


Volume 15, 17 Nov 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; WCIC Conf Suppl; [URN:NBN:NL:UI:10-1-117358](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117358)

Copyright: 

Conference Abstract

Comparing the performance of the public social security and private health sub-system in Rosario (Argentina) / Comparacion del desempeño de la seguridad social pública y del sub-sistema de salud privado en Rosario (Argentina)

Natalia Yavich, National Scientific and Technical Research Council (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET), Argentina

Ernesto Báscolo, National Scientific and Technical Research Council (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET), Argentina

Correspondence to: **Natalia Yavich**, National Scientific and Technical Research Council (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET), Argentina, E-mail: nyavich@gmail.com

Abstract

Introduction: Latin American health systems are generally described as comprising three health sub-systems that segregate the population in separate segments. The private sub-system (PrS) is usually described as serving the rich population with high quality standards; the public sub-system (PubS) as serving the poor population with low quality standards; and the social security (SS) falling some place in between. We argue that this is an oversimplified picture that persists because of the lack and fragmentation of data and the failure to recognize changes occurred in the private health market during the last decades.

This work compares the performance of the PubS, SS and PrS health services in Rosario city. The findings are intended to contribute to the reflection and the current efforts to move forward to integrated and PHC-based health systems and to achieve universal health access and coverage in Latin America.

Theory/Methods: This cross-sectional study compares the performance of the PubS, SS and PrS through a household survey to a representative sample of 822 inhabitants of Rosario Municipality, stratified by age with a confidence interval of 95% and 3.5% precision. The questionnaire included questions on population health status and insurance, demographic and socio-economic conditions, health services use and perception for core dimensions and sub-dimensions of PHC performance. The individuals were assigned to a health sub-system based on their affiliation of the self-reported usual provider to one of the health sub-systems. We did not consider health insurance as a stratified variable because of the high percentage of people with more than one type of insurance, as well as insured individuals that use public services.

Sub-systems were compared to look for significant differences in PHC performance and in demographic socio-economic and health status) using Chi Square analysis for categorical variables and one-way ANOVA test for numerical variables. We use a categorical nonlinear

principal components analysis (CATPCA) to create combinations between variables in order to explore the relationship between PHC dimensions.

Results: 39.3% of the population have their regular place of care in a PubS provider, 32.3% in the SS and 15.8% in the PrS. 35.8% of the PubS users have private or social security insurance, and 50.7% of the SS users have a private insurance. Within the PrS population there are two groups: one covered with a reduced basket of essential services and/or emergency services and another with a more comprehensive insurance.

We found significant differences among sub-systems for sex, age and socio-economic conditions, and for all performance dimensions except for unmet needs and utilization. All sub-systems have a high perceived health need and demand, and an significant rate of ambulatory consultations.

PubS had the best rate for individual, familiar and community orientation of care and appropriateness of care (use of the right place, provider and service), a strong rate for continuity of care and a poor rate for accommodation and comprehensiveness of care. PrS had the best rate for accommodation, strong results for comprehensiveness of care and a poor rate for continuity of care, healthcare orientation and appropriateness of care. The SS had the best rate for comprehensiveness and continuity of care, and a very good rate for the rest of the dimensions.

The CATPCA grouped the variables in two components in all samples: the first one around accommodation and the second integrating the rest of the dimensions. These components were negatively correlated in the PubS and PrS and non-correlated in the SS, so the CATPCA suggests the existence of a trade-off between access conditions to healthcare and the quality of the healthcare provided.

Discussion: None of the health sub-systems were found to be best or worse rated for all dimensions. Each one had different strengths and weaknesses. At a glance, the SS had the best performance, followed by the PubS with a stronger orientation to PHC principles, and weak access conditions and the PrS with an inverse performance. This ranking is explained by the fact that the PrS has penetrated into the low income population with cheap insurances, offering easy access to low quality services, thus gaining clients addressing the major weakness of the PubS.

Conclusion: It's necessary to review the conventional schemes by which Latin American health systems are described. Health sub-systems are not closed entities with parallel functioning. It's necessary to pay attention to their interrelated dynamics as it influences their shape and use (e.g. cross coverage, multi insurance). Further studies could compare health sub-systems performance in other Latin American settings and look at the organizational arrangements that determine their performance.

Conference abstract Spanish

Introducción: los sistemas de salud de América Latina generalmente se describen como que comprenden tres subsistemas de salud que segregan a la población en segmentos separados. El sub-sistema privado (PRS) se describe generalmente como servicio a la población rica con altos estándares de calidad; el sub-sistema público (pubs) como servicio a la población pobre de con bajos estándares de calidad; y de la Seguridad Social (SS) que cae en algún lugar en el medio. Argumentamos que esto es una imagen simplificada que persiste a causa de la falta y la fragmentación de datos y la falta de reconocimiento de los cambios ocurridos en el mercado de la salud privada en las últimas décadas.

Este trabajo compara el desempeño de los servicios de salud PubS, SS y ERP en la ciudad de Rosario. Los hallazgos tienen por objeto contribuir a la reflexión y los esfuerzos actuales para avanzar a los sistemas de salud integrados y basados en la APS y para lograr el acceso universal de salud y la cobertura en América Latina.

Teoría / Métodos: Este estudio transversal compara el desempeño de los PubS, SS y PRS a través de una encuesta de hogares en una muestra representativa del Municipio de Rosario con 822 habitantes, estratificada por edad con un intervalo de confianza del 95% y el 3,5% de precisión. El cuestionario incluía preguntas sobre el estado de salud de la población y los seguros,

las condiciones demográficas y socio-económicas, los servicios de salud el uso y la percepción de las dimensiones principales y sub-dimensiones del desempeño de la APS.

Los individuos fueron asignados a un sub-sistema de salud basado en su afiliación del proveedor habitual de auto-reporte de uno de los sub-sistemas de salud. No se consideró seguro de salud como una variable estratificada por el alto porcentaje de personas con más de un tipo de seguro, así como las personas aseguradas que utilizan los servicios públicos.

Los subsistemas se compararon para buscar diferencias significativas en el rendimiento de la APS y en el análisis de “Chi Cuadrado” demográfica socioeconómica y el estado de salud), utilizando para las variables categóricas y de una vía ANOVA para las variables numéricas. Utilizamos un análisis no lineal de componentes principales categórico (CATPCA) para crear combinaciones entre variables con el fin de explorar la relación entre las dimensiones de la APS.

Resultados: 39,3% de la población tienen su lugar habitual en la atención en un proveedor de pubs, 32,3% en el SS y el 15,8% en la ERP. 35,8% de los usuarios de pubs tienen seguro de la seguridad privada o social, y el 50,7% de los usuarios de las SS tienen un seguro privado. Dentro de la población PrS hay dos grupos: uno cubierto con una canasta reducida de los servicios esenciales y / o servicios de emergencia y otro con un seguro más completo.

Se encontraron diferencias significativas entre los subsistemas para el sexo, la edad y las condiciones socio-económicas, y para todas las dimensiones de desempeño a excepción de las necesidades no satisfechas y la utilización. Todos los subsistemas tienen una necesidad alta percepción de la salud y la demanda, y una tasa significativa de las consultas ambulatorias.

Pubs tenía la mejor tarifa para orientación individual, familiar y comunitaria de la atención y la adecuación de la atención (uso de el lugar correcto, el proveedor y el servicio), una fuerte tasa de continuidad de la atención y una tasa promedio para los hoteles y exhaustividad de la atención. PrS tenían la mejor tarifa para alojamiento, los fuertes resultados de integralidad de la atención y una tasa promedio para continuidad de la atención, la orientación de la salud y la adecuación de la atención. El SS tenía la mejor tarifa para integralidad y continuidad de la atención, y una muy buena tarifa para el resto de las dimensiones.

El CATPCA agrupa las variables en dos componentes en todas las muestras: el primero alrededor de alojamiento y el segundo integrar el resto de las dimensiones. Estos componentes se correlacionaron negativamente en los pubs y PRS y no correlacionados en las SS, por lo que el CATPCA sugiere la existencia de un equilibrio entre las condiciones de acceso a la asistencia sanitaria y la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

Discusión: Ninguno de los sub-sistemas de salud resultaron ser mejor o peor clasificado para todas las dimensiones. Cada uno tenía diferentes puntos fuertes y débiles. A primera vista, las SS tuvo el mejor desempeño, seguido de los pubs con una mayor orientación a los principales de la APS, y las condiciones de acceso débiles y la ERP con una actuación inversa. Este ranking se explica por el hecho de que la ERP ha penetrado en la población de bajos ingresos con seguros baratos, con fácil acceso a los servicios de baja calidad, así ganando clientes que abordan la mayor debilidad de los pubs.

Conclusión: Es necesario revisar los esquemas convencionales mediante el cual se describen los sistemas de salud de América Latina. Sub-sistemas de salud no están cerradas las entidades con funcionamiento paralelo. Es necesario prestar atención a sus dinámicas interrelacionadas, ya que influye en su forma y su uso (por ejemplo, la cobertura de cruz, multi seguros). Otros estudios podrían comparar el rendimiento de los subsistemas de salud en otros escenarios de América Latina y mirar las disposiciones organizativas que determinen su rendimiento.

Keywords

health care quality; access and evaluation; healthcare reform; integrated health care systems; primary health care / calidad de la atención de salud; acceso y la evaluación; reforma de salud; sistemas de salud integrados; primeros auxilios

PowerPoint presentation

<http://integratedcarefoundation.org/resource/wcic3-presentations>