

**Comisión Económica para América
Latina y el Caribe**



**Economic Commission for Latin
America and the Caribbean**

**Red sectorial Salud + Protección
Social en América Latina**



**Deutsche Gesellschaft für Techni-
sche Zusammenarbeit (GTZ) GmbH**

Universalidad en Solidaridad: Protección Social y el Financiamiento de la Sa- lud en América Latina

**Taller de Capacitación del 2 al 6 de junio de 2003 organizado por la
Unidad de Estudios Especiales, CEPAL, Naciones Unidas, y la
Red Sectorial de Salud de la GTZ en América Latina**

Sinopsis de las estrategias de reforma de los sistemas de salud en Europa

Jürgen Hohmann

Índice

| | |
|---|---|
| 1. Introducción | 2 |
| 2. Demanda en salud versus limitaciones financieras | 2 |
| 3. Enfoques de reforma | 3 |
| 4. Regulación del acceso físico | 4 |
| 5. Transparencia | 5 |
| 6. Bibliografía | 6 |



1. Introducción

Para abordar los sistemas europeos de protección social en salud, hay que hablar fundamentalmente de tres grandes ideas, de tres grandes modelos: el sistema de seguridad social de Bismarck, el sistema nacional de salud de Beveridge y el modelo de seguros privados de salud. Para entender los procesos y desafíos de reforma en el Viejo Continente parece conveniente empezar con una sinopsis de los tres modelos y del análisis de los problemas existentes para desarrollar las estrategias de mejora de los sistemas de atención de salud con relación al acceso financiero, físico y de información antes de llegar a una serie de conclusiones.

Hoy día, los mencionados sistemas sólo existen en teoría, en realidad ninguno de éstos se presenta actualmente en su forma pura, no hay ningún país que tenga un mero sistema de seguridad social. Hay países como Francia, Holanda, Bélgica y Alemania en los que este principio se aplica más que en otros, y lo mismo ocurre en los países donde los sistemas nacionales de salud desempeñan el papel predominante. Pero en la práctica concreta y cotidiana, todos los países de Europa, incluidos los de Europa del Este, aplican elementos de los distintos sistemas existentes y buscan la combinación viable y adecuada de varios sistemas. Existen instrumentos de financiamiento que no existen en todos los países, pero hay una gran variedad de seguros que funcionan en los sistemas de protección social: seguros públicos y privados, seguros de accidente laboral y de enfermedad profesional, pago de prestaciones en efectivo (pago por enfermedad, sistemas de micro-créditos, planes funerarios), planes colectivos de salud para empresas, organizaciones médicas de salud, fondos de pensiones, fondos para la atención de enfermería, entre otros.

2. Demanda en salud versus limitaciones financieras

Todos los sistemas de prestación tienen sus límites, y el paquete de prestaciones ofrecido por cualquier sistema de seguridad social refleja las posibilidades financieras y administrativas para limitar los riesgos (preseleccionados) de los ciudadanos. Los riesgos se definen mediante objetivos médicos, económicos y, a veces, culturales. En general, los retos se derivan de la falta de una base de datos que permita un cálculo fundado, un control de las demandas y, por ende, la administración correcta de los riesgos. La limitación de estos datos se debe a influencias de grupos de presión, a la baja calidad de los servicios y a las influencias políticas que tienden a impedir una serie de reformas importantes.

Nadie puede estimar todos los gastos de salud a los que se enfrentarán las personas durante toda su vida. Es un problema económico tanto de los seguros públicos como de los privados, ya que dichos seguros no pueden determinar con exactitud la evolución de los gastos para todos los miembros, ni cuánto necesitan cobrar ahora para cubrir los gastos que surgirán en 20 ó 30 años porque no se conoce el desarrollo del ciclo de vida y de la tecnología de salud. Así pues, no se sabe cuántos recursos hay que ahorrar para disponer de una cantidad suficiente de dinero en el futuro.

Otra fuente de problemas son las necesidades de la gente, las cuales se pueden dividir en cuatro tipos diferentes: las necesidades médicas que están en el centro del debate



sobre las reformas de salud; las necesidades financieras para cubrir los gastos económicos de los hogares; las necesidades subjetivas que están basadas en el patrón cultural más que en el individuo; y las necesidades derivadas de una cobertura para toda la vida y no solamente para el período de actividad económica. En general, se puede decir que las necesidades dependen de la prosperidad económica y tienden a ser infinitas.

Los problemas de financiamiento que se observan actualmente en la gran mayoría de los países tienen en común dos componentes: la disminución de las recaudaciones y el incremento de los gastos. El problema es tan apremiante porque el crecimiento de los gastos se da en una situación deficitaria de los ingresos debido a la disminución de las cotizaciones con relación al número de beneficiarios, las crisis estructurales del mercado de empleo y el cambio del perfil epidemiológico derivado, en gran parte, del envejecimiento de la población.

Las reformas del sector deben hacer frente a las demandas existentes y deberían centrarse en objetivos relacionados con el financiamiento de la salud. Según las prioridades de cada caso, las reformas se inician con la idea de mejorar o bien el estado de salud de la población o la protección de las personas contra los riesgos causados por enfermedades. Los criterios son varios y la complejidad de los factores obliga a basarnos en algunas ideas normativas. Entre los principios orientadores están la garantía de atención básica que posibilite un cierto grado de bienestar social; la solidaridad en el interior de un país, es decir, entre la población de dicho país; la capacidad eficiente de control y coordinación de la viabilidad económica; la calidad de la atención; la sustentabilidad con la adaptabilidad inherente al sistema; la autonomía de los pacientes y la responsabilidad individual o propia de las personas.

3. Enfoques de reforma

En general, se conocen varios conceptos de reforma relacionados con la organización y el control de la provisión de servicios, la reestructuración del pago a prestadores y de las cajas a través de distintos instrumentos de financiamiento. Desde luego, en esta cuestión intervienen los nuevos conceptos denominados “buena gobernabilidad” o “stewardship”, palabra inglesa que es importante utilizar en el contexto de la OMS y que se refieren al marco político-organizativo de los sistemas de protección social y a los procesos sociopolíticos. Al mismo tiempo, en lo referente al financiamiento, existen algunos mecanismos que permiten una mejor gestión de los trámites y gastos. Por una parte, los sistemas pueden limitar o reducir la demanda a través de medidas de prevención, copagos y un sistema de referencias y contrarreferencias bien establecido. Por otra parte, tenemos otro enfoque basado en las ofertas, en cual existe la posibilidad de definir un límite del número de prestadores (médicos, camas hospitalarias, etc.), controlar el acceso al mercado mediante licencias o imponer un control estricto de los aparatos sofisticados. Otro tema que hay que definir en una reforma del sector salud tiene que ver con el acceso financiero y la cobertura del seguro que debe responder a varias cuestiones. Por una parte, el principio de pago en especie permite un mejor control de la oferta, mientras que el principio de reembolso no tiene mucha influencia en los prestadores. Además, es fundamental definir los beneficios, las formas de copagos



y, desde el punto de vista del sistema, los mecanismos del reparto, los mecanismos de solidaridad y la forma de reajuste del riesgo entre varias cajas.

Existen distintos criterios respecto a los mecanismos de pago al prestador, por ejemplo existe la posibilidad de implementar un pago de los beneficios en especie o en forma de prepago realizado por el paciente. Un argumento central a favor del pago en especie es que los pacientes no tienen que efectuar pagos en efectivo, sino que pueden utilizar las prestaciones en el momento que las necesiten, y no sólo cuando estén en condiciones de pagarlas. Además, el pago en especie ofrece la ventaja de que los sistemas pueden desarrollar mecanismos de contratación global para regular los precios.

Una forma conocida de administrar el pago de los beneficios otorgados en especie son las tarjetas, como por ejemplo las tarjetas de los seguros de salud, del seguro social y de la mayoría de los sistemas. Casi todos los esquemas de salud expiden una tarjeta como comprobante, pero los datos que aparecen en estos carnés a veces varían de forma considerable. En Alemania, por ejemplo, se incluyen los datos personales y los datos de los seguros, pero por razones de protección de los datos personales está legalmente prohibido que aparezcan los datos médicos; sin embargo, otros regímenes autorizan incluir también datos médicos y confidenciales de los afiliados y de los pacientes.

Para ampliar y facilitar el acceso financiero a los servicios de salud se pueden implementar exenciones de la obligatoriedad de pagar los copagos u otras formas del financiamiento individual por parte del usuario. Existen exenciones generales, por ejemplo para niños, la exención total para personas con escasos ingresos, o la exención parcial para limitar los copagos para pacientes con enfermedades crónicas.

Desde el punto de vista del financiamiento, existen dos enfoques diferentes para mejorar los sistemas. Por una parte, se puede bajar la demanda a través de la implementación o ampliación de copagos por prestaciones, de deducibles o de topes. Por otra parte, se pueden crear nuevos recursos, por ejemplo a través de impuestos específicos de tabaco o de alcohol que se destinan directa o indirectamente a los sistemas de salud.

El debate actual a menudo también se centra en los ajustes del financiamiento. Dichos ajustes intentan excluir del paquete de beneficios cubiertos a las prestaciones “ajenas a los seguros”. Últimamente, en Alemania se plantea que el Estado pague mediante los impuestos generales las prestaciones por maternidad, que hasta ahora estaban cubiertas por las Cajas Médicas. Además, el gobierno alemán tomó recientemente la decisión de excluir del paquete de prestaciones otorgado por las cajas a los medicamentos que no exigen prescripción médica.

4. Regulación del acceso físico

Respecto al acceso físico a los servicios se puede distinguir entre distintos niveles. El nivel de los beneficios de salud pública y todo lo que tiene que ver con la salud colectiva de la población corresponde claramente a las tareas de los gobiernos nacionales o regionales. El acceso físico a la atención ambulatoria puede darse a través de médicos que tienen sus consultorios propios, médicos contratados por centros de salud u hospi-



tales, y otras formas de organización. Hay que decidir cómo se puede asegurar la provisión de todos los servicios estatales y cómo ofrecer garantías suficientes en los servicios de emergencia en las regiones sanitarias o en todo un país. Otra estrategia se basa en la planificación de facultativos a nivel nacional definiendo una determinada proporción de médicos de familia y de especialistas por región geográfica. Los datos muestran que en Europa hay un incremento de especialistas y un descenso de médicos generales, además de demasiados médicos en los sistemas de salud que carecen de regulación para acceder al mercado de prestadores.

En los Países Bajos, en lo que se refiere al acceso físico, se aplica principalmente la estrategia de limitar el número de hospitales, de camas hospitalarias y de médicos especialistas. En otros países, se controla la variedad de medicamentos limitando la cobertura en los productos genéricos o fijando un tope máximo de cobertura: cada paquete de medicamentos se bonifica hasta una suma máxima y los usuarios tienen que pagar individualmente la diferencia, o buscar otra forma de seguro complementario.

En Alemania han surgido distintas propuestas relacionadas con este ámbito, dichas propuestas propugnan que los contratos con los médicos no sean solamente colectivos, sino que la ley autorice a las cajas de salud a contratar médicos de forma individual. Actualmente, los seguros públicos sólo tienen el derecho de contratar a un colectivo de médicos para una región sanitaria, pero no tienen el derecho de firmar convenios directos con los médicos. Una estrategia que se está imponiendo paulatinamente es la atención integrada. Dicha estrategia conlleva una mejor interacción entre la atención hospitalaria y la ambulatoria que es precisa para llevar a cabo una serie de programas para enfermos crónicos. Existen muchas propuestas relacionadas con la calidad de atención, como por ejemplo la propuesta de crear un centro independiente de excelencia para la calidad de la medicina como organismo interdisciplinario donde participen los seguros de salud, los prestadores, el gobierno y organizaciones de los pacientes.

5. Transparencia

Además, en los enfoques reformistas de los sistemas europeos se plantea también el tema del paciente informado. En muchos países, no es habitual que la gente pueda acceder a información referente al financiamiento y a la organización de los servicios; sin embargo, por otra parte, no está tan claro que esta transparencia nos acerque necesariamente a una solución. No son muchas las personas que en Alemania conozcan los flujos de financiamiento de cada una de las cajas públicas y su interrelación; las cotizaciones se deducen del sueldo de forma automática como porcentaje de los ingresos y, en general, no se conoce detalladamente la cantidad de dinero que se cotiza mensualmente al seguro médico. Sin embargo, lo que realmente cuenta es que los ciudadanos saben fehacientemente que pueden confiar en este sistema que, a fin de cuentas, funciona más o menos bien. Lo comprueban cada vez que acuden a su sistema de salud para que les proporcione asistencia o atención sanitaria. Si hablamos de información, de una transparencia total, es obvio que el sistema no va a funcionar mejor porque la transparencia sea o no la mejor forma de informar: informar es el derecho individual de conocer todo lo referente a su enfermedad. Es decir, la transparencia respecto al



funcionamiento del sistema no tiene la misma importancia que la transparencia que transmite, en caso de enfermedad, la seguridad de poder contar con una atención adecuada.

A modo de conclusión, se puede afirmar que los sistemas de salud están relacionados más con el poder adquisitivo que con la contabilidad, con el modelo de solidaridad que con el consenso sociocultural existente; es decir, que necesitamos una definición de metas realistas, una inducción de procesos participativos, una adecuada representación de los grupos de interés involucrados, una mayor solidaridad y un principio de subsidiariedad.

6. Bibliografía

Dixon, Anna; Mossialos, Elias (2001). *Funding Health Care in Europe: Recent Experiences*. Health Care UK, King's Fund.

Dixon, Anna; Mossialos, Elias (2002). *Health Care Systems in eight countries: trends and challenges*. The European Observatory on Health Care Systems. London. ISBN 075301548X.

Hohmann, Jürgen (1998). *Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand*. Verlag Hans Huber. Bern.

Irvine, Benedict; Green, David (2003). *International Medical Outcomes: How Does the UK Compare?* Civitas (Institute for the Study of Civil Society), London (<http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgOutcomes.pdf>).

Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep et al. (Hrsg.) (2002). *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, Open University Press.

Saltman, Richard; von Otter, Casten (1992). *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Open University Press, Buckingham/Philadelphia.

Saltman, Richard; Figueras, Josep (1998). *Analyzing the Evidence on European Health Reforms*. *Health Affairs* 17 (2), p.85-108.

Saltman, Richard; Busse, Reinhard; Mossialos, Elias (2002). *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Open University Press, Buckingham (<http://www.who.dk/document/OBS/REBC01.pdf> - .../REBC11.pdf).

World Health Organisation (1996). *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*. Kopenhagen.