

**Foro de Liderazgo en Salud
Equidad en Salud. Hacia la Integración Sectorial.
13 y 14 de diciembre de 2007, Ciudad de México**

**La integración funcional del Sistema de Salud de México:
Algunas consideraciones preliminares**

Dr. Philip Musgrove*, Dr. Miguel Angel González Block**

Editor Adjunto, Health Affairs

**** Director Ejecutivo del Centro de Investigación en
Sistemas de Salud-INSP**

Enfoques para una definición

La forma más sencilla de definir el concepto de "integración funcional" parece ser la de decir que un sistema de salud está integrado funcionalmente si se opera como si se tratara de un sistema único, a pesar de que esté conformado por organizaciones independientes para la financiación, la prestación y la regulación de la atención de la salud. Esta definición todavía deja abierto lo que uno quiere decir por un "sistema"; es más, no está claro desde qué punto de vista el sistema se comporta como si fuera una sola cosa. Esta sección introductoria, por lo tanto, presenta tres maneras distintas de aproximarse a una comprensión más exacta o más útil del significado de la palabra. Una manera es considerar las funciones generales que un sistema de salud tiene que llevar a cabo, y preguntarse qué podría significar la integración para cada uno de ellos. Otra es observar los sistemas de salud de otros países, y ver en qué medida parecen estar funcionalmente integrados. La tercera posibilidad es tomar el punto de vista de los diferentes participantes en el sistema— pacientes, proveedores, contribuyentes y reguladores— y considerar lo que el término puede significar para cada uno de ellos. Estos enfoques no necesariamente coinciden en la definición, y cualquiera de ellas puede permitir grados de integración funcional; este no es un simple Sí o No.

Integración de las funciones básicas del sistema de salud

La figura 1 presenta una versión modificada de la visión de la Organización Mundial de la Salud con respecto a las cuatro funciones esenciales de un sistema de salud— Rectoría, Inversión (o creación de recursos), Prestación de Servicios, y Financiación—que contribuyen al logro de los tres objetivos fundamentales de Buena Salud, Capacidad de Respuesta (en términos no médicos) y Protección Financiera (de la incapacidad de pagar la atención médica requerida). La rectoría o supervisión del sistema, se considera una de las inalienables funciones de gobierno, la que no puede dejarse en manos del mercado. Se concluye de manera inmediata que la integración funcional exige que el gobierno supervise *todo* el sistema, incluyendo, como muestra el diagrama, la supervisión de la forma en que las otras tres funciones se lleven a cabo. En principio, no importa si las organizaciones que participan son públicas o privadas, con fines de lucro o sin fines de lucro. Tampoco importa que las funciones de reglamentación puedan ser delegadas a otras organizaciones, como un Colegio de Médicos o una asociación de hospitales; lo que importa es que el gobierno ejerza un mayor nivel de supervisión sobre ellos. La rectoría puede asimismo ser delegada a los niveles subnacionales de gobierno y en un sistema federal, siempre lo es.

Eso suena simple, pero en realidad es muy difícil de lograr. ¿Se extiende la regulación del personal médico certificado a los curanderos tradicionales y a otros practicantes con menor capacitación? (Puede haber, y en México existen grandes diferencias en la calidad de la atención prestada por los diferentes tipos de proveedores.) ¿Tiene el gobierno, o necesita, aprobar todas las inversiones en servicios médicos, incluso cuando sean de propiedad privada? Y el más difícil de todos, ¿cómo se supone que el gobierno supervise el gasto de bolsillo, que puede ser fácilmente la mitad o más del total de los gastos en salud? En la reflexión, es evidente que se vuelve más fácil integrar la rectoría, conforme se van integrando las otras funciones clave. Si la mayor parte del gasto es a través de segundos o terceros pagadores, por ejemplo, con pocos desembolsos, la regulación de la forma en que el sistema es financiado se vuelve más sencilla en un orden de magnitud.

¿Qué es lo que significa entonces la integración de la función de la financiación? Suponga que las organizaciones pagadoras— la Secretaría de Salud, IMSS, ISSTE, Seguro Popular (si se

considera también como una organización de financiadora), los aseguradores privados, etc. en el caso de México— siguen existiendo independientemente, de modo que la subfunción de la *financiación* no está integrada: no hay un sistema con un pagador único. Entonces, una definición que parece razonable de la integración funcional es que la subfunción de *mancomunar* opera, así que en lo que se refiere a la inversión y la prestación de servicios, no importa de dónde venga la financiación. La clara implicación es que o (1) todos los fondos van a un fondo común, incluso aunque sean gestionados por separado, o (2) los fondos se transfieren de un grupo a otro según sea necesario para lograr la integración funcional de la inversión y la prestación de atención de salud. Probablemente pocos sistemas de salud en el mundo utilizan la opción (1); Cuba y algunos otros países (Corea del Norte?) pueden ser los que más se acercan. En cambio, la opción (2), las subvenciones cruzadas entre los financiamientos mancomunados, es común. Si la integración funcional en los financiamientos mancomunados se consigue, entonces la subfunción de la *compra* será integrada parcialmente. Las diferencias en la utilización de los fondos mancomunados, y la forma en que se adquieren, podrían todavía justificarse por las diferencias en la población beneficiaria, las enfermedades o condiciones particulares, u otras características del sistema de prestación de servicios.

La integración de la función de prestación de servicios es, probablemente, lo que primero viene a la mente al pensar en la integración funcional, ya que en México como en la mayoría de los países, una gran variedad de proveedores ofrece diferentes intervenciones de diversa calidad y a diferentes precios, a diferentes grupos de población, mientras que son remunerados por una serie de diferentes financiadores. Sólo los propios pacientes son más numerosos y más variados que los proveedores. No se puede definir la integración en el sentido de que simplemente no existen distinciones entre los proveedores, pero parece razonable adoptar una definición más escueta y en dos partes: (1) cualquier paciente tiene derecho a solicitar la atención de *cualquier* proveedor acreditado en la especialidad relevante, con la ausencia de barreras a la remisión de ser necesario, y (2) *cada* proveedor en una determinada especialidad ha de cumplir con una norma uniforme y un nivel mínimo de calidad.

El paso (2) es importante para proteger la salud de los pacientes, constituye un importante elemento de la rectoría, y pueden ser implementado sin el paso (1). Este último, sin embargo, es mucho más radical— significa romper las conexiones entre proveedores y los contribuyentes. Un médico puede ser un empleado del IMSS, por ejemplo, pero él/ella va a tratar a pacientes que no tengan relación con el IMSS. Y eso a su vez exige un mayor grado de integración financiera que si los pacientes estuvieran limitados a los subsistemas de proveedores y presupuestos que se establecen sólo para cubrir a esos pacientes. Estos flujos de pacientes a proveedores a los que no tienen un derecho explícito a consultar, son comunes en América Latina, pero eso no constituye la integración, si no van acompañados de los correspondientes flujos financieros. De hecho, tal integración incompleta o desorganizada es una razón principal de los déficits de proveedores financiados públicamente. Si un Ministerio de Salud tiene la obligación legal de tratar a alguien, pero no cobra el pago de un asegurador privado del paciente o de la organización de seguridad social, los déficits son el resultado probable, con consecuencias para la calidad de la atención.

¿Hay alguna necesidad de considerar por separado la integración de la función de inversión? Si la inversión responde a la necesidad de prestación de servicios, y si tanto la prestación como la financiación están debidamente integradas, la respuesta parece ser que No. Tenga cuidado con las funciones de preparación y seguimiento de la inversión, y esa función se resolverá por sí misma. Ese puede ser el caso ideal, pero por lo general la experiencia real implica tanto el exceso de inversión como la escasez de inversiones. Exceso-, debido a las presiones de la

competencia, y no sólo en el mercado privado; escasez-, porque cuando la financiación es insuficiente, la tendencia natural es la de proteger el gasto recurrente y hacer recortes en la inversión, incluyendo el mantenimiento. La historia de los sistemas de salud de América Latina está repleta de los dos tipos de errores; para dar un ejemplo, cerca de 1996, Brasil tenía tantos hospitales y clínicas incompletas o disfuncionales en las que se había dejado de invertir algunos años antes, que se estimaba que tenía un costo de 2.5 mil millones de dólares para poner a todas ellas en condiciones de funcionamiento. La integración funcional de la inversión— por ejemplo, no dejar que un Ministerio de Salud y una organización de seguridad social creen un exceso de capacidad mediante la construcción de hospitales muy próximos el uno al otro— podría ser la forma más clara de evitar el derroche y mejorar la eficiencia del sistema.

La integración funcional (?) en algunos otros países

El debate anterior es bastante abstracto, por lo que puede ayudar a equilibrarlo el considerar el grado de integración funcional en algunos países específicos: Chile, Colombia y los Estados Unidos. El punto es no tomar ninguno de estos países como un modelo para México, sino simplemente mirar algunos aspectos de la integración en la práctica. En Chile, todas las personas cubiertas por la seguridad social (la mayoría de la población) pagan 7 por ciento de los ingresos del trabajo hacia la atención de la salud y la jubilación. Ese impuesto puede pagarse, ya al Fondo Nacional de Salud, FONASA, o a una empresa privada de seguros, una ISAPRE, de la propia elección. Las personas más pobres, naturalmente, contribuyen a FONASA, ya que no pueden pagar un seguro privado adecuado, y aquellos con ingresos más altos, en su mayoría compran pólizas de ISAPRE. Hasta aquí, eso describe un sistema de dos niveles con muy poca integración. Es más, ninguno de los dos subsistemas está completamente integrado. La población cubierta por FONASA se divide en cuatro categorías en función de los ingresos y los pagos, con diferencias en los proveedores que pueden consultar— los más pobres sólo tienen acceso gratuito a los proveedores públicos, y los de categorías superiores pueden ampliar la gama de proveedores mediante la cooperación en pagos. Cada ISAPRE hace contrato con su propio grupo de proveedores, de modo que un asegurado no tiene acceso universal. Sin embargo, el sistema chileno está más integrado funcionalmente de lo que se desprende de estas características. Una Superintendencia de ISAPRE supervisa el mercado privado de seguros, en particular para hacer cumplir los contratos y resolver las controversias. Los compradores de seguros privados no pagan su 7 por ciento al FONASA, pero el resto de sus impuestos que van a los ingresos generales, sí contribuyen a la financiación del sistema público, de modo que la financiación general es relativamente equitativa. Por último, cualquier intervención médica que el gobierno garantiza a los clientes de FONASA en el marco de su programa AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) también debe ser proporcionada por las ISAPREs a sus clientes. El resultado es una mezcla de grados de integración funcional, dependiendo de cuál aspecto se tiene en cuenta.

Colombia ofrece un interesante contraste. La reforma de la salud puesta en marcha por la Ley 100 de 1993 tiene por objeto la cobertura de seguro universal, y ha incorporado a millones de personas hasta la fecha, causando un gran cambio de los pagos de bolsillo a la financiación de prepago. Algo como en Chile, la población se divide principalmente en dos clases, pero la distinción es diferente. A la población "contribuyente" se le garantiza un paquete de servicios básicos, que pueden ser asegurados a través de cualquiera de los ya existentes contribuyentes públicos o privados, o a través de cualquiera de la gran cantidad de nuevos aseguradores creados en virtud de la reforma. La población "subvencionada", demasiado pobre para contribuir de manera significativa, también puede inscribirse con (casi) cualquier asegurador, pero sólo tiene derecho a un conjunto más limitado de servicios. Los flujos financieros son más

complicados que en Chile, incluyendo los pagos públicos a aseguradores privados para sus clientes subvencionados. Y mientras que el gobierno nacional es responsable por la rectoría, muchas responsabilidades se delegan a nivel regional y municipal.

¿Es eso la integración funcional? En comparación con el sistema anterior al de 1993, Sí, aunque todavía es incompleta en lo que respecta tanto a la cobertura como al conjunto de servicios a los que las personas tienen derecho. Las funciones de la financiación y la prestación de servicios parecen estar más integradas que la de la inversión, y es difícil juzgar la rectoría, dado el gran número de organizaciones que el gobierno tiene que supervisar. La competencia entre los aseguradores eleva los gastos administrativos y proporciona un fuerte incentivo para la selección de riesgos; y en la otra dirección, el monopolio local de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, hace que sea imposible alcanzar todos los posibles beneficios de la competencia en la prestación de servicios.

Puede parecer extraño que incluya a los Estados Unidos en este debate, ya que es ampliamente (y correctamente) considerado un sistema fragmentado, y mucho menos integrado que el de cualquier otro país rico. No obstante, hay un cierto grado de integración funcional, dentro de los subsistemas o entre ellos. Medicare, el sistema público para todas las personas de 65 años o más y para algunos pacientes con discapacidad, está integrado plenamente en cuanto a la financiación, y la legislación define tanto el paquete de servicios que se han de entregar, como los precios que se pagarán a los proveedores que estén de acuerdo en tratar a sus pacientes. Medicaid, el subsistema para los pobres, está menos integrado porque cada uno de los estados define el conjunto de prestaciones, en virtud de leyes federales, y reciben fondos federales en proporciones que dependen de los ingresos del estado y el paquete que se ofrece. Algunos "doblemente elegibles", que son pobres y de edad avanzada, están cubiertos por ambos programas. Un tercer sistema público, SCHIP, que también varía de un estado a otro, cubre a los niños pobres y a algunos adultos en los hogares que incluyen a esos niños. El enorme sector de financiación privada de la salud no está, en comparación, integrado en absoluto, a pesar de que sus costos y cobertura se ven afectados por los programas públicos.

Al reducirse la cobertura de los seguros basados en el empleo en los Estados Unidos, exacerbando el problema de las decenas de millones de personas no-aseguradas o subaseguradas, varios estados (Vermont, Massachusetts, California y Tennessee, entre otros) han aplicado o han empezado a tratar de aplicar, la cobertura de seguro para sus habitantes, a menudo por un mandato que la gente compre el seguro si no están cubiertos por un programa público, y subvencionando la cobertura a quienes son demasiado pobres para pagarla. Este movimiento simultáneamente eleva y disminuye el grado de integración funcional, aumentando el número de asegurados y la uniformidad de tratamiento en cada estado, mientras que potencialmente introduce más variación de la que ya existe, entre un estado y otro.

La integración funcional vista desde las perspectivas de los diferentes participantes

¿Cómo vería un paciente a un sistema de salud con integración funcional? ¿Cómo lo vería un proveedor? ¿Un pagador? ¿O un regulador? Para que un sistema esté realmente integrado, necesita satisfacer lo que el término significa para cada uno de estos participantes— así que mientras que sus definiciones implícitas puedan no coincidir exactamente, es importante que no estén en extremo conflicto. De las diversas maneras que hay para considerar este tema, las perspectivas de los actores en el sistema pueden ser las más pertinentes para determinar lo que hay que hacer a fin de transformar un sistema. He aquí las nociones de este autor de lo que cada tipo de participante desea o espera.

El paciente tendrá que contribuir a pagar por la atención a la salud, a menos que el/ella sea tan pobre como para ser totalmente subvencionado(a), y el pago tendrá que ir a uno o más organismos de financiación— el gobierno general, la seguridad social, otros programas públicos, o un asegurador privado. (Se supone que esas organizaciones sigan existiendo independientemente.) Pero después de eso, el sistema integrado idealmente desde el punto de vista del paciente, le permite a él o a ella buscar tratamiento con cualquier proveedor acreditado, sin importar para quién trabaje el proveedor ni cómo se pagarán los servicios. Si el pago de bolsillo es necesario, debe ser (1) bajo o cero para un pobre paciente, para que no haya riesgo de catástrofe financiera, y (2) el mismo para todos los proveedores. Estas condiciones deben mantenerse para cualquier intervención a la que el paciente tenga derecho, ya sea que el derecho esté establecido en la política pública o sea parte de un contrato de seguro. En otras palabras, el panorama de los proveedores debe verse homogéneo para el paciente, dejando que su elección de proveedor sea determinada por la conveniencia y por cualquiera que sean los indicadores de calidad y respuesta disponibles.

Este escenario supone que, si los proveedores están asociados con los contribuyentes, como empleados o en virtud de un contrato, cualquier diferencia en lo que se les paga para una intervención determinada, deberá ser compensada por los flujos financieros que no impliquen pago adicional por parte del paciente. No es necesario que todos los proveedores tengan las mismas cuotas o ingresos, sólo que el paciente no tenga que preocuparse por ese aspecto. Otras dos condiciones están implícitas en esta definición: (1) existe una clara especificación del conjunto de servicios para los que se aplican estas condiciones, y (2) el acceso universal se mantiene para los proveedores acreditados, lo que significa que alguien tiene que determinar cuáles proveedores satisfacen ese requisito y, por tanto, participan en el sistema integrado. Ninguna de estas condiciones es necesaria si el paciente está pagando el costo completo de bolsillo, porque entonces no hay transferencias financieras.

Ese es el punto de vista de un paciente individual, pero para que el sistema esté plenamente integrado, estas condiciones han de aplicar a *cada* paciente. Si son las *mismas* condiciones para todos los pacientes, los requisitos se vuelven cada vez más exigentes, ya que todos ellos deben tener derecho a la misma canasta de servicios y a la misma lista de proveedores. Esto significa la eliminación de un sistema de dos niveles como el de Colombia, o las distinciones entre los clientes de FONASA en Chile. Las diferencias entre los pacientes puede ser permitidas sólo para los servicios que están más allá de los definidos en el paquete, por ejemplo para los procedimientos cosméticos, o las intervenciones que de otra manera serían negadas por razones de edad u otras condiciones, o para las amenidades no-médicas de la clase alta. Incluso los sistemas que proporcionan el acceso universal a un conjunto de servicios comunes, como es típico en Canadá y los países europeos, y de Medicare en los Estados Unidos, permiten tales servicios incrementales pagados por un seguro complementario, o incluso requieren que aquellos con el mayor ingreso se desvinculen del paquete definido públicamente y compren seguros privados para todo (los Países Bajos). Así la integración funcional total, como es visto por el paciente, puede no ser factible o deseable; el ideal puede ser algo así como el 90% de integración.

El proveedor vería la integración funcional desde el otro lado del escritorio. Significaría tener la libertad de aceptar a cualquier paciente, sin distinción en cuanto a la cantidad que se pagaría o de dónde provienen los fondos, para cualquier tratamiento en el paquete común de servicios. Hay un posible conflicto aquí, que es que un proveedor debe tener el derecho a rechazar a un paciente que no tenga una emergencia cuando ya esté funcionando a su máxima capacidad, pero no, obviamente, por motivos de pobreza, origen étnico o por cualquier otra forma de

discriminación. Así como los pacientes individuales pagarían diferentes montos de impuestos, primas o pagos de bolsillo por la atención, los proveedores podrían tener diferentes cuotas e ingresos. Y así como el dinero tendría que seguir al paciente, los flujos financieros de los distintos contribuyentes serían necesarios para responder a estas condiciones. Esto plantea un segundo y más grave conflicto: si los diferentes proveedores cobran cantidades distintas por la misma intervención, entonces cualquier contribuyente tiene un incentivo ya sea para negociar las cuotas o para dirigir a los pacientes a los proveedores de bajo costo. Esta es la presión que lleva a Medicare y Medicaid en los Estados Unidos (y a los contribuyentes públicos en general) a negociar o fijar los precios de los proveedores, y eso lleva a los aseguradores privados a utilizar su poder de negociación para forzar o mantener bajos los pagos a los proveedores. El tira y afloja entre los compradores y los vendedores no se elimina cuando el sistema está más plenamente integrado; de hecho, el problema puede empeorar, ya que hay más proveedores y más grandes flujos de fondos implicados. El problema político es cómo equilibrar estas reclamaciones que compiten, preservando al mismo tiempo la integración (como es vista por el paciente) tanto como sea posible.

¿Cómo vé un contribuyente, ya sea público o privado, la integración funcional? Idealmente, el interés del contribuyente coincide con el del paciente— un panorama plano/homogéneo de proveedores—en términos de costo. Esto es, ya sea que todos los proveedores cuesten lo mismo, para una intervención determinada, o bien que las transferencias financieras procedentes de otros contribuyentes compensen al contribuyente por cualquier diferencia en los costos. Es evidente que los contribuyentes que reúnen altos ingresos por persona matriculada, terminarán pagando a otros contribuyentes o a los proveedores, por los pacientes a los que no cubrirían directamente o por pagar antes de la integración. Los contribuyentes que recogen ingresos mucho menores serán beneficiarios netos de las transferencias, o serán exonerados de los pagos de sus clientes. Qué tan grandes serán estos flujos, y en qué dirección, dependerá del tamaño del paquete de beneficio común y de si se les permitirá a los pacientes dejar a un asegurador y afiliarse a otro, como pueden hacer en los sistemas públicos de Chile y Colombia. En México, si a los clientes del Seguro Popular se les da acceso a un paquete de prestaciones más generosas, conservando al mismo tiempo el derecho a los subsidios para la alimentación y la recompensa por asistir a la escuela, cualquier financiamiento dirigido al programa tendrá que aumentar, o los servicios adicionales deberán ser pagados por otro contribuyente público. Qué tipo de flujo es el más adecuado es una cuestión de eficiencia; las consecuencias para la equidad son las mismas cualquiera que sea el canal utilizado.

Es claro, al examinar estas tres perspectivas, que la integración funcional es imposible sin una importante integración financiera. Las cuatro funciones del sistema de salud son cruciales para lograr los tres objetivos principales que se muestran en la Figura 1, pero la integración del sistema de forma que se comporte más como un sistema único en lugar de una colección de piezas sueltas, es particularmente exigente para la función de la financiación— no necesariamente el componente de la *financiación*, aunque puede haber razones para modificar esto, pero definitivamente para el componente de *mancomunar* los fondos. Esto es tanto más cierto, si la búsqueda de la integración funcional significa también la incorporación de grandes poblaciones que antes no tenían cobertura de un seguro y, por lo tanto, dependían de pago de bolsillo con su secuela de alto riesgo financiero. La creación del Seguro Popular en México, al igual que la anterior creación del IMSS y el ISSTE, hizo que muchas personas sin cobertura de seguro ahora la tengan, pero sin tratar de llegar a la integración funcional en los términos discutidos aquí.

Más puede también exigirse a la función de la rectoría. Este caso es más complicado, sin embargo, ya que mientras que los reguladores tendrán que supervisar los flujos financieros requeridos por la integración, y también para asegurar la uniformidad de la calidad y del acceso al paquete de prestaciones básicas, pueden ser relevados de parte de la carga de la supervisión específica de los requisitos de los programas individuales. Dicho de otro modo, la integración funcional como ha sido vista por las autoridades reguladoras, subirán un nivel, para abarcar relaciones en todo el sistema de atención de salud. Actualmente, la supervisión de todas las demás funciones— de financiación, las inversiones y la prestación de servicios— es incompleta, en gran parte debido al sector privado, que es grande y menos regulado, especialmente por los no asegurados. Por lo tanto, el *volumen* sobre el cual la rectoría debe ejercerse aumentará, ineludiblemente. Está menos claro si la *intensidad* de la regulación aumentará en la misma proporción. Lo que está bastante claro es que la falta del ejercicio adecuado de la rectoría impedirá que funcionen los esfuerzos por lograr una integración funcional.

Posibles beneficios y riesgos de la integración funcional

El sólo tratar de visualizar la integración desde los puntos de vista de los pacientes, proveedores, contribuyentes y reguladores, o el mirar brevemente la experiencia de algunos otros países, basta para señalar algunos conflictos y problemas. Esta sección mirará un poco más de cerca algunos logros concretos que pudieran derivarse de la integración y algunos riesgos específicos que esa transición podría presentar.

¿Puede mejorar la eficiencia?

Esta es una pregunta fácil de plantear, y una que es casi imposible de responder sin un análisis detallado de las actuales ineficiencias en el sistema. Como ya se señaló, una oportunidad de introducir mejoras sustanciales en la eficiencia se deriva de la integración de la función de inversión. Por lo menos en el sector público, esto requiere la integración de los planes de inversión de todos los organismos que construyen y dan mantenimiento a los hospitales y clínicas, compran bienes de equipo, o capacitan al personal médico, si es que no lo han hecho ya. El alcance de los beneficios para todo el sistema es limitado, sin embargo, si no hay una integración comparable en el sector privado. Existen en principio dos formas de lograrlo. Una de ellas es a través de normas explícitas que rigen las inversiones privadas, en particular en los edificios o en camas. Esta es la lógica de las normas del "certificado de necesidad" que se han utilizado para regular la construcción y la expansión de hospitales en los Estados Unidos, pero éstas han demostrado ser difíciles de especificar de manera óptima o de hacer cumplir lo que se esperaba. El otro enfoque consiste en contratar a proveedores privados a precios que hacen que el exceso de inversiones no sea rentable, teniendo cuidado de no reducir demasiado la capacidad del sistema para crecer o poner en peligro la calidad de la atención. El segundo enfoque es probablemente más adecuado para la regulación de las inversiones para los servicios que se financian públicamente, pero puede tener poco o ningún efecto sobre la inversión privada que puede ser en gran parte o totalmente reembolsada por el pago privado, ya sea a través de seguros o de pagos del bolsillo. En cualquier caso, dos cosas están claras: la cobertura universal por algún tipo de seguro facilitará la integración de la inversión; y cuanto espacio queda, si es que queda alguno, para tener mejoras en la eficiencia, es una cuestión empírica. Sería ingenuo suponer que la integración— de cualquiera de las funciones básicas— automáticamente mejora la eficiencia del sistema, ya sea por el ahorro de dinero o por la reducción de los costos unitarios, aunque se eleve el gasto total.

La integración de la prestación de servicios ofrece, en principio, la posibilidad de mejorar los *resultados* de salud, haya o no alguna ganancia en la eficiencia. Desde el punto de vista del paciente, un panorama homogéneo de proveedores y una total protección contra la catástrofe financiera, le da más oportunidades de obtener tratamiento— así que, si el tratamiento es eficaz, debe haber algunas mejoras en el estado de salud. Esto es, después de todo, el motivo de cada ampliación de la cobertura de los seguros en el pasado, y debe haber aún algunos obstáculos a la atención adecuada y necesaria que podrían eliminarse por medio de la plena integración de la prestación de los servicios de salud. Una vez más, la magnitud de las posibles ganancias depende de los obstáculos que aún existan. ¿Puede un cliente del Seguro Popular obtener toda la atención médica de nivel superior que pueda necesitar aunque no sea parte del programa del paquete? Cualquier beneficio de la integración funcional seguramente se acumulará, principalmente para los pobres, ya que son la población más limitada en el acceso a la gama completa de los proveedores y de las intervenciones.

La integración financiera es esencial para el éxito de la integración, ya sea de inversión o de la prestación de servicios, pero es poco claro si ofrece espacio para mejoras en la eficacia directa. La sección 2,3, a continuación, considera algunos de los riesgos que implica.

¿Puede mejorar la equidad?

Aquí la respuesta es, sin duda que Sí. De hecho, el potencial de ganancias en equidad por la integración funcional son probablemente suficientes para justificar los esfuerzos por integrar el sistema. Por mucho, la mayor mejora en la equidad, tanto en los resultados de salud y como en protección financiera, provienen de la ampliación de la cobertura de los seguros, y la cobertura más completa o bien facilita, o es esencial para la integración de todas las funciones, desde el punto de vista de cada tipo de participante.

Supongamos, sin embargo, que un cierto grado de integración funcional se produce sin ningún tipo de ampliación de cobertura, de manera que la población no asegurada no se ha modificado y todo lo que ocurre es que los que ya están cubiertos participan en un sistema integrado más a fondo. Existirían todavía importantes posibilidades para mejorar la equidad al dar a todos los pacientes el acceso a una gama más amplia de proveedores y servicios. Este sería algo paralelo a lo que ha sucedido hasta ahora en la reforma de Colombia— hay un trato mucho más equitativo que antes para todos los incorporados bajo la Ley 100, y esto se muestra tanto en la reducción de los riesgos financieros como en el uso de servicios y en algunos resultados de salud. El mismo resultado se produce en los programas públicos en los Estados Unidos; las personas de edad cubiertas por Medicare y los pobres cubiertos por Medicaid, obtienen una atención más equitativa, incluso si el subsistema financiado de manera privada sigue siendo tremendamente injusto. ¿Hasta qué punto se vuelve todo un sistema más equitativo a través de la integración funcional parece depender de dos tipos de "nivelación hacia arriba": número de personas que recién reciben cobertura de los seguros, y qué tan igualmente todos los que ya están cubiertos reciben el mismo paquete de beneficios y el mismo acceso a los proveedores.

El sistema de salud chileno ilustra la diferencia entre estos dos efectos, porque aunque esencialmente nadie se queda por fuera, todavía hay diferencias sustanciales entre las cuatro categorías de beneficiarios de FONASA. Sin embargo, estas diferencias probablemente tienen un impacto mínimo en los resultados de salud, a diferencia de la libertad de elegir los proveedores; y el program AUGE proporciona una mayor nivelación, tanto en el ámbito FONASA y entre éste y las ISAPREs.

Cómo hacer que funcione la integración funcional: complejidades y riesgos

La integración funcional, como se discute aquí, implica una mayor movilidad que antes, de los pacientes y los fondos. La gente puede no ser totalmente libre para pasar de un asegurador a otro, como ocurrió por ejemplo en la reforma de las *Obras Sociales* de Argentina en el decenio de 1990. Aun así, la integración de la prestación de servicios, significará una mayor circulación de los pacientes de un proveedor a otro. Y, como esto no ha subrayado en varias ocasiones, el uso de fondos mancomunados tendrá que cambiar sustancialmente, lo que implica mayores flujos financieros (y probablemente flujos más complicados también). El movimiento siempre conlleva el riesgo de fricción. La cuestión es si la fricción es probable que impida la integración funcional o reduzca sus beneficios, en lugar de que los flujos se desplacen sin problemas. Este es, sin duda, en parte una cuestión de con qué rapidez se persiga la integración—una mayor velocidad significará mayor turbulencia. Tal vez lo que es crucial, además de moverse cuidadosamente en cuanto a velocidad, es asegurar que los acuerdos financieros estén adecuadamente estudiados y los fondos de reserva disponibles, antes de introducir cambios importantes en la forma en que los pacientes o proveedores sean tratados. Y aún más, la rectoría tiene que ser adecuada para el aumento del volumen de la reglamentación que se exige. Esto sugiere una secuencia: preparar la rectoría en primer lugar, en la medida en que las necesidades puedan ser previstas, y luego poner los arreglos financieros en marcha, y sólo entonces integrar la prestación de servicios. Debido a que estos cambios pueden implicar grandes cambios en las inversiones necesarias, pero lo que se necesita no será evidente de inmediato, la integración de la función de la inversión probablemente deberá dejarse para el final.

Dos más riesgos específicos son dignos de mención. Uno de ellos es que va a resultar difícil integrar los diferentes paquetes de beneficios a los cuales las subpoblaciones tienen derecho ahora. La reforma de Colombia, por ejemplo, está todavía lejos de dar a la población subvencionada acceso al mismo paquete que recibe la población contribuyente, y en cambio se ha concentrado en ampliar la cobertura subsidiada lo más rápidamente posible. Desde una perspectiva de equidad, esto está totalmente justificado, pero los retrasos y problemas en hacer que sean uniformes los paquetes de beneficios (o al menos ofrecer un paquete básico uniforme que abarque la mayoría de las intervenciones) puede complicar la prestación de servicios y crear tensiones políticas.

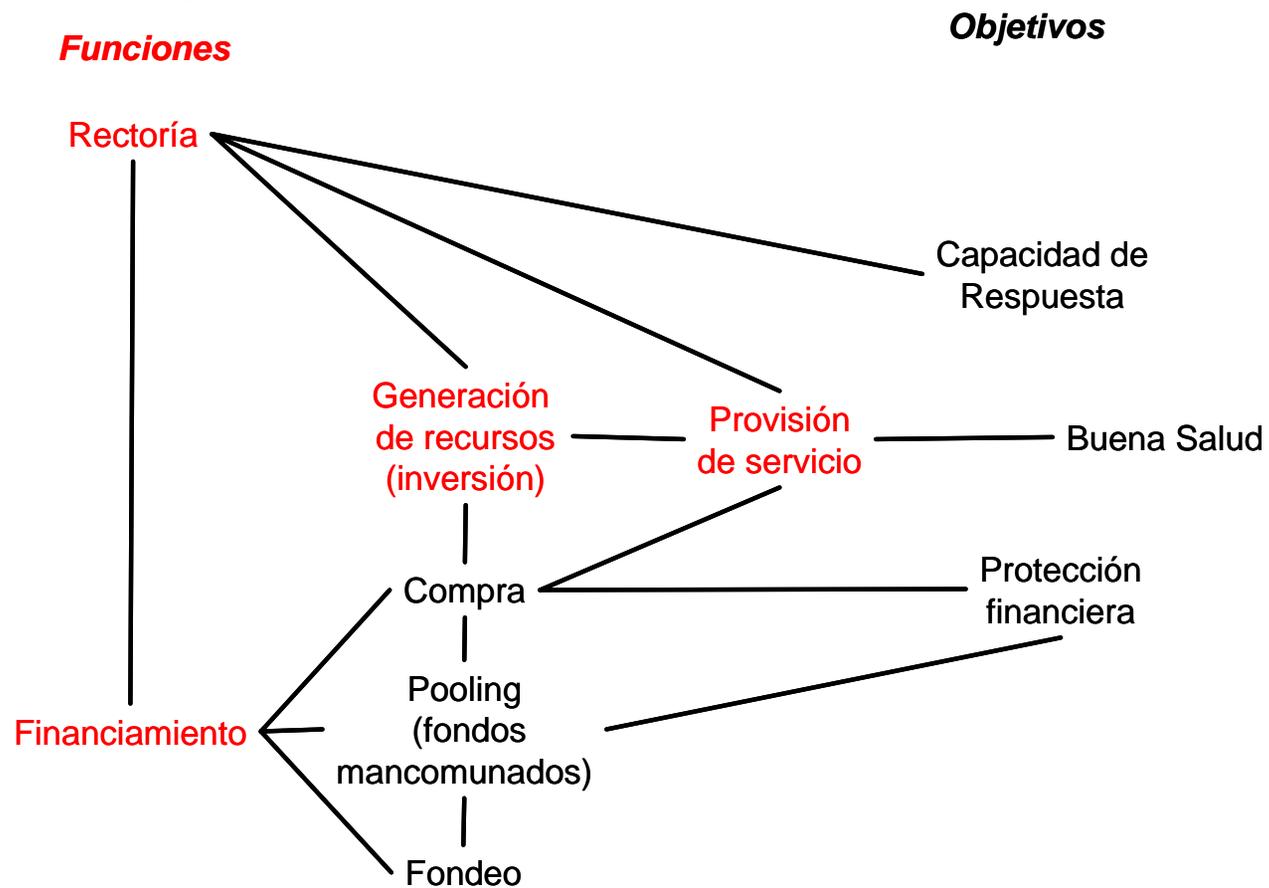
La otra situación de riesgo, y probablemente la más importante, es la insuficiencia de medios financieros o la inestabilidad. El sistema casi seguramente va a terminar gastando más, posiblemente mucho más; y aún cuando el total de los recursos sea adecuado, es crucial que los flujos compensatorios necesarios ocurran a tiempo y en las cantidades necesarias. Si la integración funcional significa dejar intacta la estructura organizacional del sistema de salud, entonces habrá mayores y más frecuentes demandas de fondos de un financiador a otro, o de los financiadores a los proveedores a los que no están acostumbrados a pagar. El resultado será un caos financiero (y político) si estas demandas no son atendidas. Ese riesgo parece ser general, pero su grado de severidad dependerá de qué canales se establezcan para esos flujos y de lo bien que la rectoría se ejerza sobre ellos.

Reflexiones finales

Para alguien que no tenga un conocimiento íntimo del sistema de salud mexicano, es imposible ofrecer más que estas ideas muy generales y algunos ejemplos y advertencias. Los que sí conozcan bien el sistema pueden decidir si estas ideas son útiles, y pueden pensar cómo interpretar la "integración funcional" y la manera de proceder hacia ella. La importancia central de la integración financiera, y el aumento del volumen de la demanda de la función de rectoría, son las dos principales conclusiones que se aplican, sin importar qué medidas específicas se adopten para promover la integración de una o más funciones.

Nota: Las opiniones expresadas aquí son las del autor, y no representan la opinión de la revista *Health Affairs* o de su personal. El documento responde a una invitación del Instituto Nacional de Salud Pública de México, a presentar algunas ideas y sugerencias preliminares para las deliberaciones en la conferencia. El autor da las gracias a Miguel Ángel González Block y a Eduardo Álvarez Falcón por la invitación y por sus útiles comentarios sobre el bosquejo del proyecto. Debido a que el documento es sólo para promover la discusión, no se citan las fuentes, ni se provee de herramientas académicas.

Figura 1. Funciones y objetivos de los Sistemas de Salud



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud (2000).