

Fortalecimiento de los sistemas de protección social: desafíos de la reestructuración de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.

Dr. Ernesto Báscolo
Jefe interino de Unidad de Servicios de Salud y Acceso
Departamento de Sistemas y Servicios de Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



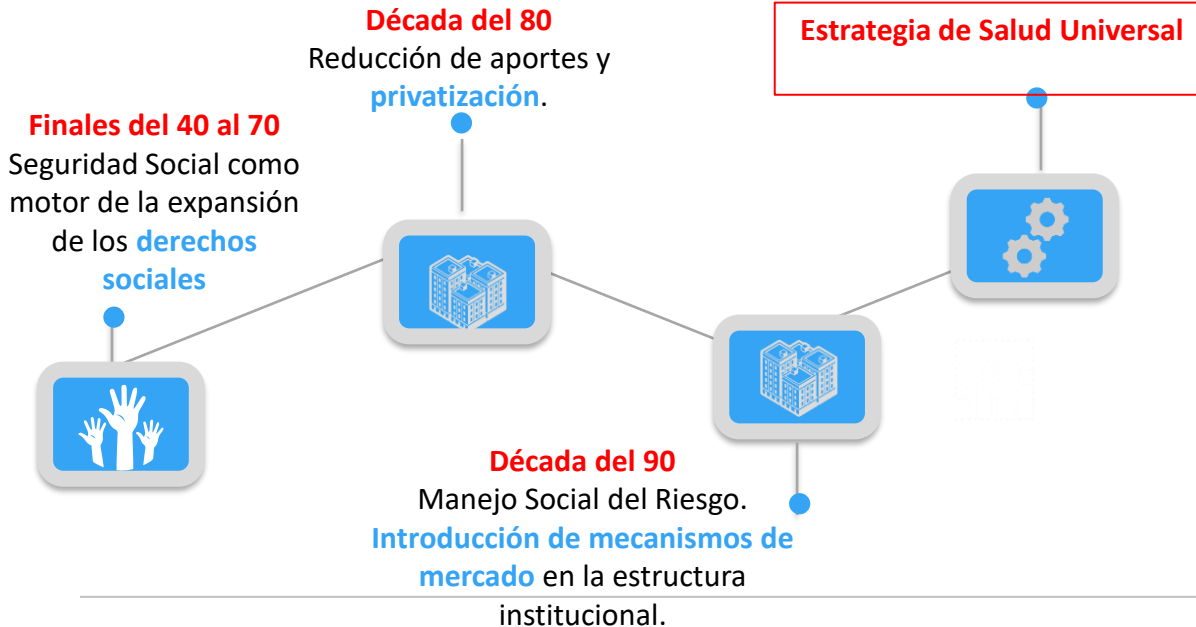
**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Salud universal
Acceso y cobertura para todos

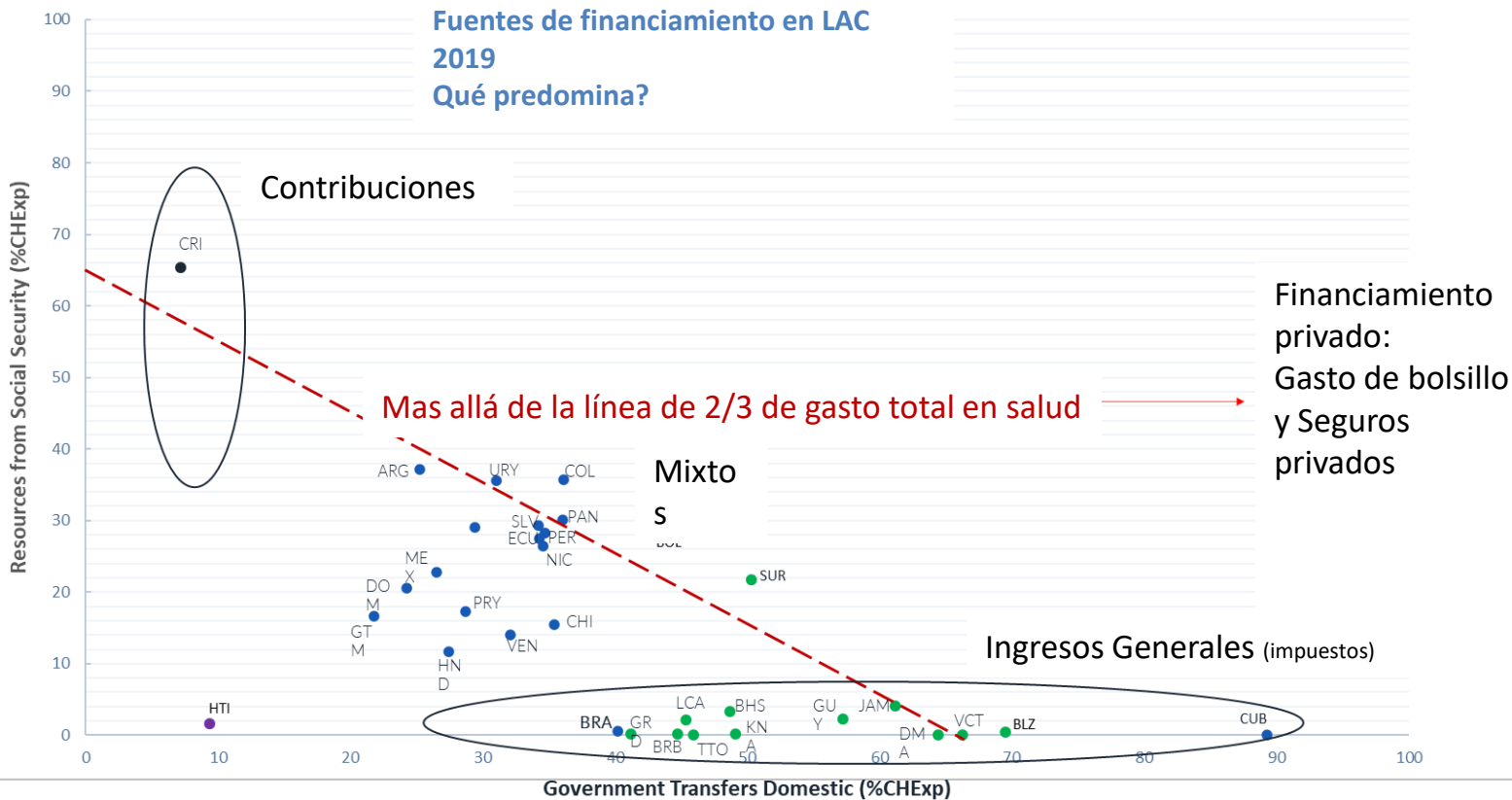
Seguridad Social en America Latina y El Caribe

Antecedentes y evolución de la seguridad social en salud.



- La industrialización y expansión del Estado como plataforma de la seguridad social para aumentar la cobertura en salud.
- La seguridad social como objeto de ajuste: La flexibilidad del mercado de trabajo y reducción de aportes patronales.
- Seguridad social para extender cobertura hacia toda la población (NHI/Canadá, Costa Rica) o bien como plataforma para competencia regulada (República Dominicana, Colombia, Uruguay).
- La seguridad social como puerta de entrada de la participación del sector privado.

...y sistemas de salud con una elevada segmentación



Reflexiones sobre el contexto en AL

Las regulaciones del aseguramiento y la provisión son complementarias y necesarias.

Su aplicación depende del contexto institucional de cada país y sus sistemas de salud.

- Países basados en una **SSS** con competencia regulada (RD, COL); estas regulaciones afectan a diferentes actores de aseguramiento y provisión.
- Algunos países cercanos al **NHI**, (CR) con integración vertical aseguramiento y provisión de servicios deben abordar ambos mecanismos de regulación.
- Países con **sistemas segmentados** (Arg, Paraguay, etc.) sistema público en paralelo a la seguridad social), las regulaciones están más fragmentadas con instrumentos y agencias orientadas a los diferentes subsectores.

Dimensiones de lógicas de reformas

Regulación de la relación:
Estado/Mercado

Protección Social (en salud)
Regulación del mercado de
trabajo

Institucionalidad
Contribuciones
Cobertura

El tiempo importa.

Velocidad
(gradualidad/shock)

Alcance y Sustentabilidad

Los actores involucrados

Los intereses y
concepciones

Estrategias: Objetivos, problemas
y opciones de política

Las relaciones de cambio

Proceso político e
institucional

Motores del cambio:
aseguramiento vs provisión?

Logicas de procesos de transformacion

(+) Modelo de Atención

Reformas centradas en sector sector publico y aumento del acceso.



Canada
Costa Rica
Cuba

Reformas integrales

Sistemas de salud de países en los 90s

Peru

Colombia

Uruguay

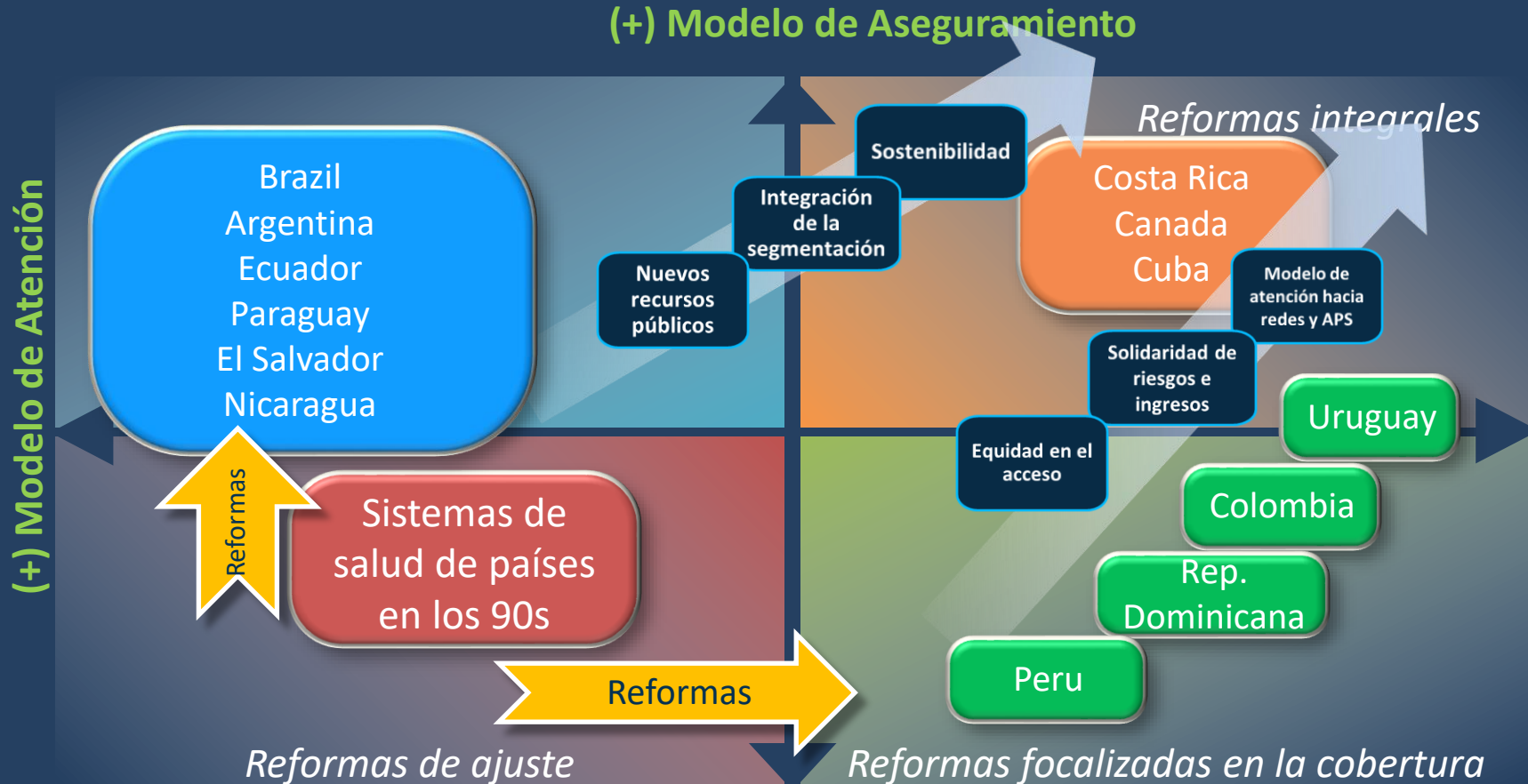
R.Dominicana

Reformas de ajuste

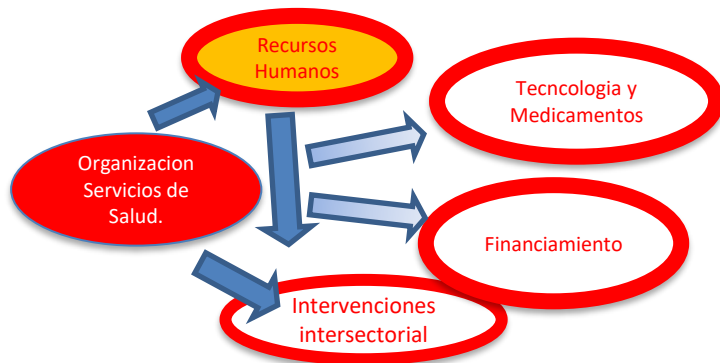
Reformas

Reformas focalizadas en seguridad social con aumento de cobertura.

TRANSFORMACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD



Reformas desde el modelo de atención



Países con segmentación,
con fortalecimiento de la
oferta de sus sistemas
públicos.

Casos: El Salvador, Paraguay, Bolivia, Sector Público Subnacional de Argentina y Brasil.

Políticos, Profesionales y
Movimientos Sociales

Modelo de Atención

Solidaridad del Sistema de
Protección.

Los actores involucrados

Las relaciones de cambio

Estructuración del Estado

Reformas centradas desde desde la seguridad social.

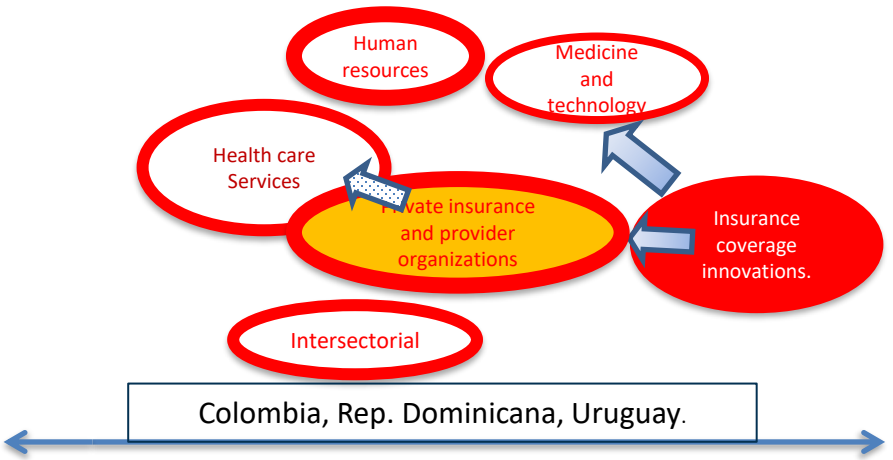
Países con de seguridad social como plataforma de las reformas

Ampliación de la cobertura aseguramiento

Los actores involucrados

Las relaciones de cambio

Estructuración del Estado

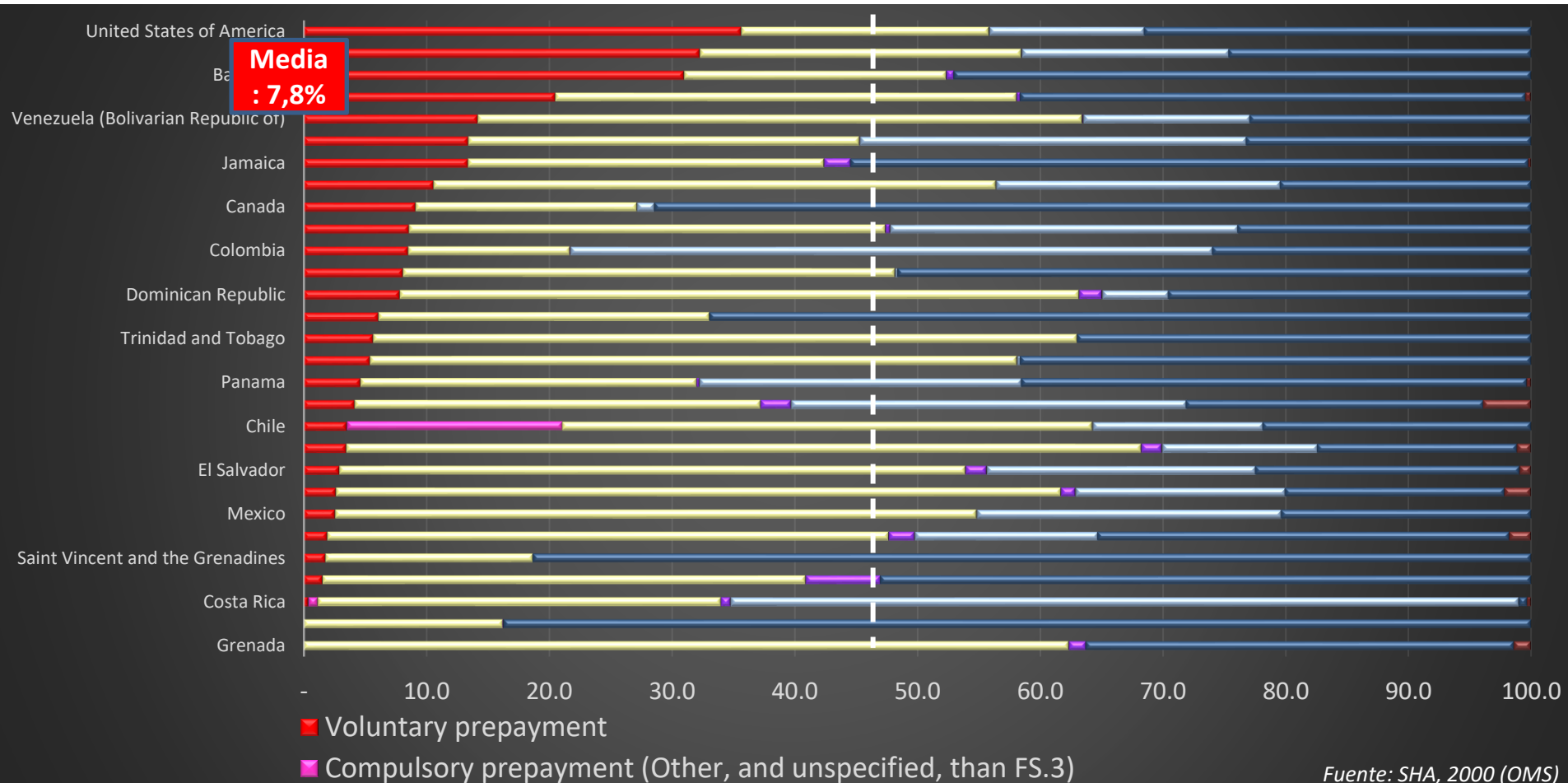


Aseguradoras privadas

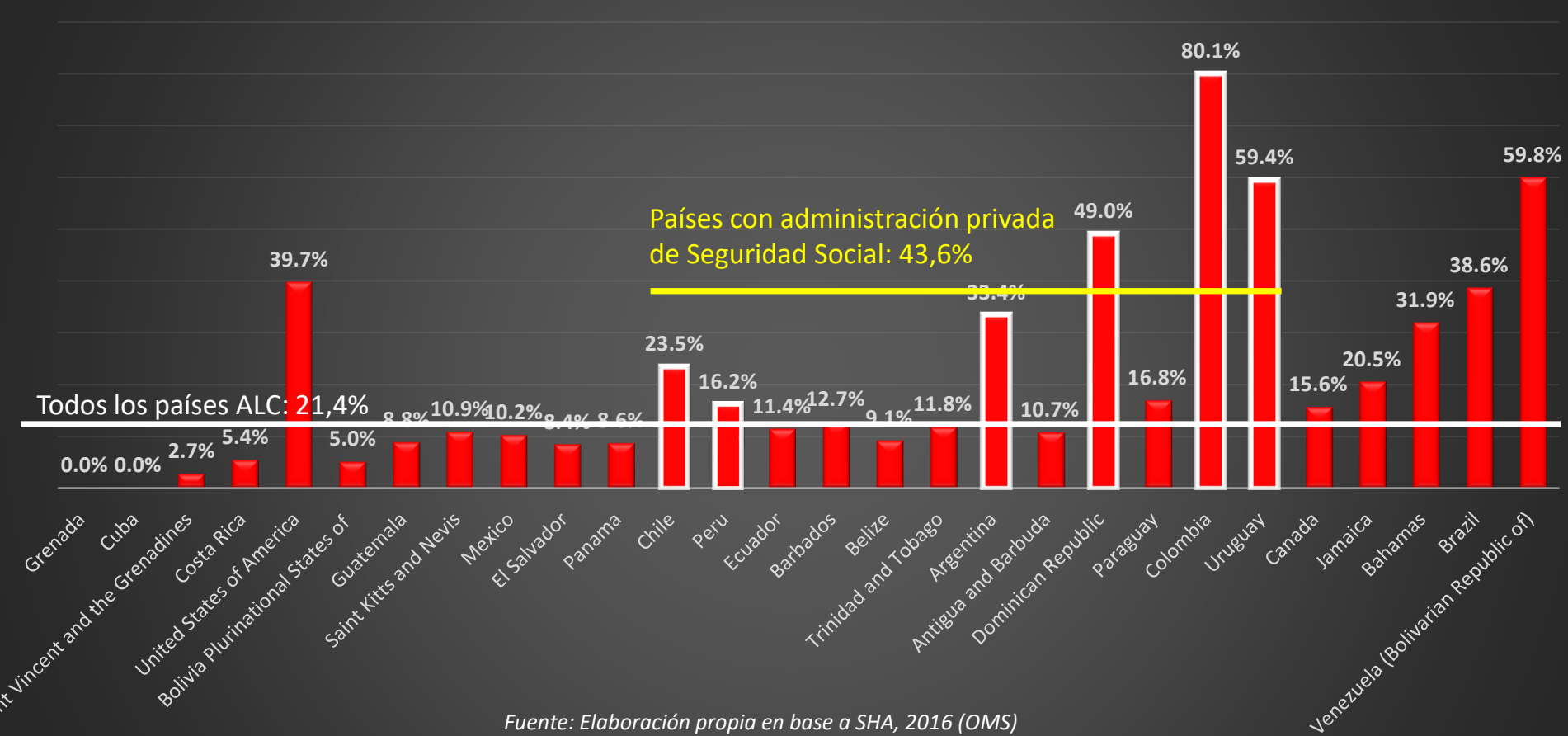
Competencia entre aseguradores

En varios casos con privatización del Sistema de pensiones.

Año 2000: Fuentes de Financiamiento de Salud

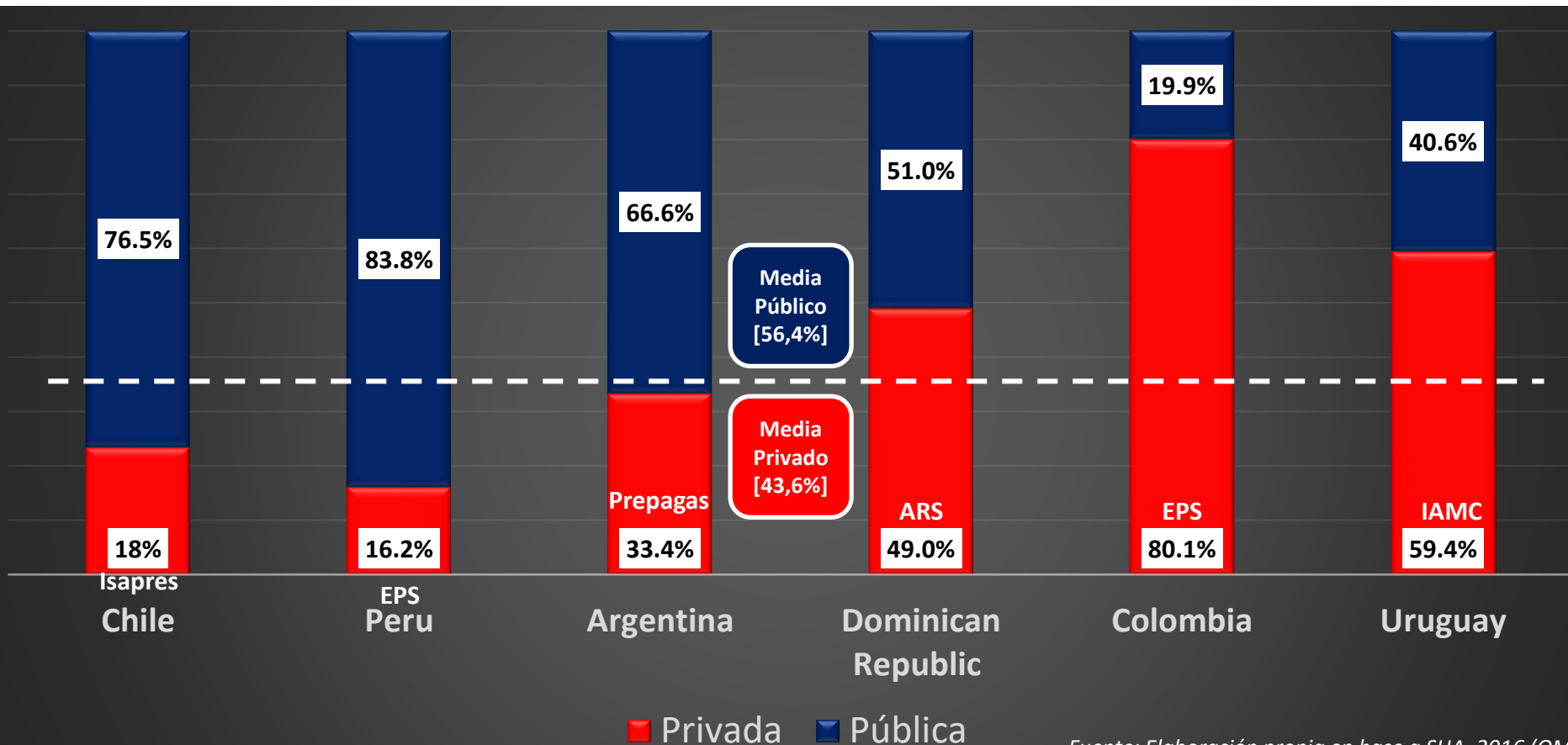


Año 2016: Administración Privada de los Esquemas de Aseguramiento



Fuente: Elaboración propia en base a SHA, 2016 (OMS)

Año 2016: Esquemas de Aseguramiento - Administración Pública versus Privada



Fuente: Elaboración propia en base a SHA, 2016 (OMS)

Año y contexto

País	Año	Denominación	Contexto
Argentina	1996	Superintendencia de Servicios de Salud	Desregulación “competencias de aseguradoras” seguridad social en salud
Brasil	2000	Agencia Nacional de la Salud Suplementaria	Ley de 1998 de planes privados suplementarios (incorporados en negociaciones salariales)
Chile	1990	Superintendencia de ISAPREs	En 1981 ley de ISAPREs (aseguradoras privadas manejan cotización de la SS)
Colombia	1994	Superintendencia Nacional de Salud	Ley 100: se amplia espectro de vigilancia de este organismo
Peru	1997	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud	Seguro Social de Salud que se complementa con planes de EPSS
Uruguay	2007	Junta Nacional de Salud	Reforma que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud

2. Cambios más relevantes

País	Año	Cambios	Argumentos de cambio
Argentina	1998 - 2010	En 2010 pasa a regular las prepagas	Aumento de la participación del sector privado (alcanza el 13%)
Brasil	2002- 2013	Mantiene nombre: desarrollo de estructura y aumento de funciones	Se crea el segundo mercado privado de salud del mundo (46:)
Chile	2005	Pasa a ser Supertintendencia de Salud (antes solo ISAPREs)	Plan AUGE y Ley de Autoridad Sanitaria Nacional
Colombia	2007	Sistema de inspección, vigilancia y control del sist. gral de seg. Social encabezado por la SuperSalud	Necesidad de mitigar impactos negativos del funcionamiento del modelo
Peru	2009- 2013	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) y luego SUSALUD	Ley Marco de aseguramiento universal en salud: SIS, EsSalud
Uruguay	2007- 2016	Se mantiene nombre y se fortalecen equipos	Aumento de la cobertura del FONASA hasta un 70% de la población











Ámbito

País	Seguridad Social	Servicios públicos de salud	Sector Privado
Argentina	Si (parcial solo nacional)	No	Débil (solo asegurador y parcialmente prepagas)
Brasil	No (es como una SS encubierta)	No	Debil (autoriza planes suplementarios)
Chile	Débil (ISAPREs)	Debil (mas que nada AUGE)	Debil (mas que nada acreditacion, etc.)
Colombia	Si	Si (IPS públicas)	Parcial
Peru	Si	Si (IPRESS)	Parcial
Uruguay	Si	Parcial (solo FONASA)	Parcial (total para mutualistas, débil seguros privados)











Alcance de la regulación

País	Aseguradores	Prestadores	Relación asegurador-prestador
Argentina	Si (seguridad social nacional y prepagas)	No	Debil (limitado a información de prestadores)
Brasil	Si (solo los privados suplementarios)	Si	Debil (aprueba contratos, lista de prestadores, no prohíbe integración vertical)
Chile	Debil (no regula prima adicional ni plan de beneficios del privado)	Si	Debil (sí prohíbe integración vertical, pero no regula precios de servicios, ni mecanismos de pago)
Colombia	Si	Si	Debil (limita integración vertical, pero no precios, poco de mecanismos de pago)
Peru	Si	Si	Debil
Uruguay	Si	Si (FONASA)	Parcial: incentivos a alta dedicación de médicos (hay integración vertical)

Porcentaje de la población reportando barreras de acceso a los servicios de salud

	Año	Media	20% más pobre 	20% más rico 
Chile 	2013	7 %	7 %	6 %
	2015	7 %	7 %	6 %
Colombia 	2010	21 %	26 %	14 %
	2016	26 %	32 %	19 %
El Salvador 	2011	43 %	46 %	43 %
	2016	41 %	42 %	37 %
Guatemala 	2011	46 %	52 %	37 %
	2014	47 %	56 %	39 %
México 	2012	12 %	15 %	8 %
	2014	20 %	25 %	14 %
Paraguay 	2012	32 %	43 %	24 %
	2016	25 %	27 %	22 %
Perú 	2010	68 %	76 %	62 %
	2016	66 %	69 %	61 %
Uruguay 	2012	7 %	9 %	6 %
	2016	5 %	8 %	5 %

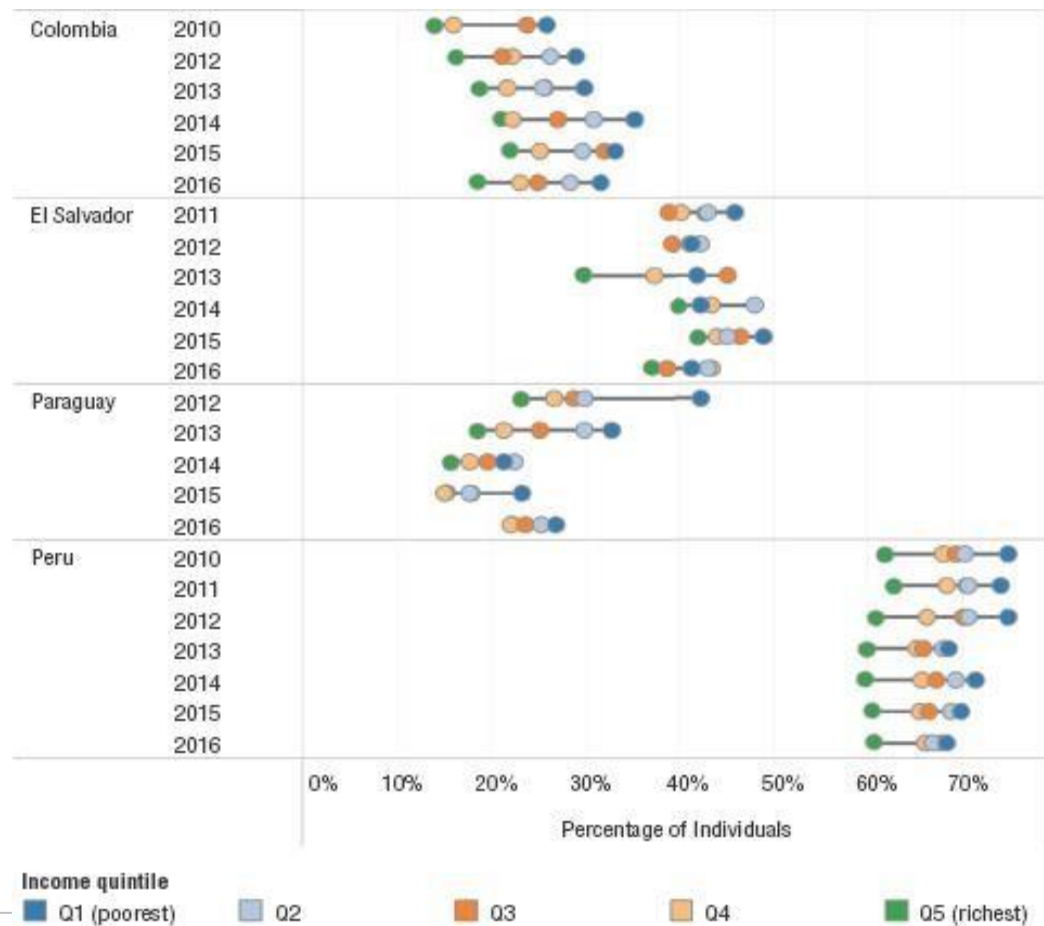
Porcentaje de la población cubierta por esquemas de financiamiento en salud

	Año	Media	20% más pobre 	20% más rico 
Chile 	2013	95 %	96 %	95 %
	2015	98 %	98 %	98 %
Colombia 	2010	89 %	85 %	95 %
	2016	96 %	94 %	97 %
El Salvador 	2011	17 %	5 %	36 %
	2016	24 %	7 %	43 %
Guatemala 	2011	11 %	4 %	20 %
	2014	11 %	2 %	27 %
México 	2012	76 %	76 %	77 %
	2014	80 %	78 %	81 %
Paraguay 	2012	24 %	3 %	58 %
	2016	24 %	3 %	58 %
Perú 	2010	63 %	72 %	61 %
	2016	76 %	82 %	74 %
Uruguay 	2012	97 %	96 %	98 %
	2016	98 %	97 %	99 %

Las inequidad en el acceso dependen del tipo de reformas implementadas.

“Las desigualdades económicas que representan obstáculos para buscar servicios de salud en cuatro países de América Latina
Desigualdades socioeconômicas no acesso a serviços de saúde em quatro países da América Latina”

Natalia Houghton Ernesto Bascolo Amalia del Riego



	Seguridad Social	Regulación	Cobertura y Acceso
Reformas de la Seguridad Social como eje central.	<p>Seguridad social como plataforma de procesos de reforma hacia salud universal.</p>	<p>Cambios regulatorios, con agencias de regulación, procurando minimizar fallas del mercado “competitivo” de actores privados (en la administración de recursos y provisión de servicios).</p>	<p>Las reformas asumieron objetivos de aumento de cobertura o aseguramiento universal.</p>
Aseguramiento	<p>Diferentes modalidades de administración concurrente de aportes (contributivos y voluntarios) y recursos fiscales</p>	<p>Nuevas agencias regulatorias, descentralizadas y promoción del sector privado asegurador y proveedor.</p>	<p>El aseguramiento centrado en cobertura, pero menor abordaje sobre acceso.</p>
Innovaciones/ Resultados	<p><u>Cambios institucionales</u> relevantes (Estado regulador/Mercado comprador y proveedor de servicios)</p>	<p><u>Cambios regulatorios:</u> centrados en regular “fallas” de mercado, en menor medida sobre calidad, modelo de atención, y equidad en el acceso</p>	<p><u>Resultados:</u> Aumento de la cobertura de cobertura, reducción gradual del gasto de bolsillo, pero sin incidencia sobre la reducción de otras barreras de acceso.</p>



Gracias