

Serie Documentos de Trabajo del IIEP

Nº 40 - Marzo de 2019

NECESIDADES DE REGULACIÓN DEL SECTOR PRIVADO
EN SALUD EN AMÉRICA LATINA
(APUNTES PARA EL DEBATE)

Oscar **Cetrángolo** y Ariela **Goldschmit**



Instituto Interdisciplinario de
Economía Política de Buenos Aires
(IIEP-BAIRES)

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas
Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires
Av. Córdoba 2122 - 2º piso (C1120 AAQ)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel +54 11 5285-6578

<http://iiep-baires.econ.uba.ar/>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva
Av. Rivadavia 1917 (C1033AAJ)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel +54 11 5983-1420

<http://www.conicet.gov.ar/>

ISSN 2451-5728

Los Documentos de Trabajo del IIEP reflejan avances de investigaciones realizadas en el Instituto y se publican con acuerdo de la Comisión de Publicaciones. L@s autor@s son responsables de las opiniones expresadas en los documentos.
Desarrollo editorial: Ed. Hebe Dato

El Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires (IIEP-BAIRES) reconoce a los autores de los artículos de la Serie de Documentos de Trabajo del IIEP la propiedad de sus derechos patrimoniales para disponer de su obra, publicarla, traducirla, adaptarla y reproducirla en cualquier forma. (Según el art. 2, Ley 11.723).



Esta es una obra bajo Licencia Creative Commons
Se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

NECESIDADES DE REGULACIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA (Apuntes para el debate)

Oscar Cetrángolo

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS. BUENOS AIRES, ARGENTINA.

CONICET-UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE ECONOMÍA POLÍTICA DE BUENOS AIRES (IIEP-BAIRES). BUENOS AIRES, ARGENTINA.

oscar.cetrangolo@fce.uba.ar

Ariela Goldschmit

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS. BUENOS AIRES, ARGENTINA.

CONICET-UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE ECONOMÍA POLÍTICA DE BUENOS AIRES (IIEP-BAIRES). BUENOS AIRES, ARGENTINA.

arielagold@hotmail.com

Private health sector regulatory needs in Latin America (Notes for the debate)

ABSTRACT

In recent years, the concern for policies that achieve effective universal health coverage has been growing, as shown eloquently by the institutional documents of the World Health Organization and Pan American Health Organization. According to them, universal health coverage means that the entire population has access to appropriate health benefits of promotion, prevention, cure and rehabilitation when needed, at an affordable cost. From this perspective, progress towards universal health access and coverage requires efforts to overcome exclusion, inequity and barriers to access, as well as timely use of comprehensive health services.

It is difficult to achieve the announced goals without adequate regulation of the health markets. This requires social consensus, rules, adherence and a range of tools and approaches that may include financial incentives, accreditation, licensing, hiring and handling of claims. Reaching consensus on health system objectives arises from a dialogue between institutions and leaders, along with the participation of a range of actors such as professional associations, corporate providers, unions, academia, civil society organizations, user representatives and governmental institutions.

The objective of this paper is to explore the themes of analysis to be taken into account in public-private relations that underlie the processes of transformation of health systems in the Americas and the corresponding challenges in terms of articulation and regulation in the sector.

RESUMEN

En los últimos años la preocupación por las políticas que logren alcanzar la efectiva cobertura universal de salud ha sido creciente, como lo muestran con elocuencia diferentes documentos institucionales de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Allí se señala que la cobertura universal en salud significa que toda la población tenga acceso a prestaciones de salud apropiadas de promoción, prevención, cura y rehabilitación cuando las necesite y a un costo asequible. Desde esta perspectiva, el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y las barreras al acceso y uso oportuno de servicios de salud integrales.

Difícilmente puedan alcanzarse las metas anunciadas sin una adecuada regulación de los mercados de salud. Esta requiere de un consenso social, reglas, adherencia y una gama de herramientas y enfoques que pueden incluir incentivos financieros y desincentivos, acreditación, licencias, contratación y manejo de reclamos. Alcanzar un consenso sobre los objetivos del sistema de salud, adicionalmente, surge de un diálogo entre las instituciones y los líderes, junto con la participación de una gama de actores como asociaciones profesionales, proveedores corporativos, sindicatos, academia, organizaciones de la sociedad civil, representantes de usuarios e instituciones gubernamentales.

El objetivo del presente trabajo consiste en explorar los ejes de análisis a tener en cuenta en los tipos de relaciones público privado que subyacen en los procesos de transformación de los sistemas de Salud en las Américas y los correspondientes desafíos en términos de articulación y de regulación en el sector.

Keywords: REGULATION – HEALTH SYSTEM –PRIVATE HEALTH SECTOR

Palabras claves: REGULACIÓN – SISTEMAS DE SALUD – SECTOR PRIVADO

JEL Codes: I13 - I18

El presente informe fue realizado a solicitud de la Organización Panamericana de la Salud para ser utilizado como insumo en los debates sobre el tema. Los autores agradecen los valiosos comentarios de Ernesto Báscolo y Víctor Valdivia.

Tabla de contenido

Introducción.....	2
1. Elementos a tener en cuenta para pensar la regulación de los mercados de salud en América Latina	4
1.1. Elementos de la teoría económica convencional.....	4
1.2. Rasgos especiales del mercado de salud como blanco móvil	5
1.3. Efectos distributivos, fragmentación y necesidad de coordinación.....	6
1.4. Fragmentación y necesidad de coordinación de los sistemas de la región	7
2. Organización de los sistemas de salud en la región	10
2.1. Cobertura de salud y fragmentación en América Latina	10
2.2. Gasto y financiamiento de la salud en América Latina.....	11
2.3. La participación del sector privado en la salud.....	13
3. Tipología de casos y diferentes necesidades de regulación.....	14
4. Reflexiones finales.....	18
5. Referencias bibliográficas	22

Introducción

Atendiendo a la organización de los sistemas de salud, en América Latina han predominado sistemas híbridos con dificultades para alcanzar acceso y cobertura universal de servicios de calidad. La provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para cobertura, regulación y provisión, en el que conviven el subsector público (esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social (financiada con contribuciones sobre la nómina salarial) y el subsector privado (organizado a partir de seguros privados o pagos directos de bolsillo). La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores da origen a distintas modalidades y esquemas institucionales de los sistemas de salud, con impactos significativos sobre el uso eficiente de recursos y en los avances en la equidad en el acceso a los servicios de salud.

En los últimos años la preocupación por las políticas que logren alcanzar la efectiva cobertura universal de salud ha sido creciente, como lo muestran, entre otros, los documentos institucionales de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2005 y 2010a) y Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Allí se señala que la cobertura universal en salud significa que toda la población tenga acceso a prestaciones de salud apropiadas de promoción, prevención, cura y rehabilitación cuando las necesite y a un costo asequible. Desde esta perspectiva, el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y las barreras al acceso y uso oportuno de servicios de salud integrales (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Entre otras demandas, ello involucra atender a tres dimensiones: i) la población cubierta, ii) los servicios cubiertos y iii) el peso de los gastos no cubiertos (Organización Mundial de la Salud, 2010a).

Adicionalmente, en 2015 la Asamblea General de Naciones Unidas estableció la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible proponiendo los puntos centrales a tratar durante los siguientes 15 años. Para este periodo se busca poner “fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás”, donde además se adopten medidas para “promover la prosperidad al tiempo que protegen el planeta”, implementando “estrategias que favorezcan el crecimiento económico y aborden una serie de necesidades sociales”, entre las que se encuentran las relativas a la salud y la protección social. En concreto, más allá de la complementariedad que existe entre los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, el número 3 consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Difícilmente puedan alcanzarse las metas anunciadas en relación con ese objetivo sin una adecuada regulación de los mercados de salud. A modo de ejemplo, la meta octava de ese objetivo consiste en “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de

calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>).

La Organización Mundial de la Salud (2010b) destaca las lecciones que surgen de la regulación del sector privado de la salud en países desarrollados. Allí se señala que la elección de estrategias de regulación óptimas continúa siendo un foco de debate sobre el grado de intervencionismo, el peso del interés público en la regulación estatal, la elección de los mecanismos reguladores, el rol de varios actores y sectores en la regulación de la provisión de asistencia médica y el equilibrio entre los diferentes tipos de regulación. Una regulación efectiva requiere, sin duda, de un consenso social, reglas, adherencia y una gama de herramientas y enfoques que pueden incluir incentivos financieros y desincentivos, acreditación, licencias, contratación y manejo de reclamos. Alcanzar un consenso sobre los objetivos del sistema de salud requiere un diálogo entre las instituciones y los líderes, junto con la participación de una gama de actores como asociaciones profesionales, proveedores corporativos, sindicatos, academia, organizaciones de la sociedad civil, representantes de usuarios e instituciones gubernamentales.

El objetivo del presente trabajo consiste en explorar los ejes de análisis a tener en cuenta en los tipos de relaciones público privado que subyacen en los procesos de transformación de los sistemas de Salud en las Américas y los correspondientes desafíos en términos de articulación y de regulación en el sector.

A tal fin, el documento se organiza de la siguiente manera. Seguido a esta introducción se presenta una revisión sobre el marco económico conceptual tradicional de la regulación en los mercados complementado con aspectos a ser considerados de manera especial en los mercados de salud en América Latina. Dado que el tipo de la regulación a ser desarrollada se encuentra en función de la organización de cada sistema de salud y del nivel de fortalecimiento institucional de cada país, la sección 2 repasa las características de la organización que adoptan los sistemas de salud en América Latina, con foco en los diferentes tipos de fragmentación existentes y la presencia que detenta el sector privado. La sección 3 reúne los diferentes argumentos para ensayar al momento de organizar los aspectos específicos de la regulación de los mercados de salud en cada grupo de países en la región. Por último, el desarrollo argumental se cierra con unas breves reflexiones finales (sección 4).

1. Elementos a tener en cuenta para pensar la regulación de los mercados de salud en América Latina

Habida cuenta de las características especiales del mercado de la salud y el desarrollo de este sector en los países de América Latina, es imposible considerarlo como si se tratara de un sector más de la economía que debe ser objeto de regulación. Es por ello que aquí se presentan los aspectos centrales de la teoría tradicional de la regulación junto con otros elementos que aquí se consideran indispensables para discutir los alcances de la regulación de los mercados de salud en la región. Se incorporarán referencias a la propia dinámica del sector, sus características distintivas, aspectos distributivos y algunos elementos de la situación de los sistemas en los países de América Latina que resultan necesarios para desarrollar el análisis aquí propuesto.

1.1. Elementos de la teoría económica convencional

Dentro de la diversidad de los bienes y servicios que conforman las prestaciones relacionadas con la salud se encuentran múltiples argumentos para fundamentar el ejercicio de la capacidad regulatoria del estado como una de las dimensiones de su función rectora, así como de otras formas de intervención estatal. En general, éstas pueden articularse alrededor de la búsqueda de eficiencia (en respuesta a la presencia de bienes públicos y fallas de mercado) y de la redistribución de la asignación de recursos, a través de medidas que tiendan a la igualdad y de la definición de bienes y servicios del sector cuyo consumo no quede librado a la elección individual de las personas (bienes meritorios o preferentes).

En principio, la regulación en salud tiene fundamentos similares a los que explican la regulación de otros mercados, particularmente las imperfecciones o fallas de mercados. En particular, en el caso de los mercados proveedores de servicios de atención de la salud se destaca la regulación del estado ante la manifestación (en grado diverso) de la totalidad de fallas de mercado conocidas. De manera especial, y como se verá adelante cobra especial relevancia la existencia de asimetrías de información. Adicionalmente, a partir de la introducción de mecanismos de aseguramiento, han merecido especial atención los problemas de selección adversa y riesgo moral.

Esas asimetrías pueden darse en dos direcciones: i) de usuario a aseguradora o ii) de aseguradora en relación al usuario. La literatura identifica que las asimetrías de información del primer tipo son de dos características diferentes, ambas apoyándose en cuánto al efecto negativo que generan en el mercado; a saber, información oculta y acciones ocultas. El problema de selección adversa ocurre cuando son los individuos más riesgosos de la población los que tienen más incentivos a participar en el mercado. Asimismo, se muestra que cuando los individuos se aseguran, cambian su actitud frente al riesgo. A este segundo problema de asimetría de información se le conoce como riesgo moral. Ambos problemas generados por la mayor información

que posee el usuario en relación a la aseguradora conllevan una pérdida de eficiencia en el funcionamiento del mercado (Ferreiro et al., 2004).

Mediante distintos instrumentos las aseguradoras de salud buscan cubrirse de este tipo de fallas, implementando mecanismos de *screening*, señalización, límites de cobertura, exclusiones de cobertura (en seguros de salud, las exclusiones de determinadas patologías, especialmente las preexistentes), carencias (exclusiones temporales), pago de cuotas diferenciales, entre otros. Estos aspectos llaman la atención sobre la necesidad de una rigurosa regulación estatal que permita asegurar la cobertura de la población, evite abusos por parte de los usuarios y la imposición de barreras de entrada por parte de las aseguradoras.

Por otra parte, otra asimetría de información se verifica por la mayor información que detentan los aseguradores respecto de los usuarios del sistema. La información respecto de los planes ofertados y, fundamentalmente, respecto de la calidad del servicio asociada a dichos planes, como, por ejemplo, la prontitud, efectividad y probabilidad de pago del servicio de salud prestado, la solvencia económico-financiera del asegurador; son variables que no se encuentran a disposición de los usuarios y limitan el margen de elección de los mismos ante los diferentes planes y coberturas de salud (Ferreiro et al., 2004).

1.2. Rasgos especiales del mercado de salud como blanco móvil

Más allá de los elementos citados -comunes a muchos mercados- el rasgo fundamental del sector salud se vincula con la incertidumbre con que los agentes económicos deben tomar decisiones que, a diferencia del resto de los mercados, no solo afectan la calidad, el precio y la satisfacción de los consumidores, sino la calidad y extensión de su propia vida o la de sus seres más cercanos. Esta característica obvia introduce complejidades especiales a tener en cuenta, donde la incertidumbre sobre los resultados de una prestación da origen a mecanismos de decisión difíciles de racionalizar pero de imprescindible regulación.

En este sector resulta difícil o imposible brindar información que posibilite la toma de decisiones informadas y más acertadas. Tanto la incierta ocurrencia de las enfermedades en los individuos, la incertidumbre acerca de los resultados de las intervenciones médicas, la incertidumbre del profesional acerca de la pertinencia o eficacia del tratamiento prescripto, la incertidumbre que, en general, afecta al paciente acerca del costo final del tratamiento recibido, aspecto relacionado con la incapacidad de prever anticipadamente la eficacia de éste o la cantidad y precio de las prestaciones que le serán prescritas como diagnóstica o terapéuticamente necesarias, la incertidumbre del paciente en relación a los incentivos que puede llegar a presentar el profesional médico para prescribir medicación o realizar prácticas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos, constituyen ejemplos del manto de incertidumbre que existe en el mercado de la salud (Ferreiro et al., 2004).

Es así que, como resultado de los problemas de asimetrías de información e incertidumbre, se justifica una participación activa del Estado como regulador del

sector con miras a resolver o atenuar la ocurrencia de estas fallas. Son estas mismas razones las que, eventualmente, justifican su rol como asegurador directo, compitiendo como uno más con las empresas aseguradoras privadas.

Lamentablemente, las soluciones no son únicas ni universales. Las características propias de este mercado donde predomina la incertidumbre, el cambio técnico, la búsqueda de rentas innovativas por parte de los prestadores y la importancia de estas prestaciones para los usuarios, hacen de este sector un verdadero blanco móvil. A lo largo de su evolución se fueron sucediendo cambios permanentes en su organización institucional, mecanismos de financiamiento, distribución de riesgos y beneficios económicos y, en consecuencia, demandas de permanente mutación y actualización de los mecanismos de regulación.

Desde los orígenes del sector con prestadores individuales que vendían sus servicios a pacientes que se hacían cargo de la totalidad de su costo (que no podían prever), pasando por la introducción de diferentes tipos de aseguramiento con sus consiguientes fallas asociadas, la introducción de contratos de capitación y, más recientemente, las cápitas ajustadas por riesgo, el sector ha mostrado una gran versatilidad para acomodarse a los cambios regulatorios, demandando permanente monitoreo y adaptación de la propia regulación.

Tomando en cuenta este análisis, y habida cuenta del hecho de que los recursos disponibles resultan limitados, ello pone de relevancia la necesidad de establecer prioridades, y tomar decisiones sobre qué servicios serán provistos, para quienes, y a qué costo. Avanzar en cualquiera de los ejes condiciona los recursos disponibles que puedan ser destinados a los demás.

Es así, que en el camino por alcanzar la Salud Universal, se deben establecer mecanismos que garanticen un proceso de evaluación y de toma de decisiones que permita priorizar la asignación de recursos sanitarios y se encuentren basados en la mejor evidencia científica posible y que reflejen los valores de la sociedad. Este proceso, conocido como evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), debe contemplar la efectividad clínica de las intervenciones, así como otra serie de criterios que reflejen apropiadamente los valores sociales, como son la costo-efectividad, el impacto presupuestario, el impacto en la equidad, la aceptabilidad, el impacto organizacional, o la priorización de grupos vulnerables, solo por mencionar algunos aspectos. Se define como tecnologías sanitarias a todos los medicamentos, dispositivos, vacunas, métodos diagnósticos, prácticas médicas y quirúrgicas, y sistemas de organización. En algunos casos, la creación de agencias ETS puede facilitar la toma de decisiones en la definición de los paquetes prestacionales asegurados en los distintos países. En el futuro deberá evaluarse el papel que estas agencias puedan cumplir como parte de las iniciativas de regulación del sector privado. (IECS, 2016).

1.3. Efectos distributivos, fragmentación y necesidad de coordinación

Si bien es cierto que introducir la competencia es deseable, las fallas de mercado en el sector de la salud hacen que, para que esta competencia sea real y favorezca la

eficiencia, se requiera un modelo con una sólida estructura reguladora (Arrow, 1962). Esto se aplica tanto a la regulación de las prestaciones de los servicios en términos de calidad y eficacia, como a la del aspecto financiero y actuarial del aseguramiento.

Como se ha mencionado, existen otros argumentos que no se vinculan con la consecución de la eficiencia del mercado sino que tienen que ver con razones de equidad y con la existencia de algunos bienes meritorios. En este caso, los argumentos son más subjetivos y debe considerarse la diferente percepción que predomina en cada sociedad con relación a la necesidad de brindar acceso universal a la salud y cobertura universal de salud a todas las personas, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

1.4. Fragmentación y necesidad de coordinación de los sistemas de la región

Por lo general, la única cobertura para la población sin capacidad de contribución suele correr por cuenta del Estado. La seguridad social suele cubrir a los trabajadores formales (y, a menudo, a sus dependientes, de acuerdo con la organización de cada sistema en particular) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. En cambio, el sector privado cubre, predominantemente, a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores propios. No obstante, en muchas oportunidades, los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades para acceder a la oferta pública de servicios, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado. Los efectos distributivos de esta situación son evidentes. Es importante señalar aquí que en la región ha sido posible percibir durante las últimas décadas una creciente preocupación por la necesidad de corregir los efectos negativos de esa conformación de los mercados. La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores caracteriza las distintas reformas que se han llevado a cabo en la región.

En una tradicional visión poco sofisticada puede parecer que existe una clara separación entre los tres subsectores, pero lo cierto es que en la práctica es cada vez más fuerte e intrincada la interrelación entre los segmentos. Ello hace mucho más compleja la definición de la intervención pública en el sector. Desde sus primeros desarrollos, la seguridad social tuvo, en la mayoría de los países, una fuerte relación con el desarrollo de la oferta privada. Esta fue durante mucho tiempo el complemento a la oferta de la propia seguridad social y permitió el crecimiento de instituciones privadas. Con el correr de los años, los cambios institucionales de innovaciones tecnológicas, en la organización de los servicios de salud y en los mecanismos de financiamiento produjeron nuevos arreglos institucionales en la relación entre el financiamiento y la provisión de los servicios de salud, con especial desarrollo en la seguridad social y (dependiendo de la organización particular de la salud en cada

país) en el propio sector público (Cetrángolo et al., 2011; Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

Las nuevas tendencias de reformas que posibilitaron una mayor separación y financiamiento fueron una fuerte influencia para estos cambios en muchos de los países, demandando nuevos marcos regulatorios que no siempre tuvieron lugar o, en todo caso, no lograron acompañar los rápidos cambios en las formas de contratación. En este sentido, es importante diferenciar las modificaciones en las formas de contratación entre esquemas donde las reformas son más claras y planificadas (Chile, Colombia, Uruguay, por ejemplo) de los casos donde las mutaciones en las modalidades de contratación se realizan por ausencia o debilidad de marcos regulatorios.

El cuadro que sigue muestra en una clasificación tomada de CEPAL (2006) las características de los sistemas de salud y la participación que detenta el sector privado prestador.

Cuadro 1: Tipología de sistemas de salud en América Latina

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Financiamiento: rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo	Financiamiento: integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social	Financiamiento: baja o nula integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social
<i>La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados</i>	<i>En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. También varía el nivel de integración del financiamiento</i>	<i>La estructura de la prestación pública es heterogénea, y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado</i>
<i>Prestación pública y privada:</i> Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití, ^a Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, República Bolivariana de Venezuela ^b	<i>Tipo 2A:</i> Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social: Costa Rica <i>Tipo 2B:</i> Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo: Colombia, Antigua y Barbuda, ^c República Dominicana ^c	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay
<i>Prestación solo a través del sistema público:</i> Cuba	<i>Tipo 2C:</i> Modelo dual con integración parcial: Chile	

Fuente: CEPAL (2006).

De allí se desprende que en los casos en que las prestaciones combinen la participación privada y pública, con independencia de la integración que muestren las fuentes de financiamiento, el rol regulador del estado adquiere relevancia en el aseguramiento de niveles de calidad, control de los mecanismos de contratación y la disposición de información relevante al usuario. Sin duda, la intrincada red de contratos prestacionales incorpora mayores niveles de complejidad a la acción regulatoria. En algunos casos se trata únicamente de contratos entre la seguridad

social y los prestadores privados en forma individual; en otras situaciones se incorporan actores nuevos como las asociaciones médicas, redes sanatorias, entidades que agrupan diferentes asociaciones (médicos, laboratorios, clínicas) o una red de prestadores conformada al efecto; o bien que existe alguna empresa privada a la que el administrador de fondos le haya derivado la contratación de los prestadores.

Puede haber, incluso, algunos casos de doble intermediación, cuando el administrador de fondos derivó en una empresa especializada la contratación de las prestaciones, y esa empresa a su vez contrató a través de las asociaciones o entidades que las nuclean. El papel de las asociaciones de prestadores como nucleadores de la oferta de servicios de salud presenta también problemas desde el punto de vista de la competencia. Por un lado, estas asociaciones pueden servir como vehículo para llevar a cabo prácticas anticompetitivas concertadas tales como fijación de precios y reparto de mercados, cuyo objetivo es incrementar los beneficios de los prestadores a costa del interés de los demandantes finales del servicio (que terminan pagando más por los mismos servicios o teniendo acceso a un espectro menos amplio de prestaciones). Por otro lado, y a veces como instrumento para mantener en vigencia las prácticas mencionadas, las asociaciones son capaces de utilizar su poder de mercado para excluir a sus asociados de ciertos beneficios que las mismas otorgan (por ejemplo, de su padrón de prestadores) en general como "castigo" porque dichos asociados se han apartado de algún modo de la práctica concertada que la asociación propugna (CNDC, 1997). En cambio cuando la prestación es únicamente pública la regulación debe lograr separar el rol prestador del rol regulador y poder controlar los convenios y/o contratos público-privados y la compra de insumos médicos y medicamentos.

En consecuencia, adquiere relevancia definir el modelo de financiamiento de cada país, las funciones de aseguramiento y el mercado de servicios. El modelo de financiamiento integra la recaudación, el aseguramiento y la compra de servicios (o asignación de recursos a los proveedores). La recaudación de recursos y distribución de recursos comprende el análisis de las fuentes de financiamiento, sus factores condicionantes y las capacidades de las agencias responsables de tales funciones. Las funciones de aseguramiento están asociadas con las relaciones entre asegurados (o usuarios) y entre instituciones aseguradoras (sean de la seguridad social o privadas). El mercado de servicios comprende las relaciones entre las organizaciones con función de compra y las que ofrecen los servicios de salud (Báscolo, 2008). En cada una de estas instancias el rol regulador adquiere distintas funciones y diferente relevancia en función del modo en que se organice la salud en cada país.

2. Organización de los sistemas de salud en la región

Esta sección presenta a modo de introducción y a los fines comparativos, las características que adoptan los sistemas de salud en América Latina, tanto en lo referido a su organización, cobertura, nivel de gasto y los esquemas de financiamiento resultantes, de modo de poner en evidencia las diferentes facetas de la regulación en el mercado de la salud.

2.1. Cobertura de salud y fragmentación en América Latina

En la mayor parte de los países de América Latina se ha establecido, mediante diferentes tipos de normas, el acceso universal a servicios de salud de su población. No obstante, son escasas las referencias claras y explícitas acerca del nivel de cobertura garantizado, siendo imposible regular lo que no está explícitamente establecido en alguna norma. En general, la cobertura efectiva en materia de salud resulta insuficiente y desigualmente distribuida, con escasa capacidad para mejorar las desigualdades que caracterizan a los países que conforman esta región.

Si bien las posibilidades efectivas de acceder a servicios de salud oportunos, de magnitud y calidad homogéneas dependen, entre otros factores, de los niveles de ingresos de las personas, la condición de formalidad en el mercado laboral, el riesgo y la ubicación geográfica de los individuos, las condiciones de acceso efectivo resultan también del nivel de desarrollo y organización de los servicios de salud en cada país.

En América Latina ha predominado el desarrollo de sistemas híbridos de salud. En estos países, la provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, regulación y provisión. Conviven un subsector público (esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social que brinda cobertura a los trabajadores formales y es financiada con contribuciones sobre la nómina salarial y el subsector privado que, organizado a partir de seguros privados o pagos directos de bolsillo, cubre generalmente a la población de más altos ingresos. En muchas oportunidades los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades para acceder a la oferta pública de servicios, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante desembolsos de bolsillo, lo que representa una carga onerosa para estos hogares y constituye un importante factor de inequidad. La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud, que suponen distintas dinámicas en términos de cobertura, equidad y eficiencia del sector. En consecuencia, y siendo cuidadosos en el uso de los términos, no se podría hablar de un “sistema de salud” dada la ausencia de coordinación entre las partes que conforman su organización. Más allá de la precisión semántica es claro que la falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

Además de la segmentación entre subsectores, en muchos países también se observa un importante grado de fragmentación hacia el interior de cada subsector (público, seguridad social y privado). De manera especial, la descentralización en la provisión pública, cuando ha ocurrido, ha multiplicado los niveles de cobertura en un mismo país, ampliando en muchos casos las brechas territoriales. De este modo, la fragmentación territorial deriva de la existencia de sistemas de salud a nivel subnacional con coberturas dispares de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de cada lugar. En consecuencia, los habitantes de un mismo país cuentan con niveles diferentes de cobertura del sector público en función de su localización geográfica.

2.2. Gasto y financiamiento de la salud en América Latina

Los resultados alcanzados en términos de cobertura remiten a la discusión de los mecanismos de financiación de los sistemas de salud de la región. La elevada fragmentación, y la consecuente falta de equidad y eficiencia, se hallan estrechamente relacionadas con la modalidad de su financiamiento. Esta fragmentación tiene múltiples orígenes y manifestaciones. Entre éstas, una de las más obvias se vincula con los problemas derivados de niveles elevados de gasto de bolsillo en salud, que en muchos casos limitan el acceso a los servicios de salud a aquellas personas que más los requieren. Por otra parte, deben considerarse los problemas derivados de las diferencias que separan a aquellos que cuentan con cobertura de la seguridad social formal de aquellos que se desempeñan en sectores informales de la economía. (Cetrángolo, 2014).

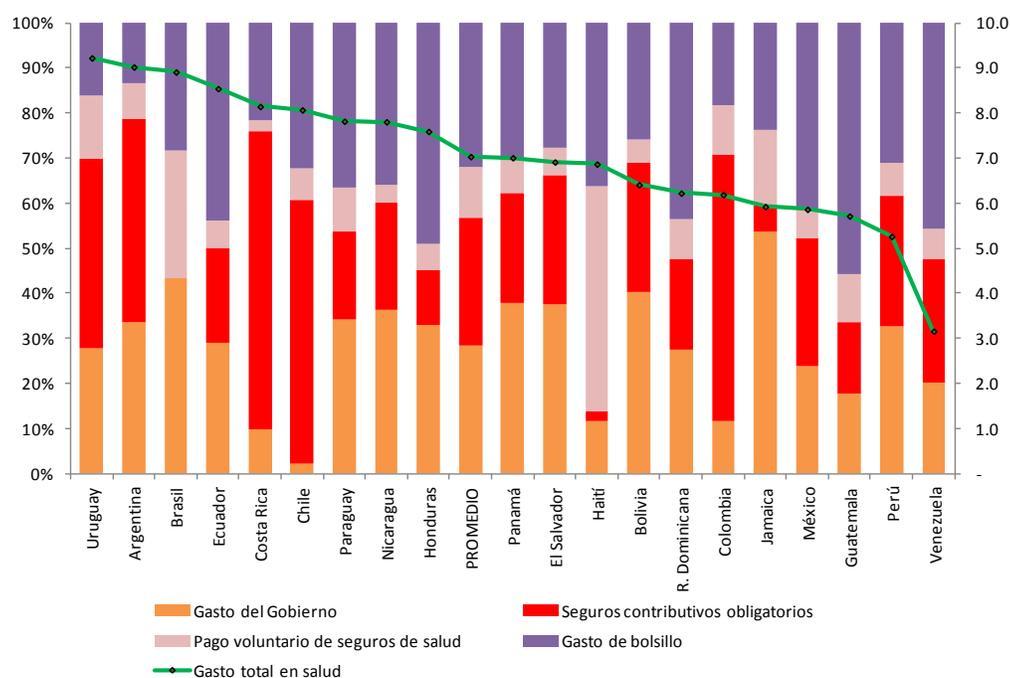
El gasto promedio de América Latina en atención de la salud es similar a la media mundial, medido como porcentaje del producto (alrededor de 7%) (Cetrángolo, 2014). No obstante, ese nivel es bastante inferior a los países desarrollados (en los países de la Unión Europea previos a 2004 -EU 15- el promedio resulta cercano a 10%). Estas diferencias se hacen más marcadas cuando se las mide como gasto por habitante, ya que parte de esa brecha es explicada por diferencias en los salarios en dólares entre países y otra, con mayor impacto, en gasto en tecnología y medicamentos¹. Como suele suceder con los promedios, éstos ocultan una gran diversidad de situaciones particulares. En algunos países de la región el gasto en relación al PIB alcanza niveles similares al de un país desarrollado (Argentina, Brasil, Uruguay y Costa Rica, entre otros), en tanto que existen otros con niveles muy bajos, como es el caso de Perú y Guatemala. Adicionalmente, existe una diferencia mucho más marcada hacia el interior de cada país, lo que tiene implicancias significativas en sistemas descentralizados.

Más allá del nivel de gasto total en salud de la región, su impacto distributivo resulta ser mucho más regresivo que en los países desarrollados. Ello se debe, de manera especial, a la mayor participación del gasto privado, con impacto negativo sobre la equidad (Organización Panamericana de la Salud, 2002; Organización Mundial de la

¹ Además, el nivel de esas diferencias, al depender de los precios relativos (en especial tipo de cambio real) que se presentan en cada caso, varían en el tiempo según cambien, entre otras variables, esos precios relativos.

Salud, 2010). En promedio, el 44,8% del gasto total en salud de la región corresponde a gasto privado, con guarismos por encima del 60% en Ecuador, Guatemala, Paraguay y Venezuela. De este porcentaje una elevada proporción corresponde a gasto directo de los hogares (80,3%) y 14,7% se destina al financiamiento de planes prepagos de salud (Organización Mundial de la Salud, 2014). Con este criterio, y dado los guarismos anteriores, los sistemas de salud de la región aparecen como altamente inequitativos.

Gráfico 1: Nivel y estructura del gasto en salud en América Latina



Fuente: elaboración propia sobre la base de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, OMS.

Sin lugar a dudas, el logro de sistemas de salud más integrados y equitativos requiere de la reducción de la importancia relativa del gasto privado y, concomitantemente, un aumento de la participación del gasto público en salud.

Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social en los países de la región ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios. Además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre estratos sociales. A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa una proporción significativa del gasto total, ha sido un factor que agrava el uso poco eficiente de los recursos que la sociedad destina al sector salud.

2.3. La participación del sector privado en la salud

El sector privado tiene una creciente importancia en los sistemas de salud de la región donde participa de muy diversas maneras. Es tradicional considerar su papel en la provisión y financiamiento de la salud de los países de la región bajo diversas formas institucionales (corporaciones, fundaciones, confesionales y multinacionales, entre otras) que pueden ser con o sin fines de lucro. Adicionalmente pueden diferenciarse por la nacionalidad de su propietario y el mayor o menor grado de formalidad. En los países menos desarrollados suelen aportar una importante proporción de los servicios y productos de atención sanitaria (http://www.who.int/workforcealliance/about/taskforces/private_sector/es/) y adoptan diferentes modalidades según el modelo de salud imperante en cada caso. Estas modalidades, como se vio, son cambiantes y en años recientes ha sido posible observar la emergencia de nuevas formas de contratación e intermediación.

Si bien es conocido que el nivel de intermediación en el sector salud es elevado y creciente, no existen datos disponibles y suficientes que permitan dimensionarlo adecuadamente. Las contrataciones siguen diferentes modalidades, con sistemas de pago por prestación (acto médico) o por capitación, que van cambiando y acomodándose a las modificaciones y reformas que se van dando en el ámbito de la salud, marcando esta falta de información la relevancia de encarar estudios que aborden la temática. Asimismo, el sector privado se ha ido transformando en el tiempo, integrándose en forma vertical y agrupándose en asociaciones o entidades que le posibiliten ganar poder como oferente/prestador al interior del mercado de la salud.

En forma adicional al gasto de bolsillo que realizan los hogares, el sector privado participa como financiador (en el caso de los seguros privados de salud) y como proveedor de servicios de salud, medicamentos e insumos de los Estados y la Seguridad Social. Existe una amplia oferta de servicios de prestadores privados, conformada por profesionales de la salud en sus consultorios particulares, establecimientos como hospitales, clínicas y sanatorios con o sin fines de lucro e instituciones que prestan servicios de diagnóstico y tratamiento, laboratorios, centros de fertilización, servicios de internación domiciliaria y servicios de traslados y emergencia. Asimismo, en el ámbito privado ha adquirido relevancia el desarrollo de prestaciones de hotelería y gastronomía asociadas a las prestaciones de internación. En muchos países de la región, el exceso de los gastos de bolsillo en salud se debe al alcance limitado de la seguridad social financiada a través de impuestos contributivos y a las restricciones fiscales y problemas de calidad asociados al régimen no contributivo. En este sentido, la combinación entre el financiamiento contributivo y no contributivo de los sistemas de salud tiene que ser redefinida. No obstante, y como se ha visto, han sido pocos los países de la región que han tenido éxito en la integración de los sistemas de salud y logran su financiamiento exclusivamente mediante ingresos fiscales

Adicionalmente, y de significativa importancia a los efectos del análisis aquí presentado, debe considerarse la participación del sector privado en la gobernanza sectorial, considerando que la definición de la política sanitaria es un complejo proceso donde, merced a la débil rectoría que ejercen muchos de los gobiernos de la región, la participación del sector privado pasa a ser relevante.

3. Tipología de casos y diferentes necesidades de regulación

Se ha visto que los sistemas de salud en América Latina presentan un elevado (y diverso) grado de fragmentación institucional y en su financiamiento. Además de llamar la atención sobre la necesidad de políticas compensatorias (entre grupos poblacionales y territorios) resulta imprescindible la introducción de instancias de coordinación que logren amortiguar los efectos nocivos que tiene esa fragmentación sobre los derechos de los ciudadanos. Es por ello que se requiere una gobernanza efectiva que garantice mayor efectividad y coherencia de las políticas. Durante los años recientes, se han desarrollado importantes reformas en las políticas públicas con efectos significativos sobre la provisión de servicios de salud y el financiamiento de los diferentes subsectores.

La organización institucional y el financiamiento de cada subsector tienen, como se vio, importantes efectos distributivos. Por definición, los esquemas más solidarios son aquellos en donde la totalidad de la población se halla incorporada a un sistema único financiado con tributación general y cuya cobertura es independiente de la capacidad de pago de las personas, lo que a su vez debería verse reflejado en menores niveles de gasto de bolsillo. En la región ello se cumple en los países del Caribe de tradición sajona, Cuba y Brasil (CEPAL, 2006). No obstante, en este último país el gasto privado participa con una gran proporción del gasto total (5,1% del PIB) debido al pago de coberturas adicionales a la pública en forma privada, en tanto que el gasto público se ubica en 3,9% (Organización Mundial de la Salud, 2014).

El resto de la región, al conservar, de manera parcial, el financiamiento mediante cargas sobre la nómina salarial, ha mantenido sistemas segmentados. En algunos casos, se ha tratado de integrar los sistemas contributivos financiados a través de esas cargas con los esquemas públicos con financiamiento tributario; en otros, en cambio, se mantiene una significativa segmentación de ambas formas de financiamiento².

En un intento por vincular necesidades regulatorias con la tipología de casos que muestra la región a partir de sus organizaciones institucionales y modalidades de financiamiento se pueden arriesgar algunos comentarios específicos de interés para pensar en abordajes diferenciados por tipo de país.

En primer lugar, cuando se trate de **Sistemas originalmente públicos** (países del Caribe Inglés, que adoptaron la organización del Reino Unido³) no existen distintos niveles de cobertura asegurada. Sólo existe cobertura pública única, cuyo nivel depende de los recursos asignados a esta función por parte del estado. En estas situaciones debiera contemplarse un esquema más sencillo de regulación consistente

² Aquí debe destacarse que la fragmentación de los sistemas de salud, al incrementar los servicios de intermediación, en muchos casos, suelen dar lugar a un aumento del gasto del sector que no tiene, necesariamente, correlato con un mayor producto, es decir, que no se ve reflejado en mayores prestaciones de atención sino que corresponde a una duplicación de costos y servicios.

³ No se considera aquí el caso de Cuba, cuya organización excede lo estrictamente sectorial y merece un tratamiento diferente al que aquí se propone ya que no existe oferta privada que regular.

en el seguimiento del sistema privado proveedor de planes voluntarios, evitando selección adversa y otros comportamientos que perjudiquen a la población asegurada. Por otra parte, debe considerarse el control interno o auditoría de las compras por parte del estado de insumos y adopción de nuevas tecnologías.

En segundo término, el caso de Costa Rica, clásico ejemplo de ***Seguro universal con financiamiento contributivo y rentas generales*** no es muy diferente del anterior. El nivel de cobertura asegurado es único para toda la población y se financia tanto con contribuciones salariales como con presupuesto público. En la medida en que se incorporen mecanismos de cuasi mercado en la elección de prestadores, la regulación debiera combinar elementos de la categoría anterior.

En tercer lugar, el caso de Brasil, ejemplo de ***Reforma hacia sistema público puro***, también reproduce las características de los grupos anteriores pero con una complejidad propia de su organización federal. Al estar la provisión pública de servicios de salud en manos de gobiernos estatales y locales, resulta imprescindible la definición de una autoridad a nivel central con poder para coordinar los diferentes niveles de gobierno, compensar diferencias, acordar normas comunes (incluyendo compras de insumos y adopción de nuevas tecnologías) y otras funciones esenciales que aseguren mayor eficiencia y equidad en el sistema.

En cuarto lugar, deben considerarse los casos de países donde se han puesto en marcha políticas de reforma tendientes a hacer que los esquemas de ***Seguro converjan con la salud pública***. Con diferente éxito, Colombia y Uruguay son ejemplos relevantes. En ambos casos la cobertura es diferenciada entre subsectores pero las reformas plantean caminos hacia la convergencia de coberturas. Los recursos no contributivos se asignan a la cobertura de los sectores informales de menores ingresos con la intención de equiparar la cobertura con la seguridad social. En el mediano plazo la cobertura debiera ser única e igual para toda la población. Se trata de casos de especial interés porque requieren una regulación especialmente dinámica que vaya acompañando la transformación del sector e incorpore elementos específicos para seguir las mejoras en la equidad alcanzadas.

Un caso particular por haber encarado una reforma con el desarrollo de esquemas de ***Seguro no convergente*** entre sectores por nivel de ingreso es el de Chile. Allí se plantean diferentes tipos de cobertura según nivel de ingresos. Básicamente, se diferencia la población asegurada por seguros privados (Instituciones de Salud) y el público (Fondo Nacional de Salud), por lo que se considera un sistema dual. Este caso, sumamente complejo, tiene la ventaja de haber sido uno de los sistemas donde más se ha discutido e innovado en materia de regulación. Las dificultades que han tenido los diferentes gobiernos para introducir modificaciones en el esquema, también son fuente de necesarios estudios y consideración.

Finalmente, tal vez el caso más difícil de comprender es el argentino, al seguir una trayectoria de ***Seguro divergente***. Es un caso especial donde las reformas de las últimas tres décadas han estado orientadas hacia una creciente divergencia de las

coberturas en función de los ingresos de cada hogar. De manera consecuente, es un ejemplo de las peores prácticas reguladoras.⁴

Debe aclararse, que las características señaladas en los párrafos anteriores no son necesariamente exclusivas de cada país. Más allá de los esfuerzos simplificadores destinados a poder presentar un grupo de reflexiones claras, es sabido que los sistemas tienden a ser híbridos y mutantes, lo que obliga a considerar cada país como un caso único, aunque atendiendo a las enseñanzas de las experiencias comparadas. En algunos casos específicos (medicamentos, equipamiento y, en general, adopción de nuevas tecnologías) hay más margen para el tratamiento común a los diferentes países.

De manera general, puede decirse que la participación que adquiere el sector privado en el sector salud es relevante y adopta formas diversas y cambiantes. En su largo desarrollo hasta la compleja organización actual se ha comportado como un verdadero blanco móvil para la regulación pública. Como se ha visto en las secciones iniciales de este documento, en un mercado caracterizado por grandes asimetrías informativas y búsqueda de importantes rentas innovativas, cada nueva forma de organización fue dando origen a nuevas fallas asignativas y nuevas demandas de intervención y regulación. En las últimas décadas, el desarrollo de nuevos intermediarios organizadores de la oferta y diferenciadores de la demanda, ha derivado en un nuevo modo organizacional que demandará nuevos esfuerzos regulatorios.

Estos cambios institucionales presentan un elevado grado de diversidad a lo largo de la región atendiendo, entre otros aspectos, a la diferente configuración original y procesos de reforma. Un esfuerzo por comprender y hacer recomendaciones sobre las modalidades requeridas de regulación debe comenzar por distinguir la necesidad de monitorear la compra de insumos y contrataciones en los sistemas predominantemente públicos; la interacción entre el sector privado y la seguridad social, cuando ésta sea el actor predominante, y, por supuesto, siempre será necesario regular la actividad privada proveedora de insumos, nuevas tecnologías y formas de intermediación. Un aspecto que no debiera ser olvidado se refiere a la necesidad que pueda existir de regulación de los organismos de la seguridad social por parte de la autoridad sanitaria nacional. La consideración de los diferentes aspectos a ser estudiados junto con los elementos propios del entorno en el que se desarrollan los sistemas de salud debiera permitir el ensayo de tipologías de casos que permitan una mejor apreciación de los problemas de la cobertura de salud en los países de la región. Lamentablemente, hoy en día no se cuenta con información que permita caracterizar en forma precisa la oferta de servicios disponibles, las modalidades de contratación y la interrelación entre los

⁴ La introducción de un programa médico obligatorio (PMO) podría ser considerada como una excepción a esa tendencia. No obstante, debe considerarse que no se trata de la incorporación de un paquete básico universal en un sistema sin garantías previas sino una cobertura mínima asegurada exclusivamente para los trabajadores formales que tienen los beneficios de la seguridad social y anteriormente accedían a programas que tenían un financiamiento solidario dentro de cada gremio. Como parte de los avances desregulatorios del sector de los años noventa, esta medida fue parte sustantiva del proceso de “descreme” del sistema con importantes pérdidas de equidad en un sistema que tenía previamente serios problemas distributivos y de eficiencia. En los últimos años este programa se fue expandido a la población que puede acceder a planes privados de salud.

sectores privado-público y privado-seguridad social en los distintos países de la región. Ello denota la necesidad de discutir en profundidad la regulación efectiva del sector privado proveedor de servicios, de manera independiente o para el resto de los subsectores, y del sector privado, en su rol de asegurador.

No se trata de considerar exclusivamente el diferente papel del sector privado y su interacción con el resto del sistema de acuerdo con cada tipo institucional de manera estática sino, adicionalmente, su capacidad de reacción ante cada intento de regulación en un mercado que, como se mencionó, ofrece las características de verdadero “blanco móvil”. No alcanza con pensar en el diseño de los sistemas sin incorporar sus mutaciones posteriores.

Un primer indicador simple, incompleto pero útil para la especulación inicial sobre la importancia de estos aspectos, es la magnitud de los gastos de bolsillo en cada caso (gráfico 1). Por ejemplo, se vio que en los casos de seguro universal igualitario la regulación tendrá que mirar con cuidado las compras públicas y la construcción de redes de proveedores privados. Sin embargo, la regulación del sector de seguros privados parece menos relevante en el caso de Costa Rica (dada la escasa participación del gasto de bolsillo) que cuando el financiamiento público resulta insuficiente (Brasil) y quienes tienen capacidad de pago compran seguros privados. Como se dijo, un cuidado especial debe tenerse en el seguimiento de nuevos intermediarios y redes de atención subcontratadas por los seguros y el propio sector público. No obstante, ello demanda un esfuerzo muy especial en los casos donde por problemas de eficiencia y equidad se produce una fuerte expansión del sector privado en sus diferentes modalidades. En estos casos (Argentina es un ejemplo obvio) la complejidad presentada puede dar lugar a recomendaciones de cambios normativos que permitan una mejor regulación, siempre y cuando estén claros los objetivos de las reformas.

En cualquier caso los cambios que emergen en la relación entre el sector privado y otros actores en el mercado de la salud, ponen en evidencia la necesidad de revalorizar el rol del Estado como actor político estratégico en la producción de nuevas “reglas del juego” en los procesos de reforma de los sistemas de salud en América Latina. Una participación reducida a la regulación de normas administrativas, sin intervención en la definición de la distribución de recursos “libera” las innovaciones institucionales y organizativas al poder y estrategias de los actores (y grupos poblacionales) con mayor poder y recursos financieros (Báscolo, 2008).

Al establecer las “reglas del juego”, los gobiernos impulsan el funcionamiento adecuado de los mercados, protegen los derechos y la seguridad de los ciudadanos y garantizan la prestación de bienes y servicios públicos esenciales. Sin embargo, si la regulación se diseña y se impone de manera incorrecta, genera costos; y se convierte en un lastre para la competencia, el crecimiento y la inversión. Aunque la mayoría de los países de la región han creado organismos responsables de la política regulatoria, sus funciones se centran a menudo en promover la aplicación de buenas prácticas regulatorias al proporcionar orientación y capacitación. La mayoría de los países latinoamericanos todavía carecen de una supervisión institucional eficaz del proceso regulatorio (Querbach y Arndt, 2017).

4. Reflexiones finales

Se ha tratado aquí de ofrecer un rápido análisis sobre la configuración y contextos de reformas en los sistemas de salud de los países de América Latina, resaltando los aspectos que pueden servir para orientar un debate sobre su regulación. Llegados al final del recorrido argumental, no se trata aquí de repetir lo señalado en las páginas previas sino de cerrar el documento con un par de reflexiones que, entendemos, puedan ayudar a pensar las características de la regulación necesaria.

Resulta evidente que las necesidades y especificidades de cada país imprimen el análisis de sus particularidades. Por ello, la discusión de un marco conceptual que permita diseñar la regulación de la salud en Latinoamérica no puede arrojar una conclusión respecto a cuál es el grado óptimo de intervención del Estado para todos los países de la región. Este grado óptimo de regulación depende necesariamente de las características institucionales de cada país, del fortalecimiento de las instituciones y de la organización sectorial específica de cada caso. El diseño regulatorio debe ser hecho caso a caso, tanto en profundidad de la política como en la secuencia en que se inserta en el sector.

Las áreas donde la regulación del sector resulta deseable son múltiples y difícilmente se pueda realizar un listado completo que pueda servir de guía para todas las situaciones particulares. Si bien existen algunos intentos de enumeración (por ejemplo en Ferreiro et al., 2004)), el listado que se presenta a continuación debe ser entendido como un intento de identificación de las tareas mínimas necesarias que todo Estado debiera emprender como un requerimiento necesario, aunque no suficiente. Un listado de este tipo debiera ser objeto de un debate profundo tendiente a consensuar estas áreas mínimas de regulación. Más allá de la existencia de un listado general, las áreas debieran ser enfocadas o fortalecidas tomando en consideración la organización del sector salud en cada país y el rol que adopte el sector privado en cada caso. En consecuencia, se presenta una primera aproximación a ese listado:

- i) regular los planes de salud, en particular con miras a establecer condiciones en la oferta de los planes que garanticen una cobertura mínima,
- ii) regular los contratos de adhesión usuario-aseguradora, contratos prestacionales aseguradora-prestador/grupos o asociaciones de prestadores,
- iii) permitir la compensación de riesgos,
- iv) controlar la calidad de los prestadores (profesionales e institucionales),
- v) facilitar e incentivar las políticas preventivas en salud,
- vi) educar e informar al usuario en cuanto a sus derechos y el modo en que debe ejercerlos,
- vii) controlar la solvencia económico-financiera de las aseguradoras,

- viii) intervenir en la resolución de conflictos entre sectores, entre aseguradoras y usuarios, entre prestadores y aseguradoras, y
- ix) vigilar el cumplimiento e inclusión de mecanismos sancionadores específicos.

Como se ha dicho, resulta evidente que cada una de estas áreas adquiere diferente relevancia según el tipo de organización del sector imperante en cada país y en función del papel desempeñado por el sector privado.

Además, si el sistema de salud opera en el marco de la seguridad social, la regulación estatal aparecerá como la contrapartida natural del mandato legal que obliga a los ciudadanos a asegurarse en este ámbito. En efecto, si el Estado impone el aseguramiento forzoso, es porque espera obtener por esa vía la satisfacción de ciertos objetivos sociales, o niveles de cobertura mínima, para cuya efectiva consecución la regulación y fiscalización resultan esenciales (Ferreiro et al., 2004). En estos casos la regulación de la oferta, la fiscalización de los contratos entre la seguridad social y el sector privado, la configuración de planes mínimos, coberturas garantizadas y normas de acceso adquieren relevancia. Mientras que en los casos en que el Estado se constituya como el único proveedor de salud la regulación deberá hacer foco en los contratos con proveedores en tanto que en el caso opuesto donde el Estado se retire de la provisión y financiamiento de la salud, la regulación del sector privado deberá tomar nota de los objetivos de prevención y atención de la sanitaria de la población que defina el gobierno.

Como se vio, son múltiples los aspectos de los mercados de salud a ser regulados atendiendo a las dificultades (fallas) que se presentan para que se logren situaciones de eficiencia y las que se originan a partir de la mutación de esos mercados. No obstante, el rasgo más desafiante para la regulación es la consideración que se hace en cada caso acerca de los niveles de cobertura y su distribución entre la población. La búsqueda de salud universal equitativa y de calidad, en la medida en que los países compartan ese objetivo enunciado por la OPS, demanda un tipo de regulación que difiere de la tradicional en otros mercados.

Se ha visto que en la mayoría los países los derechos a la atención de salud se presentan sumamente fragmentados, con ausencia o debilidad de las instancias adecuadas de coordinación entre instituciones. En estos casos, cuanto más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de privado (de bolsillo o vía aseguramiento voluntario) se acompaña de una menor redistribución y mayor inequidad. Adicionalmente, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que sólo tenga acceso al sector público. No obstante, esto será cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública, y el nivel de financiamiento del sector público. La integración de los subsistemas y su financiamiento es un tema que se debe discutir con sumo cuidado. El

desafío pasa por integrar los distintos mecanismos y fuentes de financiamiento para alcanzar mayores niveles de solidaridad, sin resignar recursos por parte de los estados.

Teniendo en cuenta la estrategia enunciada por la OPS en pos de la salud universal (Organización Panamericana de la Salud, 2014), la regulación debe considerar las restricciones existentes para que toda la población alcance la cobertura en salud; la definición (propia de cada país) acerca de los servicios cubiertos y su cumplimiento en los diferentes grupos poblacionales y; por último, el seguimiento y evaluación del impacto de los servicios no cubiertos.

Puestos a pensar en recomendaciones de reforma que fortalezcan la regulación del mercado de la salud es importante tener en cuenta los costos políticos del juego político-institucional en el sector, que se tornarían aceptables solo de existir un acuerdo intertemporal entre partidos políticos. Se trata de una condición usualmente asociada a la definición de políticas de Estado (término lamentablemente vaciado de contenido por su uso abusivo e indiscriminado). Parte sustancial de ese acuerdo consiste en el reconocimiento de que, para que sistemas tan fragmentados puedan ser integrados y coordinados, debe existir una autoridad política con poder suficiente para consolidar los acuerdos políticos y consensuar las nuevas reglas de juego. Ello involucra no sólo la necesidad de coordinar los subsectores sino, a veces más importante, las diferentes jurisdicciones. De manera especial ello es indispensable en países federales o de organización descentralizada. Es así que una reforma de salud que resuelva los problemas de desarticulación y de falta de coordinación muestra como precondiciones un acuerdo político interpartidario de largo plazo y el fortalecimiento del órgano burocrático- institucional nacional a cargo del proceso de transformación (Acuña y Chudnovsky, 2002). Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que las demandas de coordinación alcanzan a las propias tareas de regulación, donde participan no solo los propios entes sectoriales sino también las áreas que, en cada país, tienen a su cargo la defensa de la competencia para la totalidad de los mercados.

A los efectos de la efectiva regulación, se requerirá que esos acuerdos se traduzcan en normas que ordenen el sector. Difícilmente pueda regularse lo no reglamentado. No obstante, también se vio que se requiere una regulación flexible que pueda adaptarse a los cambios en la situación del mercado, las nuevas tecnologías y preferencias. Para que ello sea posible (y en general todo el andamiaje regulatorio) es indispensable contar con equipos profesionales de alta calidad, independientes de los sectores regulados, capaces (adicionalmente a las tareas propias de la fiscalización del cumplimiento de lo dispuesto en los marcos regulatorios establecidos) de comprender el funcionamiento de los mercados y adelantarse a los cambios. Esto, en una región que, precisamente, no puede exhibir muchos ejemplos de burocracias estatales eficientes y alejadas de sospechas de corrupción, es un desafío mayúsculo e indispensable, aunque no es exclusivo de este sector.

Puestos a pensar en recomendaciones para el futuro cercano, una mejor definición de los alcances de la regulación necesaria debiera profundizar el análisis de las características del mercado en cada país, indagando acerca de las situaciones

similares en donde se puedan compartir experiencias. Por otra parte, el análisis también debiera ayudar al reconocimiento de patrones específicos de cada país que deben ser objeto de estudio especial. Un paso inevitable es el desarrollo de bases de información que no solo sirvan para hacer diagnósticos de la situación, sino también sean funcionales al desarrollo de los marcos regulatorios apropiados. El seguimiento del sector dentro de Cuentas Nacionales de cada país, su Matriz Insumo Producto, estadísticas de precios, gasto de los hogares y otras relevantes; así como el desarrollo de cuentas satélites de salud, resultan pasos indispensables.

5. Referencias bibliográficas

Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). El Sistema de Salud en Argentina, Documento N°60, Universidad de San Andrés y Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.

Arrow, k. (1962). *Economic Welfare and the Allocation of Resources for Invention*, Princeton University Press

Báscolo, E. (2008). "Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 206*, CEPAL, Santiago de Chile

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo.

Cetrángolo, O. (2014), Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino, Revista REPBA, Buenos Aires

Cetrángolo, O.; Goldschmit, A.; San Martín, M. L.; Lima Quintana, L. y M. Aprile (2011). "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" en *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011*, no. 6, PNUD-OPS-CEPAL, Buenos Aires.
<http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>

Cetrángolo, O. y Goldschmit A. (2012). "Sistema de salud argentino. Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal" (mimeo) Banco Mundial, Buenos Aires.

----- (2018). Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la Seguridad Social en Argentina, Serie Documentos de Trabajo del IIEP-BAIRES N° 25, Buenos Aires.

Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (1997). Salud. Ley de defensa de la competencia y los mercados de prestaciones de servicios para la salud, Buenos Aires.

Ferreiro, A.; Saavedra, E. y Zuleta, G. (2004). Marco conceptual para la regulación de seguros de salud, Serie de estudios económicos y sociales, BID.

Instituto de efectividad clínica y sanitaria (2016). Definición de Políticas de Cobertura en Argentina: PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías, Informe Técnico comisionado por la Auditoría General de la Nación, Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud (2005).

----- (2010a). Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal, OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf

----- (2010b), Strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services, Sixty-third World Health Assembly, A63/25.

----- (2014), Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *La Salud en las Américas*. Edición de 2002, Washington D.C.

----- (2014). Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, Resolución CD 53. R 14, Washington.

Querbach, T. and Arndt, C. (2017). "Regulatory policy in Latin America: An analysis of the state of play", OECD Regulatory Policy Working Papers, No. 7, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/2cb29d8c-en>