys, Daylis, etc.
- III. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores al mismo tiempo en que de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

En síntesis, de acuerdo a lo expuesto se puede postular que **el primer paso para el análisis del sector salud en un país consiste en identificar las fortalezas y debilidades en las tres dimensiones centrales: estado de salud, políticas de salud y sistema de salud.**

Actores y Roles dentro de un Sistema de Salud

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos).

La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos.

Cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. Se pueden listar tres órdenes de elementos que caracterizan dichas acciones (Frenk, 1996: 69).

- I. Ni los proveedores ni los miembros de la población actúan de forma aislada; antes bien, pertenecen a diversas organizaciones que determinan esas acciones recíprocas.
- II. Ni los proveedores ni la población constituyen categorías homogéneas. Se pueden identificar diferentes *status* y categorías dentro de los proveedores y de los usuarios que involucran intereses específicos y formas de actuación acordes a ellos.
- III. La relación entre los proveedores y la población no es directa sino que está mediada por actores colectivos, desde los sindicatos y cámaras hasta el Estado.

En síntesis, en un primer nivel de análisis de los sistemas de salud se podrían identificar los actores involucrados en el mismo:

- a) Población (usuarios),
- b) Proveedores de servicios (o prestadores),
- c) Intermediarios.

Una segunda instancia de análisis consiste en identificar los roles que esos actores desempeñan:

- a) En principio la población asume dos roles: 1) el de usuarios o beneficiarios del sistema y 2) el de contribuyentes o aportantes para su financiación.
- b) Los proveedores de diferentes categorías y niveles de atención pueden ser personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones) y pueden asumir responsabilidades diferenciadas. Los proveedores son remunerados por los servicios brindados a la población. Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el usuario. Es decir, que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos que involucra mantener la salud de la población. Se puede postular que los roles de los proveedores estarán determinados por los niveles de riesgo que estos asuman en la protección de la salud de la población.

- c) La intermediación puede ser en la compra o financiación de los servicios, lo cual significa que hay una relación de agencia, es decir que un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios). Por otro lado, la intermediación también puede consistir en la regulación que consiste en establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación generalmente las asume el Estado aunque existen mecanismos de autoregulación por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.

Un tercer paso en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional consiste en identificar los subsistemas que los componen. Cada vez que se establece un conjunto de relaciones recíprocas entre los usuarios, los prestadores y los intermediarios y cierran un circuito o flujo de provisión - financiación de servicios, se puede identificar un sistema de salud. Desde la óptica de un país esos sistemas constituyen subsistemas.

De acuerdo con las características del país esos subsistemas son variaciones o componentes de:

- I. Actores similares asumiendo roles similares pero en diferentes lugares (subsistemas regionales, subsistemas locales).
- II. Diferentes actores asumiendo roles diferentes, como ocurre cuando funcionan simultáneamente subsistemas públicos (donde la financiación y/o la provisión es responsabilidad del Estado), subsistemas privados (donde la provisión de servicios se establecen de acuerdo a la lógica del mercado), o subsistemas de seguros sociales (donde una entidad intermediaria recibe financiación del Estado para comprar o proveer directamente servicios de salud a la población).
- III. La combinación de las dos alternativas anteriores configurando subsistemas regionales o locales mixtos.

Componentes de un sistema de salud

En los estudios centrados en sistemas de salud se han identificado diferentes componentes de los mismos. Por ejemplo, cuando se privilegia una óptica socio - política se destacan componentes jurídicos, organizativos, grupos de interés, etc. El presente estudio se propone analizar las reformas de los sistemas de salud en los albores del siglo XXI y, en ese contexto, otorga prioridad a la perspectiva económica y administrativa de los sistemas y sus reformas. Por este motivo, se presenta a continuación un dispositivo propio elaborado para la identificación de los componentes de los sistemas de salud.

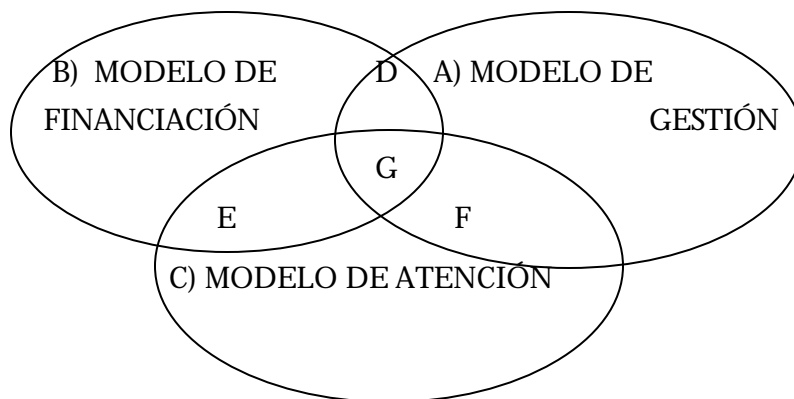
Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (Tobar, 1998):

- a) político,
- b) económico y
- c) técnico.

Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares, a cuestiones específicas. Sin embargo, existen también problemas comunes a dos dimensiones. De esta manera se puede pensar a los sistemas de salud como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: a) uno político, al que llamaremos aquí modelo de

gestión, b) uno económico, al que llamaremos aquí modelo de financiación, c) uno técnico, al que llamaremos aquí modelo de atención o modelo asistencial. El gráfico 1 esquematiza los componentes de todo sistema de salud:

Gráfico 1: Componentes de un sistema de salud



Modelo de gestión

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión: a) Por un lado los valores que guían al sistema, b) por el otro las funciones del Estado en salud.

- a) Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más con la universalidad de la cobertura otros privilegian la efectividad de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos).
- b) Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad. De hecho no es totalmente imposible pensar en un sistema de salud con total ausencia del Estado. Las funciones del Estado en salud se pueden encuadrar en cuatro categorías²:
 - I. Informar a la población,
 - II. proveer directamente servicios a la población,
 - III. financiar servicios de salud,
 - IV. regular el mercado de salud.

Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuales y cómo debe comprar el Estado al sector privado y por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

² Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en los estudios sectoriales, entre los trabajos que la aplicaron recientemente se pueden citar: González García & Tobar, 1997; Musgrove, 1996.

En síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema **es importante detectar en cada país cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuales son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.**

Modelo de Financiación

La problemática del modelo de financiación involucra un conjunto de cuestiones tales como:

I. *¿Cuánto debe gastar un país en salud?*

II. *¿De dónde deben provenir los recursos?*

III. *¿Cómo asignar los recursos?*

I. Esta ha sido una de las mayores preocupaciones de la economía de la salud y ha motivado un amplio conjunto de estudios. Aunque ninguno de ellos puede considerarse conclusivo, los mismos han permitido identificar una serie de variables a ser consideradas para buscar respuestas y están relacionadas con los niveles de salud de la población³, los modelos de sistemas de salud⁴ y el tamaño de la economía⁵.

II. Los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Hasta hace unos pocos años la tendencia más acentuada en la definición de cuales deberían ser las fuentes de financiación de los sistemas de salud de los países consistía en la incorporación de contribuciones sociales basadas en el trabajo. En otros términos, la mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud en base a un impuesto al trabajo. Hoy la tendencia es hacia el abandono de esa vinculación de la financiación de la salud con el trabajo y su reemplazo por otras fuentes más contracíclicas.

III. La problemática de la asignación de los recursos es también muy amplia y particular en cada país. La misma se puede definir a través de las siguientes cuestiones relacionadas: *¿Cómo transferir recursos desde los niveles centrales a los locales de los sistemas? ¿Qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?*

Modelo de atención

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico - sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más

³ Los estudios de este tipo demostraron que la relación entre el gasto en salud y los resultados obtenidos sigue la forma de una función exponencial. A partir de un determinado nivel de gasto per capita se encuentra un punto de inflexión luego del cual el gasto registraría un rendimiento marginal decreciente (Médici, 1994, Musgrove, 1996, Fuchs, 1974; Jeffrey, 1996, Starfield, 1995; Elola et al., 1995)

⁴ Un amplio conjunto de estudios ha demostrado que el nivel de gasto en salud de los países es proporcional al rol del Estado en el sector. Para un mismo nivel de resultados sanitarios los países en donde el peso del gasto público sobre el gasto total es mayor consiguen un gasto total en salud inferior (Scheffler, 1993; Scheils, et al., 1992).

⁵ Los estudios que tomaban al tamaño de la economía como variable independiente concluían que los niveles de gasto en salud de un país deberían mantener una relación con su riqueza. Algunos de estos estudios comparativos consideraron países de América Latina (Musgrove, 1996; Suarez, 1995; Médici, 1994).

específica del sector. Los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

- I. **¿Qué cubrir?** (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?)
- II. **¿A quién cubrir?** (¿cuales son los criterios de elegibilidad⁶ o inclusión al sistema?)
- III. **¿Cómo prestar?** (¿qué prestadores? ¿con cuales criterios o padrones?)
- IV. **¿Dónde prestar?** (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrareferencia adoptar?)

Clasificaciones de los Sistemas de Salud

En la bibliografía especializada en sistemas de salud comparados se pueden encontrar múltiples criterios para clasificar los sistemas de salud⁷. El análisis de las taxonomías para clasificar los sistemas de salud que se presentará a continuación encuadra a los mismos según los tres componentes antes enunciados (modelos de financiación, modelos de gestión, modelos de atención).

1. En relación a los modelos de gestión:
 - a) Tipos ideales
2. En relación a los modelos de financiación:
 - a) Modelo de Evans

Tipos ideales de sistemas de salud

El concepto de tipo ideal se utiliza para modelizar situaciones sociales complejas siendo, por lo tanto, muy útil para describir y analizar los modernos sistemas de salud. El tipo ideal implica una simplificación de la realidad de modo que en la práctica puede no existir ningún caso concreto que se corresponda con él. Para comprender su aplicación podemos pensar, por ejemplo, en cómo describimos una forma geométrica irregular a alguien que no puede verla. Por lo general, tendemos a describir la imagen real como una forma regular, una esfera, una elipse, un rectángulo, etc.

Lo mismo sucede con los sistemas de salud, describimos situaciones ideales a las cuales cada caso concreto se aproxima más o menos. Una vez definido el tipo ideal, el análisis de los sistemas consiste básicamente en identificar en dónde y en cuánto el caso en estudio se aleja de éste. Ningún país tiene un modelo puro, único, pero en algunos se observa una gran hegemonía de una forma de organización y financiación de salud que caracteriza al

⁶ Aún tratándose de un neologismo, el concepto de elegibilidad es muy utilizado en el diseño de reformas y políticas de salud. El concepto se corresponde con el de cobertura poblacional de las acciones. Frenk (1996) desarrolla una tipología de sistemas de salud considerando a la variable elegibilidad como criterio de clasificación.

⁷ Una revisión exhaustiva de los criterios y modelos de clasificación de los sistemas de salud se encuentra en Freylejer (1996).

modelo. Cuando no existe una hegemonía neta la identificación de los modelos es más difícil.

Modelo universalista

Este modelo se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

Modelo del seguro social

El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Todas las Obras Sociales de la Argentina son exponentes de este modelo.

En comparación con los otros modelos este privilegia la función del Estado como financiador y regulador (González García & Tobar, 1997).

Modelo de Seguros Privados

En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. La situación real más aproximada a este modelo es la de los Estados Unidos, donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación.

En comparación con los otros modelos este el modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación (González García & Tobar, 1997).

Modelo asistencialista

La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos.

El denominado “Estado Mínimo” sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

El cuadro 1 describe las combinaciones de financiamiento que se articulan en los cinco modelos de sistemas. El cuadro sólo presenta uno de los aspectos de los sistemas y no es suficiente como para tener un diagnóstico global de sus ventajas y desventajas. Por este motivo es importante analizar cada tipo de sistema a la luz de los propósitos centrales que deben orientarlos.

Cuadro1: Modelos de financiamiento de los sistemas de salud

Sector de la población	Modelo Asistencialista	Modelo del Seguro Social	Modelo Universalista	Modelo del Seguro Privado	Modelo Mixto
Carenciados y desempleados	Recursos fiscales y donaciones	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos	Recursos fiscales
Trabajadores formales y clase media	Pago directo por los servicios	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas	Contribuciones sociales basadas en los salarios
Grupos de altos ingresos	Pago directo por los servicios	Pago directo por los servicios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas	Pago directo por los servicios y/o primas.

Fuente: adaptado de Médiçi, 1995, p.37

Los modelos expuestos conforman tan sólo una descripción teórica. En la realidad, no se encuentran sistemas nacionales puros como los mencionados. En general, predominan las formas mixtas, con algunas tendencias según las particularidades de cada región. Por ejemplo, podría decirse que Estados Unidos de Norteamérica presenta un modelo de seguro voluntario ya que hay más de 1.500 seguros privados que cubren aproximadamente al 75% de la población. Sin embargo, también existen dos programas públicos de seguros: Medicare y Medicaid. Podrían mencionarse también como ejemplos los casos de Inglaterra, Suecia o Dinamarca en donde predominan modelos estatales en cuanto su financiación, organización y gestión pero además conviven con algunas formas de seguros privados, así como también con el pago directo de los usuarios.

Si bien la clasificación expuesta permite entender en una primera instancia la organización de los sistemas de salud, es posible admitir que peca de cierta generalidad, obviando algunas relaciones básicas que hacen a los sistemas de salud. La utilización generalizada de taxonomías basadas en tipos ideales puede introducir el riesgo de que todos los sistemas de salud de los países terminen siendo caracterizados como “mixtos”.

Clasificaciones de los sistemas de salud basadas en la financiación

Robert Evans (1981) formuló un modelo empírico para clasificación de los sistemas de salud que puede ser utilizado para identificar los subsistemas y para describir luego los sistemas de salud completos de los diez países considerados en este estudio. El citado autor define a los sistemas de salud por medio de subsistemas de financiación, pago y regulación. Nos concentraremos aquí solo en los dos primeros.

Los subsistemas de financiación se dividen en aquellos con fuente de financiamiento pública u obligatoria y aquellos con financiamiento privado o voluntario. Los subsistemas relativos al pago por los servicios de salud adquieren cuatro formas distintas:

- a) desembolso directo de las personas sin seguro,
- b) desembolso directo con reintegro por seguro,
- c) pago indirecto por parte de terceros mediante contratos,
- d) indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organizaciones con integración vertical.

Modelo de Evans para análisis de la organización y financiación de los sistemas de salud

Modelos de pago	Financiación	
	Pública (obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	(No existe)	Modelo voluntario, de desembolso directo
Desembolso directo con reintegro	Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)	Modelo público de reintegro (a pacientes)
Indirecto por contratos	Modelo de contrato voluntario	Modelo de contrato público
Indirecto con integración vertical	Modelo de integración vertical voluntario	Modelo de integración vertical público

De la combinación de las dos fuentes de financiamiento con cada uno de los cuatro modelos de pago a prestadores surgen ocho combinaciones de financiación y pago. Sin embargo, una de ellas, aunque existe como alternativa lógica, no se verifica en la práctica. Se trata del pago obligatorio con desembolso directo sin seguro. Por lo tanto, los siete modelos restantes son:

1. Modelo voluntario, de desembolso directo
2. Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)
3. Modelo público de reintegro (a pacientes)
4. Modelo de contrato voluntario
5. Modelo de contrato público
6. Modelo de integración vertical voluntario
7. Modelo de integración vertical público.

Ventajas del modelo de Evans para análisis de los sistemas de salud

Es necesario destacar que, si bien esta modelización de los sistemas de salud da un paso más allá respecto de la clasificación tradicional al analizar con mayor detalle algunas de las interacciones entre los actores principales del sistema, no deja de constituir una abstracción estilizada de la realidad. Por lo tanto, difícilmente se encontrarán casos fieles a los modelos enunciados y las clasificaciones presentadas deberán considerarse simplemente como guías para una mejor comprensión del sistema bajo estudio.

Una de las principales ventajas de esta clasificación reside en el hecho de que **permite un análisis pormenorizado de los flujos de recursos y servicios** y, de esta manera, resulta adecuado para evaluar los posibles impactos de las medidas de reforma sobre los niveles de

gasto y prestaciones. Una segunda ventaja consiste en que cada modelo constituye un circuito o flujo cerrado de provisión y financiación, de modo que una vez identificados los siete modelos particulares de sistemas, según su financiación, **es posible deconstruir un sistema complejo de la envergadura de un sistema nacional identificando sus subsistemas** de acuerdo a los flujos de recursos que generan. Por otro lado, permite detectar con mayor facilidad las fallas del mercado propias de cada configuración.

Esta posibilidad de avanzar en el análisis de los sistemas nacionales desde el estudio micro de sus subsistemas se apoya en la identificación de dos de las tres preguntas centrales de los modelos de financiación de sistemas de salud: ¿de donde provienen los recursos? - las fuentes de ingresos del sistema- y ¿cómo son asignados? - los instrumentos o modelos de pago con que se remunera a los proveedores de servicios-. De esta manera se hace posible observar como pequeñas transformaciones o ajustes en las formas de recaudar y asignar los recursos generan cambios y repercuten sobre aspectos relacionados con la gestión y los modelos de atención. Por este motivo en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional, **es fundamental identificar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud.**

Flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud

Hay dos distinciones necesarias para discriminar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud. Por un lado, están los *inputs* o flujos entrantes, las fuentes de los ingresos que financian el sistema. Por el otro, están los *outputs*, o flujos salientes que constituyen los modelos de pago a los proveedores de servicios de salud.

Primero, dentro de los sistemas obligatorios los ingresos se dividen en: aquellos que están financiados principalmente por contribuciones deducidas del salario y son administrados por instituciones del seguro social cuasi-autónomas; y aquellos financiados principalmente por los impuestos generales y son administrados por los organismos de financiamiento del gobierno local o central. En los sistemas voluntarios los ingresos son siempre desembolsos de los usuarios que pueden ser prepagos - compra de servicios de aseguramiento, primas que el usuario paga para recibir una protección frente al riesgo de enfermar - o en postpagos - compra de servicios médicos que el usuario paga al prestador una vez que ya se enfermó y fue atendido.

Segundo, las formas o métodos de pago se pueden clasificar según a quién se esté remunerando. En principio se podría distinguir a los profesionales (personas físicas) de los hospitales (personas jurídicas). En el esquema de Evans las formas de pago a los profesionales se dividen en:

- I. pago por cada acto médico;
- II. capitación (pagos por cada cliente registrado o afiliado por período de tiempo);
- III. y salario (pagos por cada período de tiempo).

Los dos primeros métodos pueden describirse como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente” --esto es tiene mayor validez para el sistema de pago por acto médico que para el sistema capitado.

En el esquema de Evans, los métodos de pago a los hospitales se dividen en:

- I. pago por caso;

- II. pago por día;
- III. y presupuestos globales prospectivos.

Nuevamente, los dos primeros métodos pueden ser descriptos como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente”.

Finalmente, los proveedores de atención se dividen en:

- I. profesionales e instituciones independientes;
- II. y empleados e instituciones públicas.

Esta última distinción, sin embargo, se diluye cuando se trata de médicos asalariados que retienen su autonomía profesional.

En síntesis, las variables a ser consideradas en el análisis de los flujos financieros son:

2. Ingresos -inputs-

- 3. Pública (obligatoria)
- 4. Contribuciones - vinculadas al trabajo -
- 4.5. Impuestos
- 4.6. Privada (voluntaria)
- 4.7. Prepagas -primas o mensualidades-
- 4.8. Postpagas -pago por servicios médicos prestados-

4.9. Formas de pago a prestadores -outputs-

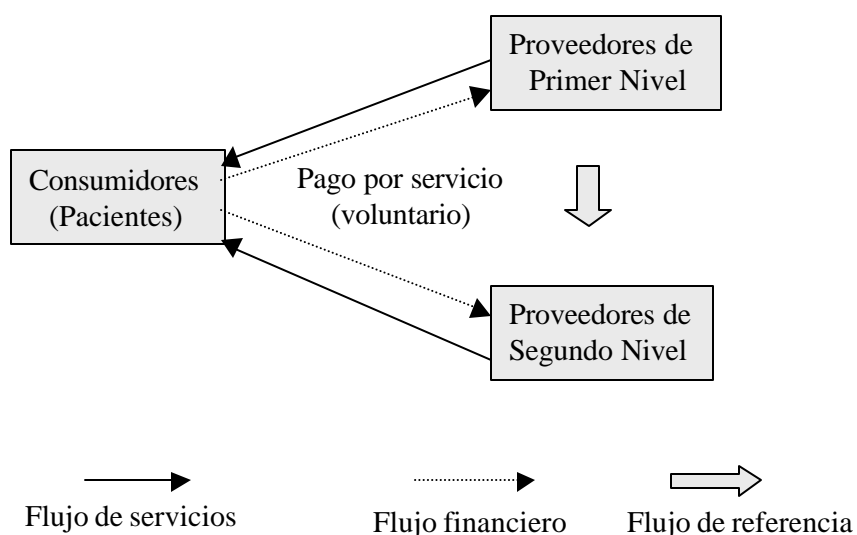
- 4.10. A profesionales
- 5.11. Acto médico
- 4.12. Capitación
- 4.13. Salario
- 4.14. A hospitales
- 4.15. Por caso
- 4.16. Por día
- 4.17. Presupuesto global prospectivo

1. Modelo voluntario de desembolso directo

El modelo autofinanciado o voluntario de desembolso directo es el que, a primera vista, más se aproxima a un mercado competitivo de servicios de salud, aquel donde el usuario elige libremente y paga directamente por los servicios. Sin embargo, el mercado de servicios de salud presenta un conjunto de fallas particulares - las cuales, por otro lado, son el fundamento de la intervención del Estado en salud -. Los pagos autofinanciados dependen de la capacidad de pago. Cuando el ingreso es insuficiente o cuando el gasto de salud es inesperado y catastrófico, el modelo no será compatible con un acceso equitativo y suficiente a los servicios de salud ni con una protección adecuada del ingreso. Dejando de

lado estas cuestiones referentes a la distribución y los riesgos, el logro de la eficiencia macro y micro económica es dudoso. Aún si los consumidores fueran totalmente conscientes, informados y con libertad para elegir el prestador, no resultaría suficiente para garantizar la soberanía del consumidor prevalecerá o que habrá una competencia efectiva. Esto es a causa de la asimetría de conocimiento entre los pacientes y los médicos, y de la posesión de un poder monopólico colectivo por parte de los últimos. El modelo tiene mayor posibilidad de tener éxito para un gasto de salud menor y de rutina.

Diagrama 1: Modelo voluntario de desembolso directo para la atención de la salud



El diagrama 1 muestra la forma más simple y temprana del mercado privado de salud sin seguro pero con transacciones directas, del propio bolsillo, según acto médico entre los consumidores (a la derecha) y los prestadores del primer y segundo nivel, respectivamente (a la izquierda). Las líneas enteras muestran los flujos de servicio, las líneas punteadas los flujos financieros y las líneas ondeadas los flujos de derivación. Los prestadores del primer y segundo nivel aparecen como múltiples, para indicar que generalmente hay una competencia dirigida por el consumidor entre los mismos (frecuentemente sujeta a restricciones en cuanto a la publicidad y a la competencia de precios y otras prácticas restrictivas). El diagrama 1 también podría usarse para representar los copagos bajo el seguro de salud obligatorio o voluntario, si se lo combinase con los Diagramas 2 y 7.

Dada la prevalencia del pago por parte de terceros para los servicios de salud, este modelo auto financiado juega actualmente un rol secundario en los sistemas de salud descritos en este informe. Es usado universalmente para los medicamentos de venta libre, y para los copagos, especialmente para medicamentos con prescripción médica. Las consultas médicas privadas son frecuentemente pagadas del propio bolsillo. En Irlanda, más de la mitad de la población normalmente paga de su propio bolsillo las consultas a los

generalistas (OECD, 1992). En América Latina este modelo es cada vez más residual, sin embargo, se puede decir que aún es predominante si se analiza exclusivamente el modelo de financiación de los medicamentos y en algunos países, como por ejemplo El Salvador, aún existen proporciones importantes de la población que se proveen de todos o servicios de salud a través del desembolso directo en el mercado.

2. Seguro voluntario con reintegro

Se denomina así al modelo de los seguros privados de salud en el sentido más estricto, donde la enfermedad puede ser concebida como un siniestro. Cuando una persona es asegurada paga una prima al seguro, al enfermarse también compra servicios médicos directamente a los proveedores pero este importe le es total o parcialmente reintegrado por el seguro.

El funcionamiento de los mercados privados de atención médica puede realizarse mediante la introducción de un seguro voluntario de salud, pero hay una tendencia a que haya efectos secundarios no deseados. El Diagrama 2 muestra el seguro voluntario “convencional” tipo indemnización, que implica el reintegro total o parcial a los pacientes por las cuentas de atención médica, y una mínima interferencia con las transacciones médico/paciente del tipo descrito en el Diagrama 1. Hay pagos directos por actos médicos a los prestadores por parte de los consumidores; aseguradores competitivos; primas relacionadas al riesgo; ninguna conexión entre los aseguradores y los prestadores; y los aseguradores reembolsan a los pacientes por las cuentas médicas cubiertas bajo sus pólizas de seguro. En el diagrama, dentro del recuadro de los consumidores, se puede hacer una distinción entre la población que paga primas y los usuarios/pacientes que utilizan los servicios.

El modelo voluntario con reintegro perfeccionará el modelo auto - financiado hasta el grado en que los consumidores pueden agrupar los riesgos para las facturas médicas inesperadas. Habrá ganancias en el bienestar si los individuos pueden intercambiar una determinada prima por el proyecto incierto de un mayor salario (si no se enferman) o de una pérdida financiera (si se enferman e incurrir en gastos médicos). Hay otras dos desventajas importantes asociadas a este tipo de arreglo.

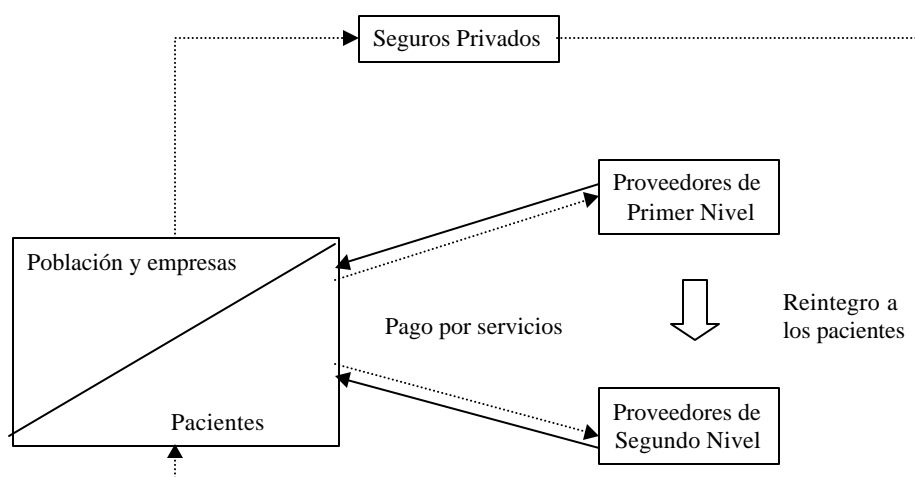
Primero, cuando el consumidor está protegido por este y otros tipos de seguro, no tiene incentivo para limitar su demanda (abuso moral) y los prestadores sabiéndolo, y con pagos por acto médico, tienen incentivos positivos para inducir la demanda. La competencia puede servir para estimular el volumen y calidad de los servicios y para aumentar, más que para reducir, los precios. Por esta razón, el modelo de reembolsos o reintegros usualmente se implementa acompañado por copagos. La tendencia a fomentar el gasto excesivo se verá reforzada si los gobiernos bien intencionados han establecido la desgravación impositiva para las primas del seguro de salud. Esto ocurre en varios países de América Latina, tales como Brasil y Argentina

La otra desventaja importante es que no se hará nada para abordar las inequidades sistemáticas. El acceso al seguro estará relacionado a la capacidad de pago. Los aseguradores competitivos que buscan maximizar sus ganancias tienen un incentivo para seleccionar adversamente determinados riesgos o para recargar las primas contra los mismos. Es probable que a los individuos con condiciones pre - existentes de enfermedad se les niegue el seguro por dichas condiciones. Si los precios de la atención de la salud

crecen a causa del seguro de reembolso, la condición de los grupos de bajos ingresos puede empeorar.

A pesar de que este modelo ha sido descrito como “convencional” por respeto a la literatura americana, comparativamente era muy poco común en Europa antes de la introducción de los planes de seguro de salud público. Hasta entonces los modelos de seguro voluntario dominantes eran del tipo integrado o contractual los cuales brindaban beneficios en especie --precursores del modelo prepago de las HMO's. No obstante ello, el modelo de reintegro frecuentemente halló un rol luego del establecimiento de los planes públicos. Arreglos que se asemejan a este modelo se pueden encontrar actualmente en los sectores privados en Reino Unido y los Países Bajos (OECD, 1992). En América Latina esta modalidad no ha alcanzado gran desarrollo. Brasil es el país donde más se ha expandido, donde según Médici (1992:102-3) en 1989 había cinco empresas operando en el sector que cubrían 950 mil personas y prácticamente duplicó su nivel de facturación en relación al año anterior. En Argentina los sistemas de seguro voluntario actúan como sistemas de reaseguro.

Diagrama 2: Seguro voluntario con reintegro a los pacientes



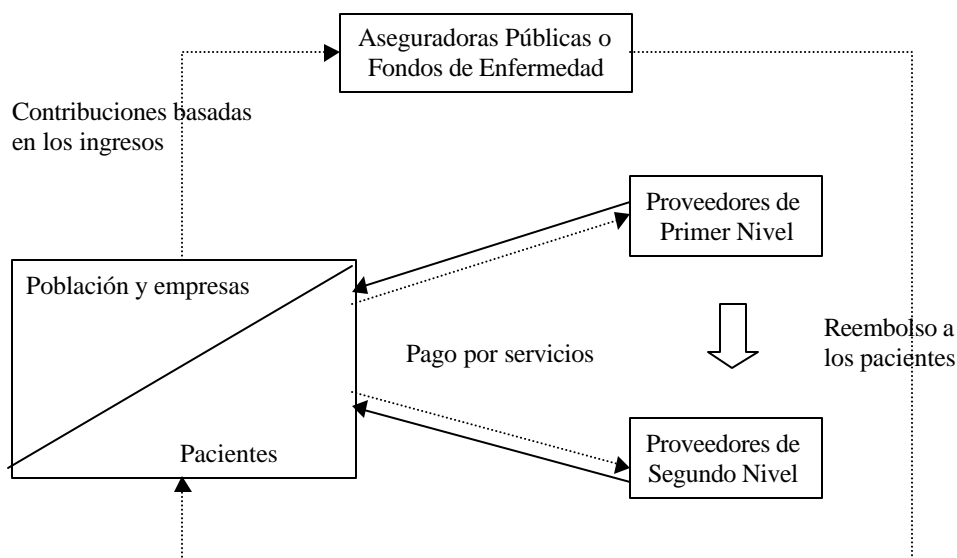
3. Modelo público de reintegro

Si el modelo del seguro de salud voluntario presenta problemas de equidad y selección adversa, al convertirlo en un seguro público estas debilidades pueden ser contrarrestadas. El modelo público de reintegro involucra el agrupamiento obligatorio de riesgos, contribuciones basadas en los ingresos y subsidios públicos para reemplazar las contribuciones de los pobres.

El Diagrama 3 muestra el seguro público basado en los mismos principios de reembolso abordados anteriormente, con: pago directo de pacientes a prestadores según acto médico; contribuciones obligatorias proporcionales al ingreso; organismos de financiamiento o fondos de enfermedad no competitivos; ninguna conexión entre los seguros y los prestadores ya que los primeros reembolsan directamente a los pacientes por las cuentas

médicas según los beneficios del plan. Puede haber coseguros entre los pacientes y los aseguradores. Puede haber múltiples seguros con características específicas por rama de ocupación, industrias o localidades diferentes e inclusive libre elección del seguro por parte de los usuarios. Sin embargo, debe haber tasas uniformes de contribución y subsidios cruzados entre los fondos a fin de preservar la solidaridad. Por esta razón, los fondos de enfermedad no aparecen como múltiples. Sin embargo, puede haber elección dirigida por el consumidor entre proveedores.

Diagrama 3 Seguro obligatorio con reintegro a los pacientes



Este modelo puede ser diseñado para lograr el nivel deseado de equidad en el acceso a, y pago por, los servicios al costo de las contribuciones obligatorias. De lo contrario, tiende a compartir los defectos de su equivalente en el sector privado --abuso moral, demanda inducida por el proveedor y una tendencia hacia altos costos administrativos. Nuevamente, el abuso moral puede ser contrarrestado con el recurso a copagos y *tickets* moderadores.

El sistema francés en los años '50 se asemejaba a este modelo en ciertos aspectos, si bien el Estado subsiguientemente intervenía por detrás de los fondos de enfermedad para negociar los honorarios centralmente con los médicos y otros prestadores independientes. Tanto el sistema de seguro de salud belga como el francés retienen elementos del modelo público de reembolso. Según Abel Smith (1994: 205) el único sistema nacional de seguro de salud exclusivamente basado en este modelo es el de Filipinas. Sin embargo, el modelo chileno de aseguración de los riesgos laborales también utiliza este esquema.

4 Modelo de contrato voluntario

El denominado modelo de contrato se diferencia del modelo de seguro porque lo que se asegura a los usuarios no es un reintegro sino que recibirá atención médica sin que ello involucre el desembolso directo. En otros términos, es un modelo de seguros donde el

paciente solo paga una mensualidad. Como contrapartida este modelo exige un acuerdo entre el proveedor y el seguro que se formaliza en un contrato. Dicho contrato generalmente establece las bases del modelo de atención.

Desde hace mucho tiempo los mercados privados en Europa desarrollaron planes de seguro de salud voluntario que implicaban relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores independientes que habilitaban a estos últimos (pero no a otros) a proveer servicios en forma total o mayormente gratuita a los afiliados asegurados⁸. Estos fueron precursores de aquellas HMO's en USA que contratan a médicos individuales ó a grupos de médicos. El Diagrama 4 muestra un modelo tal, con servicios provistos en especie a los pacientes, competencia entre aseguradores, primas (de tasa fija) pagadas voluntariamente por la comunidad y pagos directos según acto médico o pagos capitados de las terceras partes a los prestadores. Los prestadores aparecen como múltiples usando líneas punteadas, para llamar la atención al hecho de que la competencia está dirigida por los aseguradores más que por los consumidores individuales.

Este modelo admite varias versiones: Por un lado, según quien controle o sea responsable por la gestión de los seguros, se pueden distinguir:

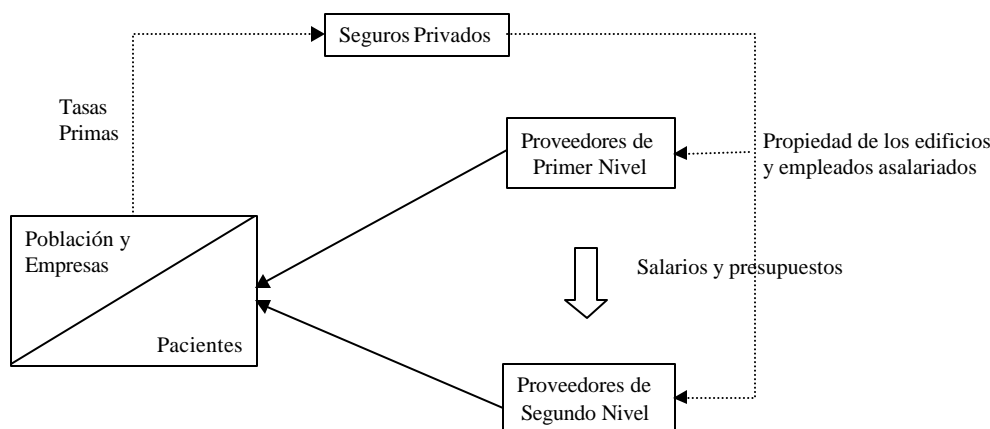
- a) Los **consumidores** (como en las antiguas mutuales europeas (*friendly societies*) que han sido seguidas por algunos países latinoamericanos, en especial los que tuvieron un desarrollo pionero de sus sistemas de seguridad social. Estos esquemas de protección fueron luego evolucionando⁹ hacia formas más complejas como las *Health Alliances* en los Estados Unidos de Norteamérica y las Cooperativas Comunitarias de Salud de Colombia. Muchas mutuales de salud actúan según este modelo, pero tal vez el país donde el mismo se haya generalizado más sea el Uruguay en el cual la reglamentación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva –IAMC– siguió al modelo de las mutuales.
- b) Los **médicos** como en las asociaciones de práctica individual actuales en los Estados Unidos de Norteamérica, las cooperativas médicas de Brasil y los prepagos médico gremiales de Argentina.
- c) También pueden estar controlados por **organizaciones privadas** que son independientes tanto de los consumidores como de los médicos.

Por otro lado, el modelo admite variaciones según los tipos de beneficios incluidos. El plan puede limitarse solo a la atención primaria, pueden cubrir tanto la atención primaria como la hospitalaria, o incluso puede restringirse solo a las emergencias o a los altos riesgos.

Dos rasgos importantes de este modelo son: que la elección del consumidor generalmente está restringida a los prestadores contratados; y que los aseguradores tienen tanto el incentivo como los medios para negociar una atención económica pero de alta calidad en nombre de los consumidores. Si bajo este modelo se ofrece atención hospitalaria, es probable que los médicos de atención primaria oficien de “porteros”.

⁸ Inclusive Brian Abel-Smith ironizaba en relación al neologismo americano *managed care* diciendo que solo se trata de “vino nuevo en odres viejos”.

⁹ Algunos autores (Green, 1985; Abel Smith, 1988) sugieren que el modelo cerrado de contrato asegurador - prestador que promovían las mutuales resultó perjudicado porque se oponía a la reivindicación de “libre elección de prestadores” que fue una presión constante de los gremios médicos cuando se introdujeron planes nacionales o se expandió la cobertura.

Diagrama 4: Seguro voluntario con contratos asegurador/prestador

Los planes de seguro de salud voluntario con contratos tienen un mayor potencial para lograr la eficiencia micro y macroeconómica que el seguro “convencional”. Ello se debe al poder compensatorio ejercido por los aseguradores y a que, en muchos casos, se implementan modelos de atención centrados en la figura del un médico de atención primaria que desempeña funciones de “portero”. Es probable que haya ahorros en los costos administrativos en comparación con el seguro convencional. La principal debilidad del modelo es su limitada capacidad para lograr equidad y solidaridad.

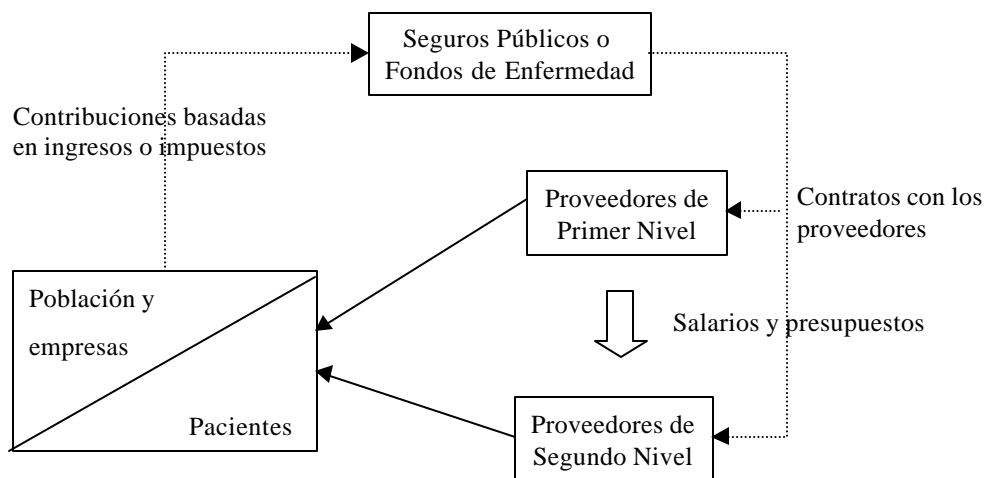
5. Modelo de contrato público

El Diagrama 5. muestra un modelo de contrato público con: servicios provistos a consumidores elegibles en especie; organismos de financiamiento o seguros de salud no competitivos; contribuciones obligatorias en proporción al ingreso; y pago directo según acto médico o capitado por parte de los seguros de salud a los prestadores independientes. Nuevamente, este modelo tiene una cantidad de versiones. La fuente de fondos puede ser los impuestos generales más que las contribuciones. En vez de los seguro de salud, las terceras partes pueden ser el gobierno local o central o, inclusive, los médicos del primer nivel en el caso de prestadores de segundo nivel. Y los prestadores, especialmente si son hospitales, pueden ser organismos públicos. Los rasgos principales de este modelo son que las terceras partes son públicas y que tienen relaciones contractuales con los prestadores -- en otras palabras, hay una separación entre los organismos de financiamiento y los prestadores. También es usual que los métodos de pago a los prestadores estén, al menos parcialmente, relacionados a la producción,

Es (y, en algunos casos, fue) común en los sistemas de seguro social europeos que los prestadores hayan ganado el derecho de hacer contratos con cualquier seguro, bajo la consigna de “libre elección de médico”. Esto puede ampliar la elección del consumidor en comparación con el modelo voluntario, pero a expensas de convertir a los fondos de enfermedad locales en oficinas pasivas de pago. Esto previene que los fondos exploten su

poder monopsónico localmente. Como resultado, la negociación sobre honorarios y precios usualmente se da entre las asociaciones nacionales o regionales de los fondos de enfermedad (u organismos gubernamentales centrales) y los prestadores bajo un monopolio bilateral. Cuando este se combina con elección del prestador por parte de los pacientes resulta en una competencia dirigida por el consumidor por la cantidad y calidad de los servicios, pero no por el precio.

Diagrama 5 : Seguro obligatorio con contratos asegurador/prestador



El modelo de contrato público comparte muchas de las características de la versión voluntaria. Es capaz de preservar la libertad de elección de prestador para los consumidores, si bien ello depende del alcance de los contratos negociados por las terceras partes. Usualmente no ofrece libertad de elección de asegurador. La eficiencia macroeconómica tiende a pasar a ser responsabilidad del gobierno. Existe un considerable potencial para lograr eficiencia microeconómica mediante una combinación de competencia dirigida por el consumidor por la calidad, y el desarrollo de los incentivos y regulaciones apropiadas en los contratos entre los aseguradores y los prestadores. No obstante, ambas están sujetas a limitaciones de información. Si el pago es capitado es probable que se logren economías en comparación con el modelo de reembolso. También es probable que los costos administrativos sean menores en comparación con el modelo de reembolso. En particular por la ausencia o el bajo gasto de comercialización. Como el modelo implica obligatoriedad puede ser diseñado para brindar cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

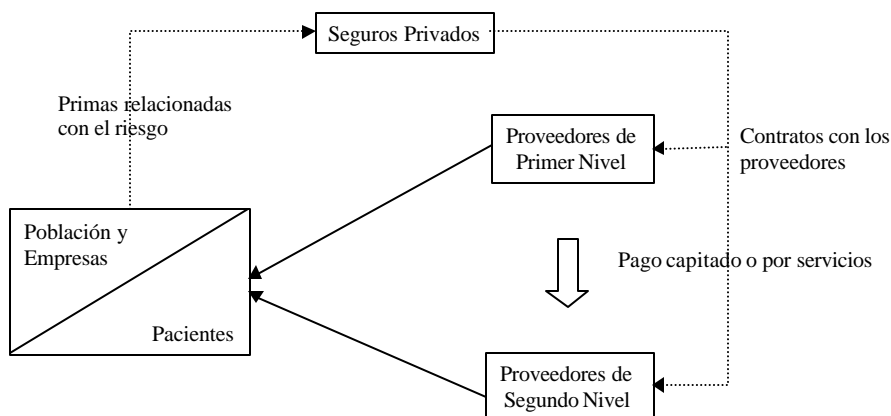
En diversas versiones, este es actualmente el modelo dominante para los médicos de atención primaria en Alemania, Irlanda, los Países Bajos, y el Reino Unido, y para los hospitales en Bélgica, Holanda, Alemania y el Reino Unido. El modelo contractual también juega su parte en los pagos a los médicos de atención primaria en Bélgica y Francia. Como entre las mayores tendencias en la organización y financiación de los sistemas de salud se destacan la separación de las funciones de provisión y financiación, el recurso a los modelos de subsidio a la demanda y la conformación de un *mix* público – privado de

proveedores de servicios, este modelo es cada vez más vigente. En él se centran muchas de las reformas discutidas en los siguientes capítulos de este libro.

6. Modelo voluntario integrado

Un desarrollo temprano en los mercados privados europeos de atención médica fue que algunos grupos de consumidores así como también ciertos aseguradores prefirieron recurrir a la financiación de la oferta, emplear médicos asalariados y ser propietarios de las instalaciones para la atención primaria --e inclusive servicios hospitalarios-- antes que contratar a prestadores independientes. Luego, estos tipos de arreglos fueron redescubiertos en los Estados Unidos de Norteamérica dentro de lo que se dio a conocer como *managed care* de las HMOs. El Diagrama 6 representa la versión voluntaria de este modelo con: servicios provistos a los pacientes en especie; aseguradores competitivos; primas voluntarias basadas en la comunidad; e integración vertical entre aseguradores y prestadores, con salarios y pagos con presupuestos prospectivos a los prestadores. Una vez más, los prestadores aparecen como múltiples usando líneas punteadas para indicar que la elección del prestador por parte de los consumidores será consecuencia de, pero estará restringida por, su elección de asegurador.

Diagrama 6: Seguro voluntario con integración entre aseguradores y prestadores



El modelo integrado voluntario preserva la libertad de elección de asegurador a expensas de restricciones en la elección de prestador. Restringe la autonomía ejecutiva de los médicos, a pesar de que puede coexistir con la autonomía clínica. Posee un buen potencial para lograr eficiencia micro y macroeconómica porque hay: incentivos competitivos; buenas oportunidades para gestionar la provisión de atención (a través de "porteros" y el contrato de empleo); y perspectivas para lograr ahorros administrativos a causa de la integración vertical. Si bien hay incentivos hacia el subservicio, estos son contrarrestados por la necesidad del asegurador de atraer y mantener al consumidor en un mercado competitivo de seguro. Sin embargo, al igual que sucede con los modelos de reembolso y contractual, es improbable que este modelo logre el nivel deseado de protección del ingreso o de equidad para los grupos vulnerables. Ello es porque la

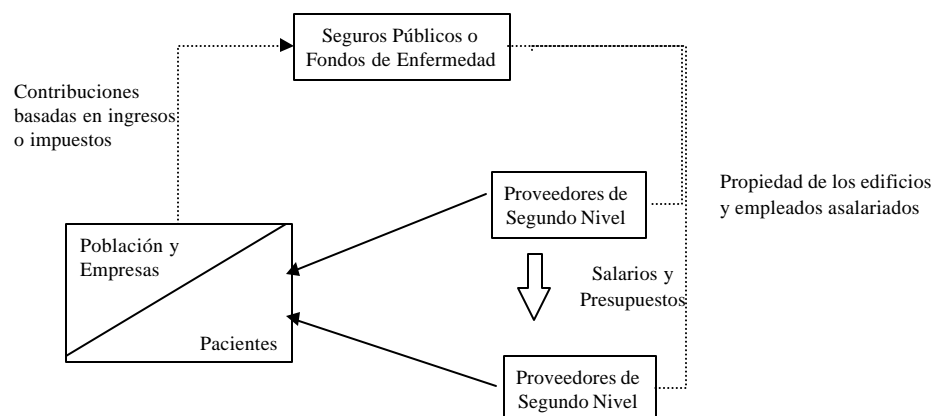
adquisición de seguro dependerá de la capacidad de pago y habrá incentivos para la selección del riesgo en un mercado competitivo. El modelo no fue popular con la medicina organizada en Europa y, en su versión voluntaria, no pudo sobrevivir al establecimiento de los planes de seguro nacional obligatorio (Abel-Smith, 1988).

En Argentina y Uruguay surgieron fuertes sistemas mutuales desarrollados por las diferentes comunidades de migrantes europeos (británicos, españoles, alemanes, franceses, etc.) En el caso argentino la mayoría de las mutuales de comunidad se reconvirtieron en prepagos competitivos de libre afiliación organizados sobre la base de una estructura propia (integración vertical).

7. Modelo público integrado

La mayor parte de los sistemas públicos de atención a la salud se centraron en la financiación de la oferta. El Diagrama 7 muestra esta versión con: servicios provistos a pacientes en especie; pagos de terceros organizados por organismos de financiamiento públicos, usualmente gobiernos locales o centrales; financiación por contribuciones obligatorias proporcionales al ingreso, frecuentemente vía impuestos generales; y pagos a prestadores mediante salarios y presupuestos prospectivos. Variaciones del modelo son posibles, incluyendo la financiación por contribuciones del seguro social y un mayor o menor grado de autonomía clínica. Tal es el caso del programa que incorpora al Hospital Público de Autogestión ya vigente en Argentina y en implementación en el Uruguay.

En términos generales, los consumidores no pueden elegir el asegurador dentro del plan público. En la versión pura del modelo, es probable que también su elección de prestador esté limitada.

Diagrama 7: Seguro obligatorio con integración entre seguro y provisión

La versión pública del modelo integrado se distingue de la voluntaria porque:

- El usuario no puede elegir al asegurador
- El asegurador (Estado) no tiene incentivos para retener la clientela de los asegurados
- El usuario no puede elegir el prestador (ni el hospital ni el médico), o bien puede hacerlo pero esta elección seguramente será mucho más limitada que dentro del modelo de contrato público.
- Involucra incentivos perversos a los prestadores. Si a los prestadores se les paga a través de salarios y presupuestos globales el dinero no sigue al paciente. **A los prestadores eficientes se los recompensa con más trabajo pero no con mayores recursos.** La recompensa para los prestadores ineficientes es una vida tranquila y recursos no utilizados. Las colas para acceder a los servicios son un lugar común, y los pacientes tienden a transformarse en suplicantes agradecidos más que en consumidores habilitados. Además, carece de incentivos para que los prestadores minimicen los costos unitarios. Por ejemplo, el gasto hospitalario en un año es frecuentemente cubierto con una reducción de la subvención al año siguiente.
- La eficiencia macroeconómica pasa a ser responsabilidad del gobierno, y a causa de la naturaleza integrada del modelo es relativamente fácil para el gobierno controlar el gasto total de salud al nivel que desea. El modelo integrado es probablemente capaz de lograr ahorros administrativos adicionales en comparación con el modelo de contrato. Este modelo, al implicar obligatoriedad, es capaz de lograr una cobertura universal y el nivel deseado de equidad.

Este es el modelo dominante en los servicios públicos de casi todo América Latina donde los hospitales se financian a través de presupuestos (la mayoría de las veces históricos) y los profesionales son asalariados.

Conclusiones

El análisis del sector salud requiere de consideraciones específicas que lo distinguen de otros sectores y requieren de cuidados especiales. Por un lado pueden emplearse algunas herramientas propias del análisis de los sectores sociales, tales como el distinguir entre situación de la población, situación del sistema de servicios y situación de las políticas. La utilidad de esta distinción radica en que permite mantener clara la relación figura – fondo evitando que se afirme que “el sector salud funciona mal porque el sistema presenta deficiencias”, o en los países que ya han avanzado en la reforma, que se afirme que “el sistema funciona mal porque los indicadores de salud aún no han mejorado”.

Otro dispositivo útil para ordenar el análisis consiste en distinguir los tres componentes de cada sistema: el modelo de gestión, el modelo de atención y el modelo de financiación. Se podría afirmar que la última generación de reformas ha asumido como objetivo prioritario contener el gasto sectorial. De esta forma el debate ha quedado muy restringido a la problemática de los modelos de financiamiento y se ha tendido a dejar de lado la consideración de los modelos de gestión y de atención.

La relevancia, tal vez desmesurada, que ha adquirido la perspectiva económica para la consideración de los sistemas de salud convirtió a la clasificación centrada en los tipos ideales en una herramienta insuficiente para el análisis. La taxonomía centrada en los actores y flujos (de recursos y servicios) que entre ellos se plantean facilita el análisis de las reformas.

Bibliografía

- ABEL SMITH, Brian (1994). “Tendencias Mundiales en el financiamiento de la salud” en MIRANDA RADIC, E. *La salud en Chile, evolución y perspectivas*. Santiago. Páginas 195-211.
- ABEL-SMITH, Brian (1995) “Health Reform: Old wine in new bottles”. En: *Eurohealth* (vol 1) N° 1. Junio.
- ABEL-SMITH, Brian /MOSSIALOS, Elias (1994). *Cost-contention and Health Reform*. The European Institute. London School of Economics and political Sciences. Londres.
- BUSS, Paulo & LABRA, María Eliana (org) (1995). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo -Rio de Janeiro. Editora Hucitec -Editora Fiocruz. 259 páginas.
- ELOLA, Javier; DAPONTE, Antonio / NAVARRO, Vicente. (1995) “Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe”. *American Journal of public Health* (vol.85) n°10:1397-1401. Octubre.
- EVANS, Robert (1981). “Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-care Industry”, in: VAN DER GAAG, J / PERLMAN (ed.). *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam. *Apud* OECD (1992)
- FLEURY TEIXEIRA, Sonia María (1992). *Estados sem Cidadãos*. São Paulo -Rio de Janeiro. De. Hucitec.
- FRENK, Julio (1997). “Las Dimensiones de la reforma del sistema de salud” in: RUIZ DURAN, Clemente. *Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI*. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C. páginas 361-382.
- GONZÁLEZ GARCIA, Ginés & TOBAR, Federico (1997). *Más salud por el mismo dinero* Buenos Aires. Grupo editor latinoamericano - Ediciones Isalud.
- JEFFREY, Nancy Ann (1996). “Enough is enough: some people simply have too much health insurance”. *Health & Medicine. Wall Street Journal*. Thursday, October 24, página. 7.
- KATZ, Jorge (org) (1993).”Estructura y comportamiento del sector salud en Argentina, Chile y Uruguay”. En: OPS .*Cuaderno Técnico* N° 36. Washington D.C.

- KATZ, Jorge & MIRANDA RADIC, Ernesto (1994). "Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación". En: *Revista de la CEPAL* 54. Diciembre. Páginas: 7-25
- MEDICI, André (1989) "Saúde e crise na América Latina". En: *Revista de Administração Pública* 223 (3). Mayo Julio. Páginas 7-98.
- MEDICI, Andre (1992). "Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil". *Revista de Administração Pública* 26(2). Abril junio. Páginas 79-115.
- MÉDICI, André Cezar (1994). *Economía e financiamento do Setor Saúde no Brasil*. Sao Paulo. USP.
- MEDICI, André Cezar (1997). *A Economía Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre. IAHCS. Octubre. 170 páginas.
- MUSGROVE, Philips (1996). "Public and Private roles in Health". *World Bank Discussion Papers n° 339* World Bank. Agosto.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. OECD publications, Paris. 1992. 152 páginas.
- ROEMER, Milton (1980). *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud*. México D.F. Siglo XXI editores. 455 páginas.
- SCHEFFLER,R.(1993)."Containing Health Care Costs: International Comparisons". FICOSSER. *Politiques de Contenció de Costos Sanitaris* Barcelona. páginas 11-21.
- SCHIEBER, G.J; POULIER, J.P & GRENWALD, L (1991)."Health Care Systems in twenty four countries". En: *Health Affairs*. Otoño.
- SHMUELI, Amir (1995). "Inversiones rentables con mejores resultados sanitarios", *Foro mundial de la Salud* Volumen 16, págs. 327-33.
- STARFIELD; Barbara (1995). "Comment: Health Systems'Effects on Health Status -Financing vs the Organization of services". *American Journal of public Health* (vol.85) n°10:1350-1. Octubre.
- SUAREZ. Ruben (1995). "Modelos de Financiamiento", *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Ediciones Isalud. Buenos Aires. Págs. 33-46.
- TOBAR, Federico (1998). "El marco económico -social de la desregulación". *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires. 25 páginas.
- TOBAR, Federico (1995). "Tendencias en Políticas de salud". Documento de trabajo Isalud. Buenos Aires. 25 páginas.
- TOBAR, Federico /TOBAR, Sebastián (1996). "Reingeniería y reforma sanitaria". In: AES (1996). Páginas 321-339.