



***Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza
en América Latina y el Caribe***

14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile

Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

***Protección social y sistemas de salud
“Los sistemas de salud y de protección social frente a los
nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”***

Guillermo Cruces

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.



Capítulo III

Protección social y sistemas de salud

Introducción

El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad.

En el contexto de los países de América Latina y el Caribe, las políticas de salud deben hacer frente a nuevos y viejos desafíos. Al igual que en el mundo desarrollado, los primeros obedecen a cambios de la demanda, producto de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, que requieren y permiten nuevas prestaciones y tratamientos, lo que incrementa los costos de los servicios de salud y el gasto en estos. Los segundos reflejan las carencias históricas que presenta la región en materia de equidad de acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros y los problemas de articulación de los sistemas. El imperativo de avanzar hacia la prestación universal de servicios de salud es, sin duda, un factor adicional de presión sobre la demanda y el gasto en el sector.

En definitiva, la agenda de reformas de salud de la región debe perseguir un doble objetivo. Por una parte, es preciso avanzar en lo que respecta a los mecanismos de solidaridad necesarios para brindar un acceso equitativo a servicios de salud a toda la población, independientemente del ingreso o riesgo de las personas. Por otra parte, se debe procurar contener los costos y mejorar la eficiencia en materia de asignación de los escasos recursos disponibles, de manera de responder de la mejor manera posible a los cambios tecnológicos, demográficos y epidemiológicos que se están produciendo en la región.

Las políticas que permiten acercarse a la consecución de estos objetivos comprenden intervenciones en muchos aspectos de las políticas públicas, incluidas las referentes al sector de la salud —como la regulación de la industria de medicamentos y la educación en materia de prevención e higiene— y a la infraestructura pública, obras de saneamiento y agua potable, e iniciativas de vivienda, entre otras. Aunque se reconoce la importancia de estos factores, la necesidad de acotar el análisis llevó a que en este capítulo se preste especial atención a las reformas relacionadas con la organización del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud.

Desde el punto de vista del financiamiento, se propone avanzar hacia la integración de los sistemas públicos y de seguridad social, con el fin de reducir las inequidades que suelen acompañar la existencia de esquemas segmentados y de desvincular el acceso a servicios adecuados de los riesgos médicos y de la capacidad de pago de las personas. Desde el punto de vista de la organización de la prestación, se sugiere propiciar la separación de las funciones de financiamiento y prestación, sobre la base de mecanismos de contratación de servicios que incentiven la racionalización del uso de los recursos. Se plantea además la conveniencia de priorizar un conjunto claramente definido de prestaciones, que irían en aumento de acuerdo con las posibilidades de financiamiento de cada país, otorgándoles carácter de cobertura explícita, garantizada y universal. También se consideran políticas de expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados, orientadas a mejorar la cobertura y el acceso a servicios de salud.

A continuación se examinan algunos hechos estilizados en materia de salud en América Latina y el Caribe, referentes a las necesidades sanitarias y perfil epidemiológico de la región, y a la cobertura, la organización y el nivel de gasto de los sistemas de salud. También se analizan los desafíos que enfrentan los procesos de reforma, de acuerdo con la heterogeneidad propia de las realidades nacionales. Por último, se recomienda la integración de los sistemas de aseguramiento, la separación y contratación eficiente de la prestación de servicios, el establecimiento de paquetes explícitos de cobertura universal y garantizada, la expansión de los sistemas de atención primaria y la coordinación de sistemas descentralizados.

Hechos estilizados

La gama de reformas a los sistemas de salud en la región se ve condicionada por la organización, el nivel de cobertura, la forma y capacidad de financiamiento de estos y la evolución demográfica y epidemiológica de la población. Si bien a efectos de este capítulo el análisis se centra en la organización del financiamiento y la prestación de los servicios de salud, no debe olvidarse que la salud depende de una amplia gama de factores relacionados con las condiciones económicas y sociales en que viven las personas. Tal como se plantea en el análisis sobre el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio en la región (Naciones Unidas, 2005), una política global de salud debe considerar las interacciones entre diferentes áreas de la política pública (véase el recuadro III.1).

Recuadro III.1
**INTERVENCIONES INTERSECTORIALES ANTE DETERMINANTES SOCIALES
 DE LA SALUD**

La salud es un tema multidimensional, que requiere de intervenciones intersectoriales, integradas en estrategias más amplias de desarrollo y de reducción de la pobreza. Por lo tanto, para lograr mejoras en el campo de la salud se debe incidir más ampliamente en las políticas sociales, trascender la concepción de compartimientos estancos y reconocer los niveles de interdependencia de las metas. Asimismo, es preciso aprovechar la sinergia entre las políticas públicas y las intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales orientadas a los grupos más vulnerables y a las zonas y países caracterizados por mayores desventajas.

De acuerdo con los datos disponibles, es posible incidir en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna mediante un trabajo conjunto en los ámbitos de la salud y la educación. Los distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva exigen también respuestas concertadas, en las que participen los sectores vinculados al trabajo y la justicia, entre otros, y medidas orientadas a la potenciación de las personas y las comunidades, sobre todo de las adolescentes y las mujeres.

Por otra parte, la alta correlación existente entre la proporción de la población con acceso a agua potable y las tasas de mortalidad infantil corrobora la necesidad de ejecutar programas intersectoriales destinados a transformar el entorno en que se desenvuelve la vida de las personas, dirigidos a los más vulnerables y que tengan como unidad articuladora a la familia, la escuela, la comunidad, los segmentos organizados de la sociedad civil y los municipios. También es preciso establecer estructuras organizativas intersectoriales.

La estrategia de “municipios saludables” constituye un ejemplo de enfoque multidimensional de la problemática de salud. Sus objetivos son mejorar las condiciones de salud en las poblaciones más vulnerables e impulsar la sostenibilidad de los programas que se ejecutan en un municipio. La estrategia responde a un enfoque de desarrollo local, que involucra a la población en la toma de decisiones y en la puesta en práctica de los programas.

Fuente: Naciones Unidas, *Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.

Necesidades sanitarias, perfil epidemiológico y beneficios universalizables

Como se señaló en los capítulos I y II, los recursos limitados de financiamiento de la protección social llevan a cada sociedad a la necesidad de establecer prioridades en cuanto al conjunto y calidad de los beneficios que se desea brindar a toda la población. En términos de la protección de la salud dicha tarea se traduce, como se plantea en este capítulo, en definir paquetes de cobertura universal. Las necesidades sanitarias básicas de una población —entendidas como el conjunto de patologías que representan un mayor riesgo en términos de mortalidad y morbilidad— deben ser las primeras en incluirse en este paquete.¹

La situación de América Latina y el Caribe en materia de necesidades sanitarias es muy diversa y en algunos casos, preocupante. Mientras que a nivel agregado, la región se acerca rápidamente a los países desarrollados en cuanto al efecto de enfermedades no transmisibles, no se ha resuelto aún de manera satisfactoria el problema de las enfermedades ligadas a un menor grado de desarrollo, como las transmisibles y las maternoinfantiles (véase el recuadro III.2). Este fenómeno, usualmente denominado “rezago epidemiológico”, determina un doble desafío para los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. Asimismo, la heterogeneidad subregional se manifiesta en un rezago epidemiológico marcadamente más acentuado en los países de menores ingresos y que afecta en mayor medida a su población infantil.

¹ La alternativa, que en muchos países se aplica de manera implícita, corresponde a responder a los patrones de consumo y oferta de servicios de salud. A nivel internacional se ha demostrado que estas medidas suelen no reflejar directamente las necesidades sanitarias. De hecho, los prestadores tienen la capacidad de favorecer la demanda de sus servicios mediante la oferta y las familias de mayores ingresos tienden a demandar servicios de salud más complejos y en mayor cantidad.

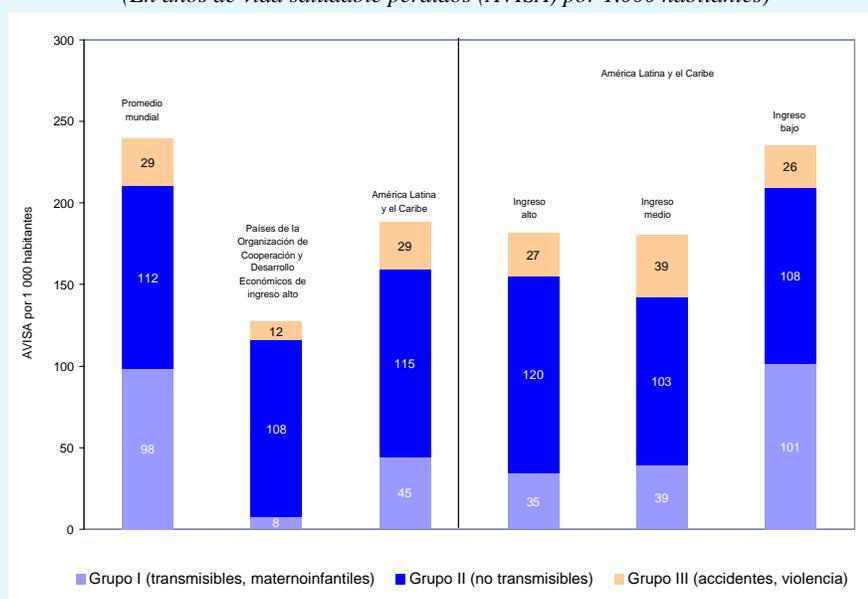
Recuadro III.2

CARGA DE ENFERMEDADES Y REZAGO EPIDEMIOLÓGICO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En el gráfico siguiente se muestra una estimación de los años de vida saludables perdidos (AVISA) por grupos de causas y regiones. Se trata de un indicador de “carga de la enfermedad” comúnmente utilizado para resumir las necesidades sanitarias de una población, que permite jerarquizar los principales problemas de salud en distintos países, esto es, la importancia relativa de distintas enfermedades en términos de muertes prematuras y años vividos con discapacidad. Allí se descompone el total de años de vida saludables perdidos por 1.000 habitantes en tres grandes grupos de enfermedades, de acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud. El grupo I comprende las enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias), maternas, perinatales y nutricionales; el grupo II está compuesto por las no transmisibles (entre las que se destacan el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neuropsiquiátricas); y por último el grupo III considera los problemas de salud originados en accidentes y actos de violencia.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO: INDICADORES DE CARGA DE LA ENFERMEDAD, 2002

(En años de vida saludable perdidos (AVISA) por 1.000 habitantes)



Fuente: Datos proporcionados por el proyecto de carga de morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.

Los países de la región se dividieron en tres grupos de acuerdo con su PIB per cápita.

El nivel general de AVISA de la región es sustancialmente menor al promedio mundial, pero es casi un 50% más alto que el de los países de alto ingreso de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. La desagregación de estos datos por tipos de causas y grupos de países permite ilustrar mejor la heterogeneidad y la complejidad de la situación de salud en la región. En términos agregados, los países de menor ingreso relativo enfrentan una mayor carga de enfermedad, que se ubica muy cerca del promedio mundial. La heterogeneidad regional se manifiesta más drásticamente en la descomposición de los AVISA por grupos de causas de enfermedad. En los países de ingreso medio y alto, la importancia relativa de las enfermedades transmisibles —que se considera que reflejan la mayor parte de las enfermedades ligadas a menores niveles de desarrollo— es significativamente menor que en los países de ingresos bajos. En el cuadro siguiente puede apreciarse el efecto diferencial de la carga de la enfermedad de acuerdo con la composición demográfica y de género de la población. Como cabe esperar, la carga de enfermedades no transmisibles se concentra en el grupo de edad más avanzada, tanto para hombres como para mujeres, mientras que las enfermedades transmisibles y afines son la mayor causa de morbilidad y mortalidad para el grupo de 0 a 14 años de edad. Por último, otra característica de la región es la gran incidencia, en términos relativos, de las muertes por violencia y accidentes, especialmente en el grupo de hombres adultos.

Recuadro III.2 (conclusión)

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DE CARGA DE LA ENFERMEDAD POR GRUPO ETARIO, GÉNERO, CAUSA Y GRUPO DE INGRESO, 2002
(En años de vida saludable perdidos (AVISA) por 1.000 habitantes)

	Ingreso alto			Ingreso medio			Ingreso bajo					
	Grupos de causas		Todas las causas	Grupos de causas		Todas las causas	Grupos de causas		Todas las causas			
	Transmisibles	No transmisibles		Transmisibles	No transmisibles		Transmisibles	No transmisibles				
Población total	34,8	120,0	26,6	181,4	39,3	102,8	38,5	180,5	101,3	108,0	25,8	235,1
0-14	79,6	66,0	20,6	166,2	69,4	57,9	24,3	151,6	170,7	65,9	22,4	259,1
Hombres	15,9	127,0	59,3	202,2	28,1	105,4	90,5	224,0	54,3	115,4	55,2	225,0
60+	21,9	323,9	14,3	360,1	25,1	275,9	18,7	319,7	46,0	312,2	19,5	377,7
Total	35,8	123,7	44,0	203,5	41,2	102,5	64,0	207,7	99,2	107,5	40,4	247,1
0-14	67,8	66,3	10,8	144,9	59,8	59,3	13,3	132,4	161,6	67,6	11,8	241,0
Mujeres	15,5	113,7	10,1	144,3	28,5	103,3	13,7	145,5	71,9	113,2	11,4	196,5
60+	18,3	282,8	5,1	306,2	19,0	262,1	6,9	288,0	42,5	295,4	6,0	343,9
Total	33,7	116,3	9,8	159,9	37,4	103,0	13,0	153,4	103,5	108,5	11,2	223,1

Fuente: Datos proporcionados por el proyecto de carga de morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.

Este complejo cuadro epidemiológico se traduce en un escaso margen para realizar mejoras “rápidas” en términos de salud en la región. Si bien en algunos países es fundamental lograr una mayor inversión en salud pública y eficacia del servicio para reducir los altos niveles de incidencia de enfermedades transmisibles y materno-infantiles, la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles hace que no sean suficientes las soluciones económicas, como las “redes contra mosquitos” en África (Sachs, 2005; Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005).

Por otra parte, el envejecimiento previsto de la población determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará indefectiblemente en el tiempo, por lo que cabe proyectar una creciente demanda de servicios de salud de mayor costo. La necesidad de cubrir el rezago epidemiológico, las transiciones demográficas y el avance en materia de cobertura suponen inequívocamente el incremento de las necesidades de financiamiento de los sistemas de salud de la región. De ahí que cualquier política de salud debe intentar compatibilizar la ampliación de la cobertura y la equidad de acceso con políticas de contención de costos y eficiencia de la asignación de los recursos.

Cobertura de salud

El concepto de cobertura en salud es más difuso que en otras áreas de las políticas sociales. En primera instancia, debe distinguirse la cobertura legal de la efectiva. Mientras que la primera refleja una disposición legal y describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención de la salud, la cobertura efectiva se refiere al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud adecuados.² En el contexto regional, las constituciones, leyes de salud y seguridad social de virtualmente todos los países establecen el derecho a la cobertura de salud, usualmente con carácter universal para toda la población, a través del sector público. En muchos casos, sin embargo, la cobertura legal no está acompañada de los mecanismos para aplicarla plenamente y el acceso efectivo a los servicios requeridos se restringe en la práctica mediante listas de espera o se segmenta mediante múltiples esquemas de aseguramiento.

Una primera aproximación a la medición de la cobertura efectiva de los sistemas de salud corresponde al uso de indicadores acerca de los resultados de las políticas de salud pública en el área materno-infantil. En el cuadro III.1 se presentan las tasas de inmunización de menores contra el sarampión, así como la proporción de nacimientos atendidos por personal especializado, en diferentes grupos de países y regiones. En términos generales, América Latina y el Caribe supera,

² Véase en Madies, Chiarveti y Chorny (2002) un análisis sobre la cobertura “real” (o efectiva) y la “teórica” (o legal) en la región.

en estos indicadores, el promedio de los países en desarrollo, con tasas de inmunización superiores al 90% y un 82% de los partos atendidos por personal especializado. Estos resultados brindan testimonio del importante esfuerzo que ha realizado la región en términos de política sanitaria, especialmente en el área maternoinfantil.

Cuadro III.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RESULTADOS DE SALUD PÚBLICA

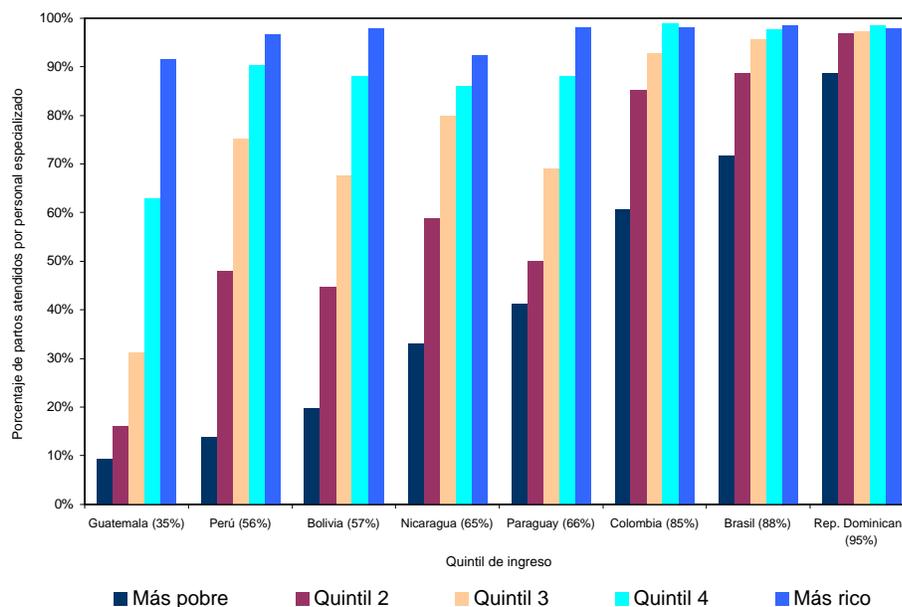
País	Menores de un año inmunizados contra la tuberculosis (en porcentajes)	Menores de un año inmunizados contra el sarampión (en porcentajes)	Partos atendidos por personal sanitario especializado (en porcentajes)
	2003	2003	1995-2003
Antigua y Barbuda	..	99	100
Argentina	99	97	99
Bahamas	..	90	99
Barbados	..	90	91
Belice	99	96	83
Bolivia	94	64	65
Brasil	99	99	96,7*
Chile	94	99	100
Colombia	96	92	86
Costa Rica	87	89	98
Cuba	99	99	100
Dominica	99	99	100
Ecuador	99	99	69
El Salvador	90	99	69
Granada	..	99	99
Guatemala	97	75	41
Guyana	95	89	86
Haití	71	53	24
Honduras	91	95	56
Jamaica	88	78	95
México	99	96	86
Nicaragua	94	93	67
Panamá	87	83	90
Paraguay	70	91	71
Perú	94	95	59
República Dominicana	90	79	99
Saint Kitts y Nevis	99	98	99
Santa Lucía	95	90	100
San Vicente y las Granadinas	87	94	100
Suriname	..	71	85
Trinidad y Tabago	..	88	96
Uruguay	99	95	100
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	91	82	94
Países en desarrollo	85	75	59
Países menos desarrollados	79	67	34
América Latina y el Caribe	96	93	82
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, países de altos ingresos	...	92	99
Promedio mundial	85	77	62

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre desarrollo humano 2005*, Nueva York, salvo (*) proveniente del Ministerio de Salud de Brasil (www.datasus.gov.br).

Sin embargo, el promedio regional relativamente positivo da paso a una gran heterogeneidad de la región en materia de salud: los países de menor ingreso relativo presentan niveles mucho más bajos de estos indicadores, inferiores incluso al promedio mundial y, en algunos casos, cercanos a los de los países menos desarrollados del mundo.

Asimismo, los promedios nacionales encubren importantes inequidades de acceso que afectan a los sectores más desprotegidos de cada país. En el gráfico III.1 se presenta la proporción de partos atendidos por personal especializado por quintil de ingreso en nueve países de la región. En prácticamente todos los países e indicadores existe una relación directa y creciente entre el nivel socioeconómico de las familias y el acceso a personal entrenado en el momento del nacimiento.

Gráfico III.1
PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL ESPECIALIZADO, ALREDEDOR DE 2002



Fuente: Banco Mundial, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Washington, D.C.

Las importantes inequidades detectadas a partir de este indicador básico de cobertura de salud, tanto en las comparaciones internacionales como según nivel de ingreso, pueden en parte explicarse por factores económicos y sociales y por las diferencias de accesibilidad geográfica a centros de atención primaria (OPS, 2004), pero se encuentran además notablemente condicionadas por la segmentada organización de los sistemas de salud de muchos países de la región.³

En definitiva y a pesar de resultados comparativamente alentadores en términos de políticas de salud pública, los países de la región enfrentan un desafío importante en cuanto a mejorar la equidad y reducir el nivel de exclusión de los sistemas de salud, muchas veces relacionados con la escasez endémica de recursos, pero influidos además por deficiencias propias de la organización del sector.

Organización de los sistemas de salud

En los países de la región, el sector de la salud presenta una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, el aseguramiento, la regulación y la prestación de servicios. Estas funciones suelen articularse a través de un sistema público de salud, un sistema de seguridad

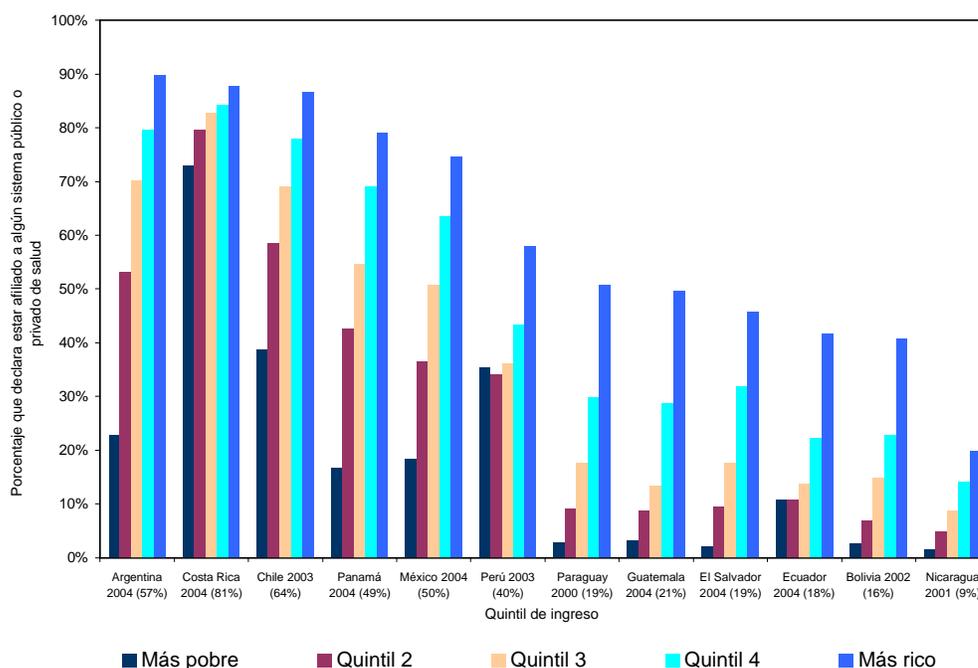
³ Los patrones aquí presentados coinciden con los datos del Banco Mundial (2004) sobre otros indicadores de atención primaria y con otros estudios realizados en la región (BID, 2005). Utilizando un método indirecto para el período 1990-1994, Paganini (1998) concluyó que alrededor de un 8% de la población total de la región carecía de cobertura de vacunación contra la polio y la tuberculosis y que un 29% carecía de atención prenatal adecuada. Asimismo, en el informe Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud se estudia el nivel de exclusión en materia de salud en América Latina y el Caribe; de acuerdo con las categorías de ese estudio, el 46% de la población de la región carecía de seguro de salud, el 27% se encontraba excluida por razones económicas y el 22% por razones geográficas (OPS, 2002).

social y el sector privado. La forma en que se coordinan y articulan estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector de la salud.⁴

En los países del Caribe de habla inglesa prevalece un sistema de tipo unificado, en el que el financiamiento es fundamentalmente no contributivo y se basa en impuestos y asignación presupuestaria, no existe una separación explícita de las funciones de compra, aseguramiento y prestación de servicios y el sector privado juega un papel subsidiario y complementario al del sistema público.

En la mayoría de los países de América Latina, en cambio, coexisten los sectores públicos, privados y de seguridad social. La presencia de estos tres subsectores determina una mayor desagregación de las fuentes de financiamiento y de la estructura proveedora, lo que condiciona además los mecanismos de solidaridad y la capacidad de racionalizar y coordinar la oferta prestadora. Del gráfico III.2 se desprende que la afiliación a la seguridad social y seguros privados está estrechamente vinculada a la distribución de ingresos. Los hogares pertenecientes a los quintiles más altos declaran mayor afiliación a sistemas de aseguramiento, mientras que las familias del primer y segundo quintil suelen estar protegidas por el sistema público. Sin embargo, aun en los sistemas de seguros sociales o privados, las coberturas no son uniformes y la calidad y tipo de los servicios suelen estar relacionados con el nivel de aporte y la capacidad de copago de los afiliados. Como se considera más adelante, la manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores permite clasificar las reformas que se han llevado a cabo en la región.

Gráfico III.2
PORCENTAJE DE HOGARES QUE DECLARAN ESTAR AFILIADOS AL SEGURO SOCIAL O A SEGUROS PRIVADOS DE SALUD



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de hogares.

⁴ En general, el sector público suele ser la única cobertura para la población sin capacidad de contribución: la población no asegurada utiliza la red pública de prestadores. La seguridad social cubre a los trabajadores formales (y sus derechohabientes) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Por último, el sector privado generalmente cubre a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores privados. Sin embargo, en el sector privado debe destacarse el trabajo realizado por diversas organizaciones sin fines de lucro, particularmente en los países de menor ingreso relativo, que cubren a la población de estratos de ingreso bajo.

Gasto y financiamiento en salud

Un primer indicador para comparar los gastos en salud de los países es en términos del producto interno bruto. A este respecto, las economías de América Latina y el Caribe se comparan positivamente con el promedio mundial y se encuentran cercanas al de los países de alto ingreso de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (véase el cuadro III.2).⁵

Cuadro III.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DISTRIBUCIÓN Y NIVEL DEL GASTO EN SALUD, 2002

País	Gasto total (en porcentajes del PIB)	Gasto total per cápita (en dólares de paridad de poder adquisitivo)	Gasto público y seguro social per cápita (en dólares de paridad de poder adquisitivo)	Distribución del gasto total en salud (en porcentajes del gasto total en salud)				
				Gasto público (en porcentajes)	Seguro social (en porcentajes)	Gasto privado		
						Gasto privado total (en porcentajes)	Familias (en porcentajes)	Seguros y planes privados (en porcentajes)
Antigua y Barbuda	4,8	527	361		68,6	31,4	31,4	-
Argentina	8,9	956	480	21,7	28,5	49,8	31,1	15,5
Bahamas	6,9	1 074	522	47,6	1,0	51,4	20,7	30,1
Barbados	6,9	1 018	696		68,4	31,6	24,4	7,2
Belice	5,2	300	142	37,1	10,2	52,7	52,7	-
Bolivia	7	179	107	20,9	38,9	40,2	32,7	3,8
Brasil	7,9	611	280		45,9	54,1	34,7	19,4
Chile	5,8	642	290	28,4	16,7	54,9	26,7	28,2
Colombia	8,1	536	444	33,7	49,2	17,1	9,7	5,4
Costa Rica	9,3	743	486	11,2	54,2	34,6	34,3	0,3
Cuba	7,5	236	204		86,5	13,5	10,2	-
Dominica	6,4	310	221		71,3	28,7	28,7	-
Ecuador	4,8	197	71	23,3	12,7	64	56,6	1,5
El Salvador	8	372	166	24,8	19,9	55,3	51,9	3,4
Granada	5,7	465	330		71,0	29	29,0	-
Guatemala	4,8	199	94	20,7	26,8	52,5	45,3	2,7
Guyana	5,6	227	173		76,3	23,7	23,7	-
Haití	7,6	83	33		39,4	60,6	42,1	-
Honduras	6,2	156	80	42,3	8,9	48,8	41,7	3,6
Jamaica	6	234	134		57,4	42,6	26,3	13,8
México	6,1	550	247	15,3	29,6	55,1	52,1	3,0
Nicaragua	7,9	206	101	35,3	13,8	50,9	48,9	2,0
Panamá	8,9	576	413	38,9	32,8	28,3	23,1	5,2
Paraguay	8,4	343	131	26,6	11,5	61,9	54,8	7,1
Perú	4,4	226	113	28,5	21,4	50,1	39,8	8,6
Rep. Dominicana	6,1	295	107	29,0	7,4	63,6	56,1	0,3
Saint Kitts y Nevis	5,5	667	414		62,1	37,9	37,9	-
Santa Lucía	5	306	209	53,1	15,3	31,6	31,6	-
San Vicente y las Granadinas	5,9	340	223		65,5	34,5	34,5	-
Suriname	8,6	385	161	32,5	9,3	58,2	35,9	0,2
Trinidad y Tabago	3,7	428	160		37,3	62,7	53,8	4,7
Uruguay	10	805	234	13,4	15,6	71	17,8	53,3
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	4,9	272	128	32,5	14,4	53,1	46,3	2,2
Promedio de América Latina y el Caribe	6,6	438	241	40,8	13,9	45,3	36,8	7,4
Promedio mundial	6,2	640	436	45,2	13,0	41,9	34,6	4,0
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, países de altos ingresos	8,9	2 514	1 808		72,5	27,5	19,5	5,3

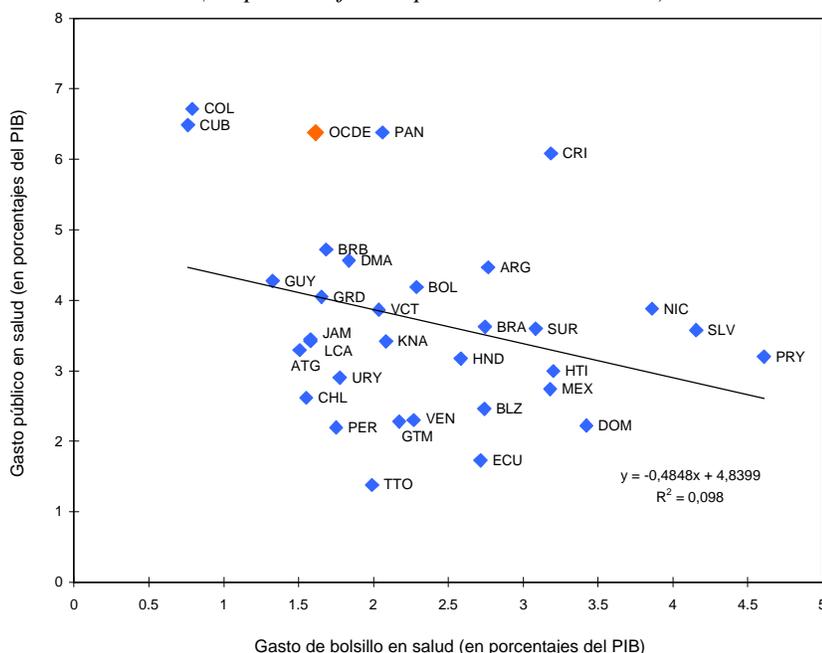
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo, 2005*, Washington, D.C., 2005.

⁵ En la medida que el gasto en salud contemple un creciente componente de bienes transables, la comparación del gasto relativa al producto interno bruto pierde precisión como indicador. Esto obedece a que los cambios en la relación de precios entre transables y no transables pueden afectar significativamente el volumen de recursos que los países tienen que asignar al financiamiento de bienes y servicios de la salud. Para un país, cuya moneda no es el dólar, una devaluación encarece el consumo de bienes importados y por lo tanto debe destinar más recursos para la compra de un volumen similar de este tipo de bienes. Esto es particularmente cierto para medicamentos, equipos e insumos médicos importados.

Sin embargo, cuando la comparación se hace utilizando el nivel de gasto per cápita, que indica el nivel absoluto de recursos que se destinan al sector, el correspondiente a la región es inferior al promedio mundial (438 y 640 dólares por habitante, respectivamente) y es muy inferior al de los países de alto ingreso de la OCDE (2.514 dólares).

Más aún, el relativamente escaso gasto en salud de la región es financiado en gran medida por las propias familias, a través del gasto de bolsillo. Mientras que en los países desarrollados el aporte familiar representa cerca del 20% del gasto total, en los países de la región esta cifra es del 37% y supera el 50% en varios países. Esto se liga en parte a los niveles de gasto del sistema público y de la seguridad social. Como se aprecia en el gráfico III.3, los países que registran un menor gasto social en salud tienden a presentar un gasto de bolsillo como proporción del PIB más elevado. Con contadas excepciones, los países de la región presentan un nivel de gasto público menor y un gasto de bolsillo mayor que los países de la OCDE de altos ingresos.

Gráfico III.3
GASTO PÚBLICO Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, 2002
(En porcentajes del producto interno bruto)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo, 2005*, Washington, D.C., 2005.

Nota: El gasto público consolida el del gobierno y el de la seguridad social. El dato de la OCDE corresponde al promedio no ponderado de los 24 países de alto ingreso pertenecientes a esa organización.

La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad (Titelman, 2000). De hecho, en el informe de la Organización Mundial de la Salud el grado de inequidad en materia de salud de los países se clasifica según la participación del gasto de bolsillo en el gasto total (OPS, 2002). Con este criterio y dado los guarismos anteriores, los sistemas de salud de la región aparecen como altamente inequitativos. La marcada inequidad inherente al elevado gasto de bolsillo también se refleja con claridad en la proporción del gasto familiar dedicado al consumo de bienes y servicios de salud, que tiende a ser más considerable en las familias de menores ingresos (véase el cuadro III.3). Este tipo de gasto también tiene un efecto importante en el empobrecimiento de los hogares, especialmente

en términos de los gastos extraordinariamente elevados o “catastróficos” que deben realizarse ante ciertas situaciones adversas (Knaul y otros, 2003). Asimismo, el gasto de bolsillo en salud es también inequitativo en términos de género: en cuatro países de la región, el correspondiente a las mujeres es entre un 16% y un 40% superior al de los hombres (Gómez, 2001). Por último, se destaca que los medicamentos constituyen el componente más importante del gasto en salud de los hogares. En virtud de este hecho y del elevado costo de ciertos tratamientos, en los países de la región se han desarrollado diversas estrategias para incrementar el acceso a los medicamentos, entre las que se destaca la utilización y promoción del uso de genéricos (véase el recuadro III.3).

Cuadro III.3
GASTO FAMILIAR EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL INGRESO FAMILIAR CORRIENTE
(En porcentajes, por quintil de ingreso del hogar)

	Quintil					Total	Q1/Q5
	Más pobre	2	3	4	Más rico		
Chile ^a	2,16	1,79	1,86	1,89	1,75	1,89	1,24
México ^b	4,22	3,17	2,71	2,91	2,82	3,17	1,50
Paraguay ^b	6,99	5,06	4,31	4,67	4,25	5,04	1,65

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de ingresos y gastos.

^a Representa los gastos en medicamentos y artículos auxiliares, como proporción del ingreso familiar.

^b Representa el cociente entre el gasto monetario en salud y el ingreso monetario total.

Recuadro III.3 **UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN AMÉRICA LATINA**

La Organización Mundial de la Salud reconoce que una política de medicamentos esenciales tiene importancia estratégica para garantizar el acceso y el uso racional de los productos farmacéuticos. En los países de la región se han adoptado diversas estrategias que reconocen la importancia de la utilización de genéricos para aumentar el acceso a las medicinas y lograr precios asequibles. Pueden citarse dos políticas que han tenido un efecto importante en la salud de la población.

La República Argentina impulsó una política de prescripción de medicamentos por su nombre genérico o denominación común internacional (DCI), que hace referencia al principio responsable por la acción terapéutica esperada. El objetivo de esta política es reducir la incidencia del gasto en salud de las familias con menor poder adquisitivo. Se trata —junto con el Programa Remediar, que brinda medicamentos ambulatorios de forma gratuita a pobres e indigentes— de una respuesta a la crisis económica del 2002, que además introduce un mayor grado de competencia por precio en el mercado farmacéutico. Aunque pueda también estimularse la creación de un mercado de genéricos de referencia, la incorporación de estos productos al mercado suele ser lenta. El fomento del uso de medicamentos ya existentes mediante el empleo de su nombre genérico es una medida muy costo-efectiva. Puede llevarse a la práctica mediante la prescripción directa por el nombre de la droga o permitiendo la sustitución de un producto por otro con el mismo principio activo por el farmacéutico. En un estudio se estimó que si en el 50% de las recetas en Argentina en el 2002 se hubiera optado por alternativas comerciales de menor precio, el ahorro hubiera sido cercano al 20% del gasto anual en medicamentos (Tobar, 2002).

Un segundo caso de utilización de medicamentos genéricos con amplias repercusiones es el de la lucha contra el VIH/SIDA en Brasil. A fines de los años noventa, el gobierno brasileño integró en su exitosa política de tratamiento universal a enfermos de VIH/SIDA la producción local de antirretrovirales y la importación de genéricos en el caso de medicamentos no producidos en el país. El resultado de esta iniciativa fue una sustancial reducción del precio de estas drogas, de 6.240 dólares estadounidenses anuales por paciente en 1997 a 1.336 en el 2004. Esta medida tuvo también importantes efectos en la salud pública, como la disminución de enfermos de SIDA hospitalizados y una menor incidencia de la tuberculosis en estos pacientes, entre otros. La política se funda en la promoción de la capacidad tecnológica local para la producción de antirretrovirales y en una negociación directa con las empresas farmacéuticas extranjeras para lograr reducciones de los precios de los medicamentos que se importan.

Fuente: Federico Tobar, “El uso de la farmacoeconomía y los desafíos de la regulación de medicamentos” [en línea] www.remediar.gov.ar, 2002; Brasil, Ministerio de Salud, “The sustainability of universal access to antiretroviral medicines in Brazil”, documento de divulgación preparado para la 157 reunión ordinaria del Consejo Nacional de Salud, Brasilia, 10 de agosto del 2005; Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina, *Política para la utilización de medicamentos por su nombre genérico*, documento de difusión, Buenos Aires, 2002.

Como se considera en este documento, la estructura de financiamiento del sistema de salud es un determinante clave desde la perspectiva de la equidad y la solidaridad. Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud. El gasto público en salud es progresivo, dado que los sectores más pobres reciben una proporción mayor de este (CEPAL, 2005a).⁶ Por el contrario, una mayor incidencia del financiamiento de bolsillo se traduce en una menor redistribución y más inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en lo que respecta a la prestación y financiamiento de la salud mayor sería, en principio, la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y la población que solo tenga acceso al sector público. No obstante, esto depende del grado de articulación entre la seguridad social y la prestación pública, así como del nivel de financiamiento del sector público.

Agenda de reformas: hacia una cobertura universal y garantizada de servicios de salud

Del análisis realizado en las páginas anteriores se desprenden elementos que permiten definir, independientemente de las especificidades nacionales, una serie de criterios que deben contemplarse en el diseño de las reformas del sector de la salud y en materia de políticas públicas de protección social en el área. En primer lugar, la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles, sumada al envejecimiento de la población, indica que los países tendrán que avanzar en el desarrollo de mecanismos para la cobertura de patologías más caras y complejas. En segundo término, la necesidad de enfrentar los problemas de exclusión social e inequidad en materia de salud lleva a definir políticas e instrumentos para progresar hacia la universalización de las coberturas. En tercer lugar, los cambios tecnológicos ocurridos en el sector de la salud, el constante aumento de los costos y el crecimiento proyectado de la demanda y de los requerimientos financieros, determinan que las mejoras en lo que respecta a la eficiencia y la contención de costos sean elementos centrales de las reformas y políticas de salud.

Para lograr una mejora en la cobertura efectiva de la población, las políticas de salud deben fortalecer y universalizar la cobertura de los riesgos, de modo que la necesidad de realizar gastos de bolsillo no sea un obstáculo para el acceso a los tratamientos requeridos.⁷ Ello obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos, la expansión de los sistemas de aseguramiento de cobertura universal y obligatoria y el fortalecimiento de la salud pública tradicional.⁸

De manera específica, la agenda de reformas que se propone para fortalecer y expandir el aseguramiento de los riesgos de salud incluye, de manera central, la integración del financiamiento de los sistemas para alcanzar niveles más elevados de solidaridad. En este documento se analizan en primer lugar las dificultades que supone la selección de riesgos para el funcionamiento de un sistema de aseguramiento y se plantea la necesidad de determinar de manera explícita las coberturas aseguradas. En segundo lugar, se estudian alternativas para lograr una mayor eficiencia (contención de costos), los mecanismos de compra apropiados y la regulación del sistema. Por último, se establece que la mejora efectiva de la cobertura de servicios de salud para toda la población requiere políticas de salud pública, entre las que se destacan la expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados, que incluya la compensación de brechas entre regiones.

⁶ Desde una perspectiva redistributiva, importa tanto el nivel del gasto como la eficiencia de este.

⁷ Un caso paradigmático es el de las enfermedades “catastróficas”, que suponen gastos elevadísimos cuyo financiamiento directo (en ausencia de mecanismos de aseguramiento adecuados) determina que un amplio espectro de la población no pueda acceder a los tratamientos o sufra un efecto financiero de tal magnitud que comprometa el consumo de los hogares de otros bienes y servicios básicos.

⁸ En la medida que los eventos en materia de salud son aleatorios y estadísticamente independientes, los esquemas de aseguramiento constituyen una forma eficiente de organización del financiamiento. Sin embargo, las asimetrías de información propias del sector, las dificultades que supone la medición de los riesgos y la necesidad de incorporar mecanismos de solidaridad hacen que la introducción de esquemas de seguros privados de riesgo sea más compleja que en otros sectores de la economía (Arrow, 1963; Atkinson y Stiglitz, 1980).

Políticas de aseguramiento

La organización del financiamiento sobre la base de esquemas de aseguramiento de carácter universal exige definir una serie de elementos. En primer lugar, debe establecerse cómo se interrelacionan las distintas fuentes de financiamiento (impuestos generales, cotizaciones a la seguridad social y gastos privados), dado que el grado de integración constituye el principal determinante de la solidaridad y la equidad de los sistemas de salud. En segundo lugar, deben explicitarse mecanismos o instrumentos que garanticen la solidaridad y eviten los problemas inherentes a la selección de riesgos. En tercer lugar, es necesario establecer también los criterios con que se determinan los beneficios que cubren los seguros de salud, sobre todo en relación con la universalización de la cobertura.

Integración de los sistemas y aseguramiento: hacia una solidaridad integrada

La solidaridad en materia de salud se manifiesta cuando el acceso a servicios de salud es independiente de los aportes al sistema y de la capacidad de pago de bolsillo de las personas. Para que ello ocurra, una parte de la población debe financiar una proporción (o la totalidad) de los costos de los servicios de salud que consume otro grupo. En la realidad de los sistemas de salud de la región, estas transferencias pueden provenir de los aportes fiscales destinados a los sistemas públicos y de las cotizaciones de los sistemas de seguridad social en el ámbito de la salud.⁹ Según el grado de integración de estos dos subsistemas, la solidaridad puede clasificarse como integrada o segmentada.¹⁰

Si bien los países de la región presentan diversas formas y grados de interrelación entre el financiamiento contributivo y no contributivo en salud, puede considerarse que una mayor integración entre la seguridad social y el sistema público permite mayores sinergias entre ambas, lo que mejora el financiamiento de la solidaridad y promueve una mayor equidad. Asimismo, la articulación entre la seguridad social y los sistemas públicos puede tener un efecto positivo en la eficiencia si la integración de los subsistemas trae aparejado un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y facilita la racionalización del uso de los recursos mediante mejoras en la gestión y administración de los subsistemas.

Sin embargo, debe reconocerse que en la mayoría de los países de la región los recursos tributarios son escasos y que los fondos provenientes de contribuciones a la seguridad social en el campo de la salud son importantes fuentes de financiamiento. Por lo tanto, en muchos casos resulta imprudente (o poco realista) plantear la eliminación del financiamiento contributivo a corto plazo y su sustitución por fuentes financieras difíciles de recabar. El objetivo primordial es lograr un sistema de salud equitativo con financiamiento solidario. Esto puede lograrse sobre la base de un financiamiento proveniente fundamentalmente de rentas generales o mediante una adecuada articulación de estas con cotizaciones a la seguridad social.

Como se aprecia en el cuadro III.4, en la región existe una diversidad de mecanismos institucionales. Puede diferenciarse el financiamiento de las prestaciones públicas sobre la base de rentas generales exclusivamente (o tipo 1, que corresponde al caso principalmente de los países del Caribe y Brasil), los sistemas con algún grado de integración entre el financiamiento contributivo y el del presupuesto general (tipo 2) y los que carecen de articulación a este respecto (tipo 3).

⁹ En algunos países de la región, como por ejemplo Haití, también ha cobrado creciente importancia el financiamiento mediante donaciones externas.

¹⁰ En este capítulo se prioriza el análisis de la integración del financiamiento de la salud en los sectores públicos y de seguridad social. Sin embargo, debe destacarse que en algunos países de la región el sector de seguridad social no es monolítico y existe también una fragmentación entre sus distintos agentes, lo cual plantea un desafío particular. Cabe notar que existen dos conceptos de solidaridad: de riesgos y de ingresos. De acuerdo con el primero, dos personas con un mismo nivel de ingreso pero con distintos niveles de riesgo contribuyen con la misma cantidad de recursos al financiamiento del sistema, pero la persona de mayor riesgo recibe, llegado el caso, un mayor nivel de servicios. De acuerdo con el segundo, dado un mismo nivel de riesgo, dos personas con distintos ingresos reciben un mismo nivel de servicios pero contribuyen en función de sus ingresos.

Cuadro III.4
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INTERACCIÓN ENTRE FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y
 COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SECTOR DE LA SALUD**

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: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Nota: En todos los países, con la excepción de Cuba, existe un subsector privado que también presta servicios de salud.

^a En Haití no existe prácticamente el seguro social y la prestación y el financiamiento provienen fundamentalmente del sector público y de organizaciones no gubernamentales.

^b Las reformas de los últimos años han fomentado una mayor participación y cobertura del sistema público.

^c Tanto Antigua y Barbuda como República Dominicana se encuentran en un período de transición, aplicando reformas de salud con vistas a una mayor integración del financiamiento.

A los efectos de este documento, resulta interesante revisar las fortalezas y debilidades de las reformas recientes orientadas a integrar el financiamiento público con el de la seguridad social, ya sea completamente (como en Brasil) o mediante modalidades alternativas de articulación entre el financiamiento contributivo y no contributivo (los ejemplos pertenecientes al tipo 2). Debe destacarse que las diferentes estrategias de reforma reflejan tanto la heterogeneidad como la importancia de los puntos de partida de cada país: la especificidad de cada sistema de salud y su inserción institucional resultan en diferentes restricciones y prioridades que las políticas de reforma deben tomar en cuenta.

Tipo 1: Sistema integrado a partir de financiamiento no contributivo

Más allá de los sistemas de salud de la mayoría de los países del Caribe, integrados por razones históricas (véase el recuadro III.4), el caso de Brasil representa un ejemplo reciente de la manera en que un proceso de reforma facilita un financiamiento no contributivo del sistema de salud. De acuerdo con la Constitución de 1988, el derecho de los trabajadores a la seguridad social se transformó en un derecho universal e integral a la salud. A partir de entonces, en Brasil se procedió a la creación de un sistema de salud público único, financiado mediante rentas generales.¹¹ El nuevo sistema único de salud (SUS) integró los distintos esquemas de seguros sociales (con excepción de los regímenes de las fuerzas armadas y de policía), de manera que el sistema brasileño se compone solo de dos subsectores: público y privado (véase el recuadro III.5).

¹¹ En el marco de las rentas generales se han creado impuestos específicos para el financiamiento de la seguridad social.

Recuadro III.4

SISTEMAS INTEGRADOS DE ORIGEN: LA SALUD EN EL CARIBE

Por razones históricas como la herencia colonial en los países de habla inglesa o razones de escala, en la subregión del Caribe predomina un sector público verticalmente integrado, mientras que el sector privado asegura o presta servicios a una fracción relativamente pequeña de la población (el caso cubano puede considerarse una variante de este tipo en la que la prestación es exclusivamente pública).

En términos generales, el sector público es el principal encargado de la prestación de servicios, la regulación y el financiamiento del sector de la salud, sin una separación explícita de las funciones de compra, aseguramiento y prestación de servicios. Este es el caso de todos los países del Caribe a excepción de República Dominicana. El financiamiento del sistema público es fundamentalmente no contributivo y se basa en la asignación presupuestaria y, en algunos casos, en impuestos específicos.

Por su parte, el sector privado sirve generalmente de apoyo para la prestación de servicios de salud y la captación de fondos. En algunos países, este sector es aún incipiente mientras que en otros ha registrado un marcado crecimiento (Cercone, 2005).

La creciente importancia de los seguros y proveedores privados, el alto (y cada vez mayor) nivel del gasto de bolsillo en salud y los efectos del aumento de los costos del sistema público determinan que la subregión (con la excepción de Cuba) esté tendiendo a un modelo en el que los más ricos se atienden en el extranjero, la población de ingreso medio recurre a seguros o a servicios privados y los más pobres solo cuentan con el sistema público (CCHD, 2006). Revertir esta tendencia y poner en práctica los mecanismos adecuados para contener los costos crecientes de los sistemas constituyen los mayores desafíos que enfrentan los países del Caribe en términos de equidad y acceso a servicios de salud.

Dado que en los países del Caribe se prevé un importante incremento de los costos en el futuro, fundamentalmente como consecuencia de la creciente importancia de las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y el VIH/SIDA (OPS, 2005b), se han formulado varias propuestas de reforma tendientes a integrar el sistema mediante el establecimiento de seguros nacionales de salud, con el fin de encontrar fuentes alternativas de financiamiento y lograr una administración más eficiente. Bahamas, Belice, Jamaica, Trinidad y Tabago, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, entre otros países, se encuentran en las etapas preliminares de debate o introducción de distintas modalidades de seguros nacionales de salud (CCHD, 2006).

Los países de la subregión están en una posición ventajosa para una reforma de este tipo, ya que por sus particularidades históricas cuentan con sistemas públicos relativamente fuertes y no enfrentan problemas de segmentación financiera entre estos y la seguridad social. Estos seguros podrían financiarse ya sea mediante rentas generales o con la instauración de cotizaciones específicas de empleados empleadores o ambos, pero evitando que ello derive en la creación de un seguro social independiente del sector público, con la consiguiente segmentación del sistema.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Recuadro III.5

PRESTACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN BRASIL

El Estado ofrece una cobertura universal y gratuita a toda la población a cargo del Sistema Único de Salud (SUS). Esta tiene como objetivo la equidad en la distribución de recursos públicos, lo que se refleja en que la mayor parte de la población (pero especialmente los estratos más pobres) utiliza los servicios del SUS. De acuerdo con estimaciones citadas por Medici (2002), un 40% de la población lo utiliza de manera exclusiva y un 44% de manera complementaria, aunque el sistema único representa solo una tercera parte del gasto total en salud. Los servicios están a cargo de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, y una parte importante de las unidades del SUS subcontrata servicios con el subsector privado. En este sentido, se observa un proceso de descentralización gradual. La participación del gobierno federal en el financiamiento de la salud pública se redujo del 73% al 54% entre 1985 y 1996, mientras que la participación de los municipios creció del 9% al 18%. En el 2003, el financiamiento federal del sistema único de salud fue del 50,7%, con una participación de los estados del 22,8% y de los municipios del 26,5%.

Los empleados públicos constituyen un caso especial, dado que reciben una asignación con la cual contratan seguros privados, aunque no pierden su derecho a atenderse en el sistema único de salud. Asimismo, las fuerzas armadas y la policía están cubiertas por sus propios programas, que no pertenecen al SUS.

El recurso al subsector privado es de carácter voluntario. Este desempeña una función complementaria y está regulado y controlado por el gobierno federal. Lo utilizan los estratos de mediano y alto ingreso, que están asegurados de manera adicional en prepagas, cooperativas médicas o seguros de reembolso. Asimismo, las grandes empresas suelen ofrecer planes de salud, en general subcontratados a aseguradoras privadas. No obstante, una proporción importante de la población con seguro privado utiliza los servicios del SUS, especialmente en los casos complejos y costosos.

Fuente: A. Medici, *Financing Health Policies in Brazil. Achievements, Challenges and Proposals*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 2002 y Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Brasil: O perfil do sistema de serviços de saúde", *Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., 2005.

Aunque una reforma de este tipo requiere una importante capacidad tributaria (debe resaltarse que Brasil tiene la mayor recaudación con respecto al PIB en la región), la iniciativa del Sistema Único de Salud (SUS) es un ejemplo de articulación de los sectores público y de seguridad social, en el que el primero virtualmente absorbió al segundo, lo que universalizó la cobertura de la salud pública.¹² De esta manera, se favoreció, sobre la base del financiamiento, la integración de la salud con mayor equidad.

Tipo 2A: Sistema integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social

El caso de Costa Rica representa otro ejemplo de integración del subsistema público y de la seguridad social. Sin embargo, a diferencia de Brasil, en Costa Rica se mantuvieron las cotizaciones laborales a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que recibe asimismo aportes fiscales para cubrir a quienes no tienen capacidad contributiva. En la actualidad, la Caja es la principal institución del sistema de salud; brinda servicios de diversa complejidad y, a partir de 1995, absorbió también la atención primaria.

La Caja funciona con una lógica de seguro y brinda una cobertura uniforme a todos los afiliados. La participación del Estado en el financiamiento se da fundamentalmente en tres niveles. En primer lugar, el Estado complementa (con un aporte relativamente menor) la cotización que realizan los empleados y los empleadores. En segundo lugar, el Estado cubre cerca del 50% de la contribución de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios, asumiendo parcialmente la cotización patronal.¹³ En tercer lugar, el Estado cubre el 100% de la cotización correspondiente a los más pobres, que no tienen capacidad contributiva.¹⁴

La integración de los diferentes grupos de ingreso —que utilizan las mismas instalaciones y reciben igual nivel de servicios— ha sido el principal eje del éxito de la política de salud de Costa Rica. Sin embargo, en la última década se ha afianzado la tendencia a que las personas de mayores recursos utilicen más los servicios privados de consulta primaria y especializada que los servicios públicos. Si bien este grupo mantiene su cotización al seguro social, de modo que este fenómeno no afecta a la solidaridad del sistema, se crean incentivos a la evasión de contribuciones (Rodríguez, 2005b).

Aunque Costa Rica constituye un caso interesante de integración del financiamiento público y de la seguridad social en un esquema de seguro relativamente simple, otras reformas en la región han optado por integrar sus sistemas mediante mecanismos más exigentes en términos institucionales.

Tipo 2B: Sistema integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo

La reforma de salud de Colombia representa un caso en el cual se mantiene una importante participación del financiamiento contributivo junto con los recursos tributarios tradicionales, y en el que la articulación se plantea mediante mecanismos explícitos de solidaridad.¹⁵

¹² Cabe destacar que, dada la gravísima crisis de financiamiento del sistema de pensiones, las contribuciones sobre la nómina salarial hasta entonces destinadas a la salud se reorientaron a la previsión social, mientras que recursos tributarios que de otra manera deberían haberse destinado al sistema de pensiones se destinaron al sistema único de salud.

¹³ El subsidio otorgado por el Estado para el aseguramiento de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios no depende de su nivel de ingreso, lo que plantea un problema de inequidad, sobre todo en el caso de los profesionales independientes que tendrían suficiente capacidad de pago como para hacerse cargo de la cuota obrera y la patronal. Asimismo, constituye un incentivo para que muchos empleadores prefieran que sus trabajadores figuren como trabajadores independientes, pues ello les ahorra la cuota patronal (Rodríguez, 2005b).

¹⁴ Además de los ingresos por cuotas, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene una serie de rentas, como ingresos por la venta de lotería y la venta de servicios de salud a la población no asegurada. Sin embargo, estos últimos ingresos son marginales y no reflejan la verdadera magnitud del gasto que representa para la institución la población no asegurada.

¹⁵ El “Medical Benefits Scheme” de Antigua y Barbuda, que cubría exclusivamente a los cotizantes, se reformó recientemente para cubrir también a las personas que sufren una serie de patologías, independientemente de sus aportes (CCHD, 2006). En República Dominicana, por su parte, la reforma estipula la universalidad de la cobertura y la creación de tres regímenes: i) el contributivo (para los trabajadores asalariados); ii) el contributivo-subsidiado (para trabajadores independientes con ingresos mayores al salario

La reforma, iniciada en 1993, representa uno de los esfuerzos más complejos en la región para avanzar hacia la universalización de la cobertura mediante esquemas de aseguramiento. Corresponde al reemplazo de los antiguos subsectores de la seguridad social y sistema público por tres regímenes: uno contributivo, para empleados e independientes con ingresos superiores a dos salarios mínimos; otro subsidiado, orientado a trabajadores informales e independientes de bajos ingresos, y un tercero transitorio, el de los vinculados, creado para atender durante la etapa de transición a quienes aún no se hubieran afiliado al régimen subsidiado (véanse detalles de la reforma en el recuadro III.6).

Recuadro III.6 LA REFORMA COLOMBIANA

La reforma de salud en Colombia introdujo dos regímenes (contributivo y subsidiado) y una situación transitoria (el grupo de los vinculados). Debe destacarse, sin embargo, que los miembros de las fuerzas armadas, los educadores y los trabajadores de la empresa estatal de petróleos quedaron excluidos del nuevo régimen y siguen cubiertos por los esquemas que poseían antes de la reforma.

El régimen contributivo cubre obligatoriamente a los trabajadores del sector formal, tanto dependientes como independientes, que ganan más de dos salarios mínimos y que pagan cotizaciones; la cobertura incluye también a sus familiares dependientes y a los pensionados. El régimen contributivo se estructura sobre la base de Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de impulsar y efectuar el aseguramiento, así como de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud del plan obligatorio. Todo trabajador colombiano (dependiente o no) está obligado a afiliarse a una de estas entidades, a la que aporta el 12% de sus ingresos laborales si es trabajador independiente. Si es empleado dependiente, la cotización de un 12% se comparte con el empleador, quien debe aportar dos terceras partes. Las cotizaciones recaudadas se pueden descomponer en tres categorías: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del régimen subsidiado, ii) el valor de las unidades de pagos capitadas del trabajador y su familia, que van a las EPS y iii) una proporción para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Los excedentes que se puedan generar al restar de la contribución los pagos señalados se suman al 1% de la cotización que va directamente al fondo de solidaridad y garantía, que los redistribuye a través de los mecanismos de solidaridad con el régimen subsidiado y de compensación de riesgo en el régimen contributivo. Estos dos mecanismos son fundamentales para lograr un financiamiento mancomunado y articular el financiamiento solidario.

El régimen subsidiado cubre a la población de escasos recursos que no tiene capacidad contributiva, como trabajadores informales e independientes que ganan menos de dos salarios mínimos y desempleados, así como a sus familiares, mediante transferencias del régimen contributivo y de la nación, los departamentos y municipios. Los municipios aplican un sistema de identificación (SISBEN) para evaluar las condiciones de vida y variables sociodemográficas de los posibles beneficiarios para afiliarlos al régimen. Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) reciben del fondo solidario una unidad de pago por capitación subsidiada (UPCS), con la cual deben brindar a sus afiliados los beneficios previstos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS). Al inicio de la reforma, estos equivalían como mínimo al 50% del plan obligatorio del régimen contributivo, lo que establecía una clara diferencia entre los servicios mínimos cubiertos en ambos subsectores. Los servicios que en un principio no cubre el plan obligatorio de salud subsidiado deben ser garantizados por los hospitales públicos.

Si bien la cobertura aumentó significativamente a partir de la reforma, producto de la extensión del aseguramiento a las familias de los afiliados, no se logró alcanzar las metas de cobertura universal que se esperaba alcanzar en 2000-2001. Entre los factores que explican esta falta de cumplimiento se destacan la demora hasta 1996 de la entrada en operación del régimen subsidiado, la evasión, morosidad y subdeclaración de ingresos en el régimen contributivo y un gasto público insuficiente. Estos factores han debilitado la capacidad financiera del sistema para expandir la afiliación entre los pobres. Asimismo, el sistema de información (SISBEN) ha tenido algunos problemas. De hecho el estado de necesidad es muy difícil de evaluar, lo que dificulta la identificación de los posibles beneficiarios. Por último, cabe observar que se pusieron demasiadas expectativas en la evolución del mercado laboral, esto es, se previó una cantidad muy elevada de afiliaciones de trabajadores independientes, que no tuvo lugar.

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

mínimo), y iii) el subsidiado (orientado a trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo, desempleados, discapacitados e indigentes). Véase Mesa-Lago (2005) para más detalles.

En el marco de la reforma, se unificaron las cotizaciones obligatorias y los planes de beneficios en cada subsistema (con mayor cobertura de servicios de salud en el caso del régimen contributivo), se estableció la obligatoriedad de la afiliación y se amplió la cobertura con servicios de salud integrales a la familia del trabajador. Junto al establecimiento de un plan obligatorio de salud para el régimen contributivo y otro para el régimen subsidiado, cuyos costos se reflejan en una unidad de pago por capitación, ajustada por riesgo, se definió un plan de atención básica financiado con recursos estatales, gratuito para toda la población, que tiene como finalidad cubrir las actividades de salud pública y de interés comunitario de promoción de la salud y control y prevención de enfermedades.

La articulación del financiamiento contributivo y no contributivo, así como el financiamiento del componente solidario, recayó en un nuevo Fondo de solidaridad y garantía. Este incluye cuatro subcuentas: de compensación (solidaridad) interna del régimen contributivo; de solidaridad con el régimen subsidiado; de promoción y prevención de salud, y de accidentes de tránsito, atentados terroristas y catástrofes naturales. Asimismo, la reforma creó nuevas fuentes de recursos, a través de impuestos específicos y la participación en ingresos petroleros.

Un modelo de reforma como el colombiano requiere una gran capacidad institucional para regular la competencia y garantizar el funcionamiento de los mecanismos de solidaridad y de ajuste de riesgo. Aunque no está exento de problemas, este caso representa un ejemplo de iniciativa en la que se procura conciliar el objetivo de equidad en el acceso a la salud con un sistema de aseguramiento explícito.

Tipo 2C: Modelo dual con integración parcial

El caso de Chile es diferente a los anteriores y constituye otra modalidad de articulación entre el sistema público y la seguridad social, que debe entenderse como de carácter dual y parcial. Una de las principales características de la reforma iniciada a partir de 1981 radicó en la segmentación, en tanto las cotizaciones obligatorias de salud pueden dirigirse alternativamente hacia dos sistemas de seguros de salud, que funcionan de manera paralela y con lógicas muy distintas. Los cotizantes pueden escoger entre el Fondo Nacional de Salud (FONASA), una suerte de seguro público de salud, o los seguros privados de salud ofrecidos por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), esto es, aseguradoras privadas de salud en el ámbito de la seguridad social. Si el pago de la cotización obligatoria (7% del salario) se destina al FONASA, el cotizante y sus dependientes quedan adscritos al sistema público de salud. En caso de optar por canalizar el pago hacia las ISAPRE, pasa a formar parte del sistema de seguridad social de salud administrado por privados y quedan cubiertos por los planes de salud que estas ofrecen según el riesgo y recursos de los afiliados. Los planes definen los grados de cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado en forma individual o para este y su grupo familiar (cónyuge, hijos y otros miembros), sin que exista integración del financiamiento en el subsistema.

La articulación del financiamiento del sistema público y la seguridad social se da solo en el ámbito del FONASA, que se financia por medio de las cotizaciones de los afiliados que optan por sus servicios y de los aportes fiscales provenientes de rentas generales (en el caso de quienes carecen de capacidad contributiva). En la medida en que en el FONASA el financiamiento está mancomunado y el acceso a los beneficios es independiente de los aportes, la solidaridad directa entre cotizantes y no cotizantes queda circunscrita a esta institución. En el año 2000 se estimaba que alrededor del 35% de las cotizaciones de los miembros de mayor ingreso del FONASA se destinaban al financiamiento de los servicios que recibían los no cotizantes (Bitrán, 2000). Por lo tanto, en este subsector se da la solidaridad de riesgo y de ingreso.

A pesar de la solidaridad de ingreso en el ámbito del FONASA, la dualidad del sistema y el carácter individual del aseguramiento en las ISAPRE determinan obstáculos, tanto en lo que respecta a la integración plena del financiamiento como en materia de equidad. En efecto, debe destacarse que las personas de mayor ingreso tienden a estar afiliadas al sistema ISAPRE,

especialmente en la etapa del ciclo vital en la que presentan un riesgo de salud relativamente bajo, de modo que tienen una contribución elevada y un riesgo bajo pero no participan de mecanismos de solidaridad contributiva.

Tipo 3: Sistemas no integrados

Por último, existe un grupo numeroso y heterogéneo de sistemas con baja o nula articulación entre el financiamiento público y la seguridad social. Estos países, que corresponden al tipo 3 del cuadro III.4, presentan como rasgo característico la convivencia de sistemas de seguridad social bastante fragmentados con una multiplicidad de instituciones sin mecanismos de coordinación y escasa presencia de financiamiento solidario. Según el caso, los sectores públicos brindan cobertura con diverso grado de accesibilidad y calidad. A pesar de numerosos intentos de integración, no se han logrado avances sustantivos en términos sistémicos, pero existe una serie de iniciativas puntuales a tal efecto (en el recuadro III.7 se presenta un ejemplo de iniciativas de este tipo en México).

Recuadro III.7

EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN MÉXICO: SEGUROS VOLUNTARIOS SUBSIDIADOS PARA NO COTIZANTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

En México se han desarrollado múltiples programas públicos de salud orientados a los pobres, entre los que se destaca el IMSS-Oportunidades (que se analiza en detalle en el capítulo V). Estos programas se concentraron, en general, en la prestación de servicios y la atención primaria. El Seguro Popular de Salud (SPS), presenta rasgos innovadores con respecto a iniciativas anteriores, tanto por el énfasis en el subsidio a la demanda como por su financiamiento.

Una innovación del programa es la introducción de subsidios a la demanda para la población más pobre: los programas del ministerio federal se caracterizaron en general por los subsidios a la oferta. El Seguro Popular de Salud está adscrito al ministerio federal en cooperación con los estados; está destinado a la población pobre, y comprende un paquete de prestaciones gratuito (que ha aumentado gradualmente de 78 a 91 tipos de prestaciones). Por este medio se cubría a 2 millones de personas en el 2004 (2% de la población) y se aspira a cubrir al 10% de la población en el 2010. El SPS no discrimina por riesgo ni por enfermedades preexistentes como en otros seguros públicos voluntarios. Un objetivo clave del programa es reducir el pago de bolsillo, que constituye un 52% del gasto total de salud y tiene un efecto desastroso en las familias más pobres. Los dos quintiles de menor ingreso, que constituyen un 94% de las personas cubiertas por el seguro, reciben gratuitamente el paquete, de cuyo gasto total en el 2002 un 40% correspondió a medicamentos y un 27% a servicios preventivos y curativos.

En cuanto a su financiamiento, el 94% de los beneficiarios está exento de pago porque se encuentran en los dos quintiles de ingreso más pobre; el restante un 6% aporta una cuota según su nivel socioeconómico. En el 2004, un 68% del financiamiento correspondía al gobierno federal, un 29% a los estados (con gran diversidad entre ellos) y un 3% a los beneficiarios. Debido a las dificultades políticas que supone la modificación de la asignación de fondos de rubros presupuestarios históricos, los nuevos subsidios a la demanda provienen de fondos federales “frescos” añadidos para el seguro: de los recursos que aporta el gobierno federal, el 39% corresponde a nuevas transferencias y el 29% a fondos que los estados ya recibían.

El SPS cuenta con el respaldo de los beneficiarios y se estima que ha tenido un efecto positivo en la equidad y reducido el gasto de bolsillo de los pobres un 25%, sobre todo en medicamentos. Sin embargo, enfrenta aún ciertos desafíos: para operar, se requiere que el área a cubrir cuente con un mínimo de infraestructura, por lo que llegar a poblaciones de difícil acceso plantea serios obstáculos; existen importantes divergencias socioeconómicas y culturales en la población objetivo, y por último, para cumplir con sus metas de cobertura y para enfrentar los costos crecientes inherentes al envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico, el aumento de la demanda de los usuarios y la ampliación del paquete, la sostenibilidad financiera del SPS requiere una importante y creciente inversión en el futuro.

Fuente: G. Nigenda, “El seguro popular de salud en México: desarrollo y retos para el futuro”, *Nota técnica de salud*, N° 2/2005, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2005 y C. Mesa-Lago, “Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Aseguramiento y selección de riesgos

La introducción de esquemas de aseguramiento basados en seguros de riesgo puede crear, dependiendo del marco regulatorio y las reglas para definir las cotizaciones, grandes incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras. Estas prácticas pueden afectar significativamente la equidad y eficiencia del sistema, así como la posibilidad de garantizar un paquete de salud universal y uniforme. Para reducir los incentivos a seleccionar (“descremar”) riesgos es importante que el costo de la prima de seguros no se determine sobre la base de los riesgos individuales de los individuos sino en función del riesgo de la población. Además, deben aplicarse mecanismos de ajuste de riesgos, que consisten en transferencias cruzadas acordes a la estructura de riesgos de cada aseguradora, reguladas por un órgano central. Las correcciones más frecuentemente practicadas se refieren a los diferenciales de ingresos, sexo y edad, de modo que su introducción involucraría una mejora de la solidaridad entre sectores sociales, géneros y grupos etarios.

En Colombia, las dificultades para expandir la cobertura se han visto potenciadas por los incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras de los regímenes contributivos y subsidiados. Este tipo de comportamiento se ha dado a pesar de la aplicación de medidas, entre las que se cuentan el ajuste de las unidades de pago por capitación por grupos de edad y sexo de la población y el ajuste del valor de las unidades de pago por localización geográfica del afiliado y de los beneficiarios, a fin de cubrir los mayores costos en zonas remotas y de conflicto armado y permitir a las aseguradoras el cobro de copagos y cuotas moderadoras para racionalizar la utilización de los servicios. Los incentivos al “descreme” de la población se originan en las diferencias entre los planes obligatorios del régimen contributivo y el subsidiado por una parte y la existencia de una población pobre no afiliada a ninguno de los dos regímenes (vinculados), que puede acceder a los servicios de salud a través de los hospitales públicos financiados por rentas generales (Mora, 2000).

En Chile, la propuesta pública para continuar el proceso de reforma que dio origen a los cambios iniciados en el 2003 intentaba mejorar la agregación del riesgo de la población en salud mediante la introducción de un mecanismo de ajuste de riesgos. Este fondo intentaba vincular financieramente al conjunto de la seguridad social (ISAPRE más los cotizantes de FONASA) con el sector público, para evitar los problemas de selección de riesgos e ineficiencia, así como para introducir más solidaridad en el sistema (véase el recuadro III.8).

En Argentina se encuentra en proceso de elaboración la introducción de correcciones por riesgo por edad y sexo en los subsidios, para cubrir el Plan médico obligatorio de los beneficiarios de menores ingresos del sistema de seguridad social (las obras sociales). El avance sería progresivo en la medida en que los recursos disponibles alcancen a cubrir los diferentes riesgos. Dado que el país cuenta con un programa específico para la población de mayor edad, el ajuste reviste mayor importancia en virtud de la selección de riesgos entre la población activa.

Recuadro III.8 “DESCREME” Y SELECCIÓN DE RIESGOS EN CHILE

Cuando se observa la distribución de la población entre el subsector público y privado según ingresos y edad, se aprecia que en los primeros cuatro quintiles de la distribución de ingresos la mayoría de las personas están afiliados al sistema público. Solo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población) se aprecia una mayor participación del sistema ISAPRE, una tendencia que se mantuvo a lo largo de la década de 1990. De la distribución por edades se desprende que las personas de mayor edad tienden a concentrarse mayoritariamente en el FONASA. Aún en el segmento del 20% más rico de la población, a partir de los cincuenta años la mayoría de los afiliados se encuentran en el FONASA.

En la medida en que las personas de mayor edad reflejen mayores riesgos médicos, la lógica de los seguros privados tenderá a hacer que las compañías de seguros discriminen contra este tipo de asegurados, ya sea mediante precios o la reducción de los niveles de cobertura. La discriminación de riesgos no solo afecta a personas de tercera edad sino también a cualquier persona que presente mayores probabilidades de enfermedad, lo que acontece con los enfermos crónicos y las personas de menores ingresos. Este tipo de personas representan “malos riesgos” del punto de vista de los seguros privados. En este sentido, las ISAPRE, al actuar como agencias aseguradoras de riesgo en un mercado altamente desregulado, tienden a mostrar un comportamiento que favorece la discriminación del riesgo. La existencia de un seguro solidario como el FONASA, que actúa como asegurador de última instancia, unido a la capacidad de las ISAPRE para discriminar riesgos han llevado a que en el modelo chileno el acceso a los servicios de salud esté determinado por los niveles de ingreso y probabilidad de enfermedad de las personas. En este contexto, el FONASA tiende a concentrar a las personas de menores ingresos y mayores riesgos médicos, mientras que las ISAPRE atraen a las personas de altos ingresos y bajos riesgos médicos. Esta segmentación de la población es resultado de la combinación de sistemas público y privado vigente en Chile y tiene consecuencias negativas en la equidad del sistema. Para disminuir el problema de selección de riesgos se propuso la creación de un fondo de ajustes de riesgos, que distribuyera recursos entre ISAPRES y FONASA de acuerdo con la cartera de riesgos de estas aseguradoras. Sin embargo, dinámicas políticas impidieron la aprobación de esta medida, por lo que la solidaridad directa entre cotizantes y no cotizantes sigue circunscrita al FONASA.

Grupos de edad	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3			Quintil 4			Quintil 5		
	Sector público	ISAPRE	Resto												
0 - 20	92,2	1,6	6,2	85,8	6,6	7,7	73,5	15,2	11,4	53,8	32,0	14,3	26,2	61,6	12,2
21 - 50	89,0	1,7	9,3	82,6	6,2	11,2	72,5	12,9	14,7	55,3	26,8	17,9	31,1	52,1	16,8
51 - 64	91,6	1,1	7,3	90,7	2,3	7,0	82,4	6,5	11,1	70,6	14,1	15,3	44,5	40,6	14,9
65 y más	93,2	0,8	6,0	93,7	1,0	5,3	90,2	1,7	8,1	82,2	5,6	12,2	58,7	22,0	19,3
Total	91,0	1,6	7,5	85,5	5,6	8,9	75,7	11,8	12,5	59,8	24,4	15,9	34,6	49,9	15,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Definición de coberturas explícitas

Prácticamente todas las legislaciones nacionales de los países de América Latina y el Caribe establecen el derecho a la salud universal de su población. En ausencia de compromisos garantizados y del financiamiento público adecuado, estos derechos son difícilmente exigibles y suelen racionalizarse mediante listas de atención de duración incierta y criterios de jerarquización de patologías poco transparentes.

Un instrumento para promover la exigibilidad de los derechos y enfrentar los problemas de financiamiento e inequidad de la cobertura es la definición de paquetes de garantías explícitas universales y exigibles (véase el cuadro III.5). Estos paquetes o planes mínimos obligatorios de prestaciones deben ofrecerse a toda la población, de manera independiente de su riesgo e ingreso. El criterio para definir las prestaciones que deben contemplarse por medio de este tipo de instrumento debe responder a las necesidades sanitarias del conjunto de la población. En casos como el de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile, el plan de beneficios garantizados ha servido para fijar prioridades y dirigir recursos a las patologías de mayor prevalencia, mortalidad y morbilidad. En otros casos, y en especial en las iniciativas desarrolladas en el istmo centroamericano, el objetivo de los paquetes básicos y las garantías de prestaciones ha sido establecer el acceso a servicios de atención primaria para segmentos excluidos de la población y reducir los rezagos epidemiológicos (Sojo, 2005).

Cuadro III.5
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PAQUETES DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS
 UNIVERSALES, 2003-2004**

País	Paquete básico de prestaciones	Enfermedades “catastróficas”
Argentina	Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)	Sí
Bolivia	Seguro Básico de Salud (SBS)	No
Brasil	Plan de atención básica (PAB)	Sí
Colombia	Plan Obligatorio de Salud (POS), Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)	Sí
Costa Rica		Sí
Cuba		Sí
Chile	Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Sí
Ecuador (proyecto del 2003)		No
Guatemala	Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS), limitado	No
Haití (proyecto del 2004)		No
México	Seguro Popular de Salud (SPS), parcial	Parcial
Nicaragua	Muy limitado	No
Panamá	Limitado	Parcial
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS), parcial	No
República Dominicana	Plan Básico de Salud (PBS), parcial	Parcial
Uruguay	No definido	Sí

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, “Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

La determinación del paquete de beneficios garantizados es un elemento que provoca una gran controversia política y técnica, pero capital para el funcionamiento de un sistema de aseguramiento y estrechamente ligado a las necesidades de financiamiento. La determinación de un subconjunto de prestaciones que deben cubrirse y garantizarse a toda la población no es fácil. De hecho, entraña una serie de consideraciones sobre los derechos de los ciudadanos y dilemas éticos relativos a la protección de la salud. En términos generales, concita un amplio debate social, que involucra a una gran diversidad de factores éticos, políticos, culturales, médicos y económicos.

La definición de un conjunto de prestaciones exigibles constituye un instrumento útil para facilitar el aseguramiento, en tanto explicita el conjunto de beneficios a financiar y ayuda a determinar los precios de las prestaciones. Pero más allá de un instrumento de organización, que refleja una restricción presupuestaria, el objetivo de definir un conjunto de derechos universales y garantizados no es reducir los niveles de cobertura de las personas sino garantizar un nivel de cobertura de servicios de salud exigible y, en principio, igual para todos. Estos paquetes no deben concebirse de manera estática, sino como un instrumento de jerarquización, cuya cobertura debe expandirse progresivamente. Por último, el establecimiento de prioridades sanitarias no debe desplazar el tratamiento de las patologías no incluidas, esto es, debe garantizarse que la cobertura del paquete no absorba el total de la capacidad del sistema público.

Cuando una sociedad fija un paquete de prestaciones a las cuales todos los ciudadanos tienen derecho a acceder, y que es efectivamente exigible por las personas, surge automáticamente una obligación financiera que se prolonga en el tiempo. En la medida en que se financia con cotizaciones y aportes generales, la exigibilidad de beneficios determina la creación de pasivos contingentes para el sector público. Esto es, al fijar un derecho social exigible, el Estado tiene la obligación de garantizar

ese derecho, lo que equivale a la obligatoriedad de financiarlo y a la existencia de instancias legales para hacer valer su exigibilidad. Para financiar pasivos contingentes se deben crear reglas de financiamiento que garanticen la prestación de los beneficios ofrecidos y respeten la disciplina fiscal. A su vez, la capacidad de financiamiento de los pasivos contingentes se ve seriamente afectada por el ciclo económico. La evolución de los pasivos contingentes también tiene un papel fundamental en la sostenibilidad financiera. Por ejemplo, las coberturas garantizadas deben ampliarse sobre la base de reglas y criterios que compatibilicen el aumento de beneficios con la necesidad de mantener las tendencias del gasto social en posiciones fiscales sostenibles en el tiempo y fortalecer el componente actuarial de los sistemas de protección social (Titelman y Uthoff, 2005).

En el contexto de la limitada capacidad de financiamiento de la protección social de los países de la región, los paquetes básicos de garantías exigibles deben entenderse como una forma de avanzar hacia sistemas integrados de salud que sean capaces de brindar una cobertura oportuna y de calidad a toda la población, independientemente de los riesgos e ingresos de las personas. En la medida en que los países se desarrollen, los paquetes priorizados deben ampliarse progresivamente en función de las necesidades sanitarias de su población.

Eficiencia, organización y supervisión del sistema de salud

Un elemento común a todos los países de la región y fuera de ella, es el problema del aumento de los costos del sistema de salud. Como se señaló anteriormente, una combinación de factores demográficos, epidemiológicos y tecnológicos han traído aparejada una demanda de nuevos productos y procesos, que requieren de mayores recursos financieros. Los problemas de información y otras fallas que se observan en el mercado de la salud potencian, a su vez, la tendencia estructural al incremento de los costos. Asimismo, los gastos en salud se han visto afectados por las transformaciones estructurales que caracterizan al sistema de prestaciones, tanto público como privado. La incorporación creciente de nuevas tecnologías —especialmente aquellas relacionadas con la electrónica aplicada a la mecánica tradicional o la biotecnología aplicada a la producción de fármacos— que, si bien pueden mejorar el diagnóstico y la solución de los problemas sanitarios, van delineando un modelo prestador que tiende a la alta complejidad y no es plenamente compatible con las necesidades básicas de los sectores menos favorecidos en la distribución del ingreso (Katz y Miranda, 1994). Las concepciones económicas aperturistas favorecieron esta incorporación de tecnología y, por ende, la adopción de modelos asistenciales de mayor sofisticación que derivaron, a su vez, en costos crecientes. Los procesos de ajuste económico posteriores introdujeron —encarecimiento de las importaciones mediante— un factor adicional de alza de los costos y mayor exclusión (Bisang, 2005).

Por ello, las reformas deben orientarse activamente a mejorar la organización industrial del sector de la salud y su regulación, con el fin de aumentar la eficiencia y promover la contención de costos. En la presente sección se considerarán de manera especial las recomendaciones referidas a la necesidad de separar las funciones de financiamiento y prestación; incorporar mecanismos de compra eficaces, y establecer un marco regulatorio capaz de hacer frente a las numerosas fallas de mercado que se presentan en el campo de la salud, promoviendo la equidad y la eficiencia.

Separación de funciones

La incorporación de esquemas de aseguramiento es un elemento que facilita la separación de funciones de financiamiento y prestación en los sistemas de salud y puede, además, crear incentivos para la contención de costos, mediante la articulación con los proveedores de servicios, ya sean públicos o privados. En el contexto del sector de la salud los seguros no deben limitar su función a brindar cobertura financiera ante la concreción de los eventos que aseguran. Esto es, no deben comportarse como cajas pagadoras, sino que deben actuar como administradores de riesgos de salud y ejercer una función activa en la compra de servicios para sus afiliados. En la medida que los

seguros actúen como compradores eficientes en representación de sus afiliados, se reducen los problemas de asimetrías de información entre proveedores y consumidores, lo que reduce el problema de la demanda inducida. Además, se facilita la incorporación de mecanismos de pago que estimulen la racionalización del uso de los recursos, en tanto al ser compradores institucionales pueden avanzar hacia los mecanismos de capitación que se analizan más adelante.

Existe un creciente consenso sobre las bondades de separar las funciones de financiamiento y prestación de servicios (Frenk y Londoño, 1997), lo que se refleja en que varios países, dentro y fuera de la región, se han movido en esa dirección, tanto en lo que respecta a la atención primaria como en el nivel secundario y terciario. Independientemente de los mecanismos institucionales que se utilicen para la separación de funciones (instituciones independientes como en el caso de Colombia o pertenecientes a un mismo organismo, como en el de Costa Rica), esta permite introducir incentivos que, en el marco de una adecuada regulación, fomentan la racionalización y la eficacia de los recursos asignados al sector de la salud.

Varios países de la región han progresado en la separación de estas funciones. Los países de Centroamérica lo han hecho en el campo de la atención primaria, mediante la incorporación de contratos de capitación y metas de cumplimiento con las ONG. Nicaragua es quizás un ejemplo extremo en lo que respecta al nivel secundario, gracias al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Este Instituto cubre al 6% de la población y, a partir de 1994, procede a la contratación externa de todas las prestaciones que brinda a sus afiliados con las Empresas Médicas Previsionales (EMP), públicas o privadas.¹⁶ En Brasil, el 70% de los servicios hospitalarios provistos por el Sistema Único de Salud son comprados a proveedores privados.

La reforma colombiana de 1993 es otro ejemplo en la región que impulsa la separación entre las aseguradoras y las proveedoras de servicios de salud, junto con el paso de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda. Las empresas aseguradoras del régimen contributivo (ARS) o del subsidiado (EPS) compran la prestación de los servicios a Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Estas instituciones pueden ser públicas o privadas, de modo que los hospitales públicos debieron transformarse en Empresas Sociales del Estado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Debe aclararse que la separación de funciones no implica, necesariamente, la introducción de subsidios a la demanda. Estos se justifican como parte de una estrategia encaminada a incrementar la capacidad de elección del consumidor, tanto en lo que se refiere a los seguros como a los proveedores de los servicios de salud. Sin embargo, de las iniciativas a nivel internacional puede concluirse que estos subsidios no necesariamente resultan en una mayor eficiencia de la asignación del gasto, debido a las características propias del sector de la salud y a la capacidad institucional de los gobiernos para aplicarlos. Dados los problemas de asimetrías de información y de demanda inducida presentes en los mercados de la salud, la soberanía del consumidor no es fácil de ejercer. Es difícil que el paciente (en su calidad de consumidor) pueda hacer un uso eficiente de los subsidios. Por ello, los problemas vinculados a la asignación ineficiente de recursos en los sistemas con subsidios a la oferta se repiten con frecuencia en el caso de los subsidios a la demanda en mercados con información incompleta. Asimismo, existen limitaciones institucionales para administrar, recolectar y determinar su monto. Por ejemplo, en la fórmula para definir pagos ajustados por riesgo utilizada en la reforma colombiana solo se tiene en cuenta la edad y sexo, que no son criterios suficientes para predecir el riesgo si no se incluyen otros factores como el área de residencia, lo que resulta en cálculos inadecuados de los subsidios (Mora, 2000).

¹⁶ Las Empresas Médicas Previsionales son responsables de brindar una canasta de prestaciones a los asegurados directos, lo que incluye la atención de cerca de 800 enfermedades, así como atención en medicina general a los hijos menores de seis años y atención en obstetricia a las esposas de los asegurados directos. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social paga a estas empresas por capitación homogénea, sin copago ni límite en la cantidad de veces que el asegurado puede hacer uso del servicio. La empresa no puede segmentar servicios sino que está obligada a brindar la totalidad del paquete; en caso de que no disponga de algunos de los servicios exigidos por el Instituto, está obligada a subcontratarlos.

La reforma costarricense de 1998 establece un ejemplo de mecanismo útil desde el punto de vista de la combinación de la separación de funciones con subsidios a la oferta. La Caja Costarricense de Seguro Social creó un mecanismo de asignación de recursos en función de los resultados. La compra de servicios se realiza sobre la base de un compromiso de gestión, o contrato que formaliza la relación entre la institución y los proveedores de servicios (véase el recuadro III.9). Sin embargo, el proceso de compra correspondiente se ha consolidado lentamente: en lo fundamental, el presupuesto siguió elaborándose en términos históricos y solo una proporción menor depende de los resultados de la evaluación anual de los compromisos de gestión (Rodríguez, 2005b).

Recuadro III.9 COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTIÓN

El compromiso de gestión es un contrato que formaliza las relaciones entre las autoridades centrales y el proveedor de servicios, puesto en práctica recientemente por parte de la Caja Costarricense de la Seguridad Social. En este marco, los hospitales se comprometen a alcanzar una serie de metas en términos de “unidades de producción hospitalaria” y una parte del presupuesto anual (originalmente el 10%) se asigna en función de los resultados alcanzados de acuerdo con la evaluación anual. Se proyectaba que este porcentaje fuera aumentando con el tiempo, de modo que en algún momento se tarificaría toda la producción y desaparecería por completo el presupuesto histórico. En el caso de las áreas de salud (entidades intermedias por zona geográfica), también se fijó en un 10% el presupuesto que se asignaría de acuerdo con resultados, pero sobre la base de un modelo de capitación, en el que el monto por persona estaría ponderado por las características demográficas y epidemiológicas de la población cubierta. En un principio, estaba previsto que los gastos correspondientes a pacientes remitidos por los Equipos Básicos de Atención de la Salud (EBAIS) a un hospital fueran facturados por este al Área de Salud correspondiente. De esta manera, el equipo de atención habría tenido interés en resolver directamente el caso, sin remitirlo, lo que habría impulsado la capacidad resolutoria del primer nivel. Sin embargo, las deficiencias de los sistemas de información lo hicieron imposible. También se contempló un sistema de premios y castigos, según el desempeño del proveedor con respecto a las metas estipuladas en el compromiso de gestión.

Para apoyar los compromisos de gestión, se crearon espacios de participación ciudadana en la gestión y supervisión de los servicios de salud, básicamente las Juntas de Salud. Se trata de órganos formados por miembros de la comunidad elegidos mediante votación directa. Hay una junta por cada hospital, clínica de importancia y Área de Salud. Su principal función es de vigilancia en materia de la ejecución del presupuesto y otras actividades de gestión; la selección de directores y el contenido de los compromisos de gestión, y los logros alcanzados. También están llamadas a impulsar proyectos y actividades de promoción de la salud en la comunidad, especialmente en el área de la salud ambiental. La Caja les brinda un espacio físico y apoyo administrativo para su funcionamiento.

A pesar de estos avances, el proceso se ha desarrollado muy lentamente, y requiere una evaluación integral que permita redefinirlo. En primer lugar, estaba previsto transferir a los hospitales y a las Áreas de Salud una amplia cantidad de competencias en materia de recursos humanos y contratación administrativa, pero la aplicación práctica de estos principios fue mucho menos ambiciosa. En segundo lugar, los compromisos de gestión empezaron a ser elaborados por la División Administrativa de la Caja. Esto provocó una dicotomía en lo que respecta a la definición de la dirección estratégica de la red de servicios, ya que mientras la División Médica de la institución elaboraba los planes estratégicos y operativos de la red en consumo con las unidades proveedoras, estas concentraban su atención en las metas de los compromisos de gestión, definidas en una negociación con la División Administrativa, cuyo cumplimiento tenía efectos presupuestarios concretos para ellos. Además, los compromisos de gestión llegaron a ser demasiado extensos y detallados, al punto de definir protocolos que no coincidían con los estándares fijados por el Ministerio de Salud, lo que repercutió negativamente en las calificaciones que el ministerio realizó en el marco de su función de rectoría. En tercer lugar, nunca llegó a desarrollarse un sistema de presupuesto verdaderamente vinculado a los resultados de la red de servicios. En lo fundamental, el presupuesto siguió elaborándose en términos históricos y solo una parte muy pequeña de este depende de los resultados de la evaluación anual de los compromisos de gestión. En cuarto lugar, los compromisos de gestión no han incorporado acuerdos económicos y financieros que integren a las prioridades de la red de servicios un factor de suma importancia: una contención del gasto que permita dar sostenibilidad al seguro de salud.

Fuente: Adolfo Rodríguez, “Reforma de salud en Costa Rica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Mecanismos de compra de servicios de salud

La principal ventaja de la separación de funciones es que permite introducir incentivos orientados a racionalizar y mejorar la capacidad y gestión de la compra de servicios de salud por parte de las instituciones que administran los recursos financieros, esto es, ministerios de salud, seguros sociales y aseguradoras privadas.

La racionalización del sistema de compra pasa por la utilización de instrumentos de pago que permitan transferir parte del riesgo financiero a los proveedores de servicios mediante la consideración de factores relativos al nivel y tipo de demanda proyectada. Los llamados mecanismos de pagos prospectivos, la capitación entre otros, apuntan en esa dirección, ya que los prestadores cargan con todo el riesgo de la variabilidad de los costos (Alvarez, Pellisé y Lobo, 2000). La principal diferencia entre estos mecanismos y los retrospectivos (o por acto o servicio prestado) radica en que, en los primeros, los pagos que recibe el proveedor no dependen de la cantidad de servicios que realiza, cosa que sí sucede en el caso de los segundos, en los que el financiador carga con todos los riesgos inherentes a la variabilidad de los costos. Por ello, los pagos por servicio tienden a incentivar la sobreproducción de servicios de salud, mientras que los prospectivos su subproducción y una merma de su calidad (Erazo, Castro y Hanzich, 2005).

Lo anterior lleva a que, si bien los mecanismos prospectivos incentivan la eficiencia y la contención de costos, también fomentan un menor nivel de prestación de servicios y una reducción de su calidad. De hecho, el proveedor solo dispone de estos dos parámetros para adecuar sus ingresos a los costos de producción. Los pagos retrospectivos por su parte, incitan a una sobreproducción de servicios de salud y conllevan mayores costos, debido a problemas de demanda inducida y de riesgo moral.

Por ende, la experiencia en la materia sugiere que los sistemas de salud deben operar con una adecuada combinación de ambos. En el cuadro III.6 se ilustran los tipos fundamentales de sistemas de pago y sus efectos en la calidad y eficiencia de los servicios prestados. De allí se desprende que, idealmente, es necesario seleccionar la modalidad de acuerdo con cada situación, es decir, elegir la unidad de pago que más convenga al financiador, así como determinar una distribución de riesgos entre este y el proveedor que “atribuya al prestador los riesgos derivados del mayor o menor grado de eficiencia que consiga en la prestación de servicios” (Alvarez, Pellisé y Lobo, 2000).

Como se ha señalado, un número significativo de países de la región han desarrollado, aunque lentamente, modelos de gestión y compra que incorporan pagos prospectivos. Entre los problemas identificados, se destacan las rigideces institucionales. Estas han limitado, por una parte, el ejercicio de la función de compra por parte de los ministerios de salud y los seguros sociales, y por otra, la capacidad de los hospitales públicos para adaptarse a este nuevo tipo de contratos. Asimismo, la dificultad de precisar protocolos de atención también ha trabado el avance de los mecanismos de pagos prospectivos. Es necesario proseguir la modificación de los marcos legales y los sistemas de gestión de los hospitales públicos en términos de autonomía de gestión y manejo de recursos humanos, a fin de que estos tengan la flexibilidad necesaria para adaptarse a los requerimientos que impone un sistema prospectivo. También se debe permitir que los ministerios de salud y los seguros sociales puedan comprar servicios fuera del ámbito público, de modo de optimizar el uso de la capacidad instalada en el país. Sin embargo, esto no significa debilitar al hospital público: en este contexto, más allá de la prestación misma, a este le cabe un papel central en la determinación de los protocolos y en la configuración de la estructura de costos. Le corresponde hacer las veces de referencia y disciplinador de los proveedores privados en un marco de competencia por comparación. Como lo demuestran los casos de autogestión hospitalaria en Argentina, sin embargo, existen trabas legales y debilidades operativas que dificultan la aplicación cabal de los procesos de autonomía. De hecho, la dirección de los hospitales puede estar restringida en el manejo pleno de recursos, tanto humanos como financieros (Bisang y Cetrángolo, 1997).

Cuadro III.6
TIPOS FUNDAMENTALES DE SISTEMA DE PAGO

Sistema de pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad	Intervención pública
Pago por servicio médico	Se paga el servicio más desagregado	Maximizar el número de actos médicos	Suele recaer en el financiador	i) Falta de prevención ii) Alta tecnología y calidad iii) Inducción de la demanda iv) "Corrupción" v) Discriminación de tarifas vi) Desigualdad	Incentiva la actividad y la sobreutilización	+	Tarifas máximas
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Minimizar el esfuerzo en el trabajo	i) Salario puro: el riesgo recae en el prestador ii) Ajustes de productividad: el riesgo recae en el financiador	i) Importancia del ascenso y promoción ii) Crecimiento de plantillas iii) Cooperación entre médicos	i) Puede incentivar la actividad y la sobreutilización ii) Sobredimensión del papel de los médicos	+ -	i) Debilidad negociadora ii) Garantías de calidad iii) Diseño de sistemas mixtos
Pago per cápita	Se paga la afiliación, la asistencia a un individuo	Maximizar la afiliación y minimizar los costos de la asistencia	i) Per cápita sin correcciones: el riesgo recae en el prestador ii) Per cápita ajustado: el riesgo recae en el financiador	i) Prevención ii) Derivación iii) Selección de riesgos	Fomento de la integración de los servicios y de la prevención cuando es eficiente	-	Control de la calidad mediante estándares y fomento de la competencia
Pago por estancia hospitalaria	Se paga al hospital por cada paciente y noche	Maximizar el número de estancias y minimizar el costo medio de la estancia	i) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de que las estancias sean caras ii) Si se ajustan las tarifas según los costos esperables, el riesgo recae en el financiador	i) Aumenta la duración media de la estancia ii) Mínimo costo de las estancias iii) Ingresos hospitalarios innecesarios iv) No se hace cirugía ambulatoria	Se fomenta la actividad hospitalaria	- +	Límites a la estancia media
Pago por ingreso hospitalario	Se paga al hospital por cada paciente ingresado, independientemente de la duración de su estancia	Maximizar el número de ingresos y minimizar el costo medio de cada ingreso	i) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de los ingresos caros ii) Si se ajustan las tarifas según los costos esperables el riesgo recae en el financiador	i) Aumenta los ingresos ii) Reduce la duración media de los ingresos iii) Reingresos iv) Hospitalización innecesaria	Se fomenta la actividad hospitalaria	-	i) Penalización de reingresos ii) Exclusión de casos extremos iii) Ajuste de las tarifas
Pago por presupuesto	Se paga al hospital por una actividad poco concreta en un plazo de tiempo	Maximizar costos	Suele recaer en el prestador si no se tienen en cuenta particularidades	i) Aplicación costosa ii) Planificación compatible iii) Margen de maniobra para el prestador	Se fomenta la eficiencia, excepto si hay muchas asimetrías de información	-	Requiere gran esfuerzo para no caer en inercias

Fuente: B. Alvarez, L. Pellisé y F. Lobo, "Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE", *Revista panamericana de salud pública*, vol. 8, N° 1/2, 2000.

En cambio, una iniciativa interesante, que combina un nuevo tipo de gestión hospitalaria con la mancomunidad financiera entre un ministerio de salud y el subsector de seguridad social, es el Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) en Panamá. Este sistema permite la unificación de los recursos disponibles del Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social y una mejora de la gestión hospitalaria. Se caracteriza por el pago al hospital por la producción de servicios en cantidad y calidad definidas (se abandona el presupuesto histórico independiente de la producción y desempeño); la utilización de contratos de prestación de servicios como instrumento de relación entre las partes; la prestación de los servicios hospitalarios por medio de contratación externa, y la inserción formal del hospital en la red de atención primaria (véase el recuadro III.10).

Recuadro III.10

GESTIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE SAN MIGUELITO EN PANAMÁ

Los objetivos generales del nuevo modelo de gestión fueron los siguientes: i) la integración de las dos fuentes de financiamiento público, el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguridad Social (CSS); ii) la separación de las funciones de financiamiento, compra y prestación de servicios hospitalarios, y iii) la prestación integrada de los servicios de primer y segundo nivel. Para ello, se asignaron al Ministerio y la Caja las funciones de financiamiento y regulación y se creó una instancia formal (CONSALUD) para contratar, comprar y evaluar el cumplimiento de la prestación de servicios. Se definió expresamente que la prestación estaría a cargo de un organismo autónomo y público, en este caso el Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel. A su vez, éste decidió contratar empresas privadas para la prestación de los servicios finales (hospitalización, consulta ambulatoria, urgencia), servicios de apoyo (laboratorio y diagnóstico por imágenes) y servicios generales (seguridad, limpieza, entre otros). Además, se desarrolló un sistema de referencia y contrarreferencia entre los tres niveles de atención, que explicita las obligaciones y derechos de cada uno, los mecanismos de registro y derivación y la capacidad resolutoria esperada por nivel. El nuevo modelo de gestión contó también con un marco jurídico y contractual que reglamentó las relaciones entre las partes, así como los instrumentos para hacer efectivas estas relaciones.

Fuente: R. Bitrán, “Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Regulación y supervisión

En la medida en que los procesos de reforma incentivan un cambio en la combinación entre las esferas pública y privada en materia de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios, es fundamental proseguir el desarrollo de mecanismos de regulación y supervisión, tema transversal a todas las formas de organización correspondientes.

Las características del sector de la salud exacerbaban las fallas de mercado resultado de las asimetrías de información en materia de prestación y aseguramiento. En el cuadro III.7 se presentan algunas de estas fallas y sus consecuencias. 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 requiere 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.

Cuadro III.7
FALLAS DE MERCADO, EFECTOS Y POSIBLES SOLUCIONES

Fallas de mercado	Efectos	Soluciones	Resultados
Selección adversa	Problemas con la agregación de riesgos; en el límite no hay seguros	- Educación - Subsidio - Contribución obligatoria - Cobertura universal	- No efectivo - No efectivo - Eficiente - Eficiente
Riesgo moral	Sobreconsumo de seguros, sobreuso de servicios médicos	- Regulación y supervisión - Copagos - Deducibles	Moderadamente eficiente
Selección de riesgos	No hay seguro para discapacitados, enfermedades crónicas, pobres y adultos mayores	- Regulación y supervisión - Riesgo comunitario - Prima ajustada por riesgo individual	Moderadamente eficiente, pero técnicamente difícil de poner en práctica
Monopolio o cártel	Exceso de beneficios, subproducción	Regulación antimonopólica	Poco efectivo debido a tendencia a la concentración
“Polizonte” en seguros públicos	Aumento de necesidad de financiamiento por uso de servicios y por incentivo a no cotizar	Regulación y supervisión	Moderadamente eficiente

Fuente: W.C. Hsiao, “Abnormal economics in the health sector”, *Health Policy Review*, vol. 32, N° 1/3, junio de 1995; Daniel Titelman y Andras Uthoff, “El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud”, *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, D. Titelman y A. Uthoff (comps.), Fondo de Cultura Económica.

De las pocas iniciativas en tal sentido que se han llevado a cabo en la región se desprende que sin mecanismos de regulación adecuados el fomento de la competencia en mercados imperfectos de salud va en detrimento de la eficiencia y la equidad. La existencia de mercados competitivos y desregulados en el sector de la salud se ha traducido en prácticas de selección de riesgos (“descreme”) y sobreconsumo de servicios de salud, como se observó al respecto de los casos de Chile y de Colombia. Esto atenta tanto contra la equidad como contra una utilización eficaz y eficiente de los recursos.

En el plano internacional, y en Chile en la región, se ha comprobado que las imperfecciones que se observan en el mercado de la salud determinan que el libre juego de la oferta y la demanda no traiga aparejado una mejora de la eficiencia. Un tema fundamental en lo que respecta a la eficiencia (y por supuesto a la equidad) son los incentivos a la selección de riesgos que se producen en los mercados de seguros. En la medida en que las utilidades de las aseguradoras estén altamente relacionadas con la discriminación de riesgos es poco probable que estas tengan incentivos para impulsar mejoras de eficiencia notorias. En este caso, los incentivos están dirigidos a evitar la afiliación de personas de alto riesgo más que a perfeccionar la gestión de los recursos. En el caso chileno, la combinación entre los campos público y privado existente, unida a un mercado altamente desregulado, han incentivado y permitido la reducción de los riesgos (Titelman, 2000).

Asimismo, como señala Katz (1995), el sector privado tiene una tendencia a convertirse en proveedor de prestaciones de alta complejidad. En estos casos, la diferenciación de producto, la existencia de rentas innovadoras y el efecto de la introducción al mercado de nuevos productos, procesos y formas de organización del acto médico tendrán un notable efecto sobre la

organización del sector de la salud y exigirán un esfuerzo especial en lo relativo al diseño de los marcos regulatorios.¹⁷

Para contar con un regulador fuerte y con capacidad de acción, es preferible que un mismo ente se ocupe de establecer normas y supervisar todos los subsectores (público, privado y seguridad social): la segmentación en esta área, aunque puede tener efectos benéficos en cuanto a la especialización, resulta seguramente en instituciones más débiles, en las que es más fácil influir.

Políticas de salud pública

Junto con ocuparse de la organización de los modelos de aseguramiento, las políticas de salud también deben impulsar el consumo por parte de toda la población de servicios de salud que produzcan importantes reducciones de la carga de la enfermedad. Estos servicios comprenden actividades de salud pública colectiva altamente costo-efectivas, como las campañas y actividades preventivas o curativas a nivel de la atención primaria (Bitrán, 2005). En esta sección se presentan un grupo de recomendaciones e iniciativas regionales relacionadas con el fortalecimiento de los modelos de atención primaria. Asimismo, sobre la base de los progresos, muchas veces desordenados, en materia de descentralización de la prestación pública de servicios de salud, se ofrecen algunas recomendaciones en relación con la corrección de desvíos que han tenido efecto negativo sobre la equidad.¹⁸

Expansión de la atención primaria

El incremento de la cobertura de la atención primaria es un elemento central para mejorar el acceso a bienes y servicios de salud que favorezcan un mejor estado de salud de la población. Si bien los aumentos de la cobertura de la atención primaria siempre son deseables, estos cobran especial relevancia en países de baja cobertura en salud y alta prevalencia de enfermedades no transmisibles.

Las diversas reformas destinadas a extender la cobertura de servicios de salud a la población de menores ingresos y en las zonas rurales más remotas han intentado trasladar los centros de atención primaria de los establecimientos hospitalarios al seno de las comunidades beneficiarias. Esta ha sido la estrategia seguida en numerosos países de la región, ya sea mediante la contratación de proveedores externos a las entidades públicas y organizaciones no gubernamentales, el aprovechamiento de la infraestructura privada existente y la construcción y operación de nuevos puestos y centros de salud, bajo la responsabilidad del ministerio correspondiente o de la seguridad social según el caso. Un elemento fundamental de las iniciativas ha sido la adopción de compromisos para mejorar la gestión fundados en nuevos instrumentos de asignación de recursos, y la separación entre financiamiento y prestación (véanse los recuadros III.11 y III.12).

¹⁷ Es de esperar que la estructura institucional, la morfología y el comportamiento de los mercados, así como el marco regulatorio, cambien con el transcurso del tiempo, en un proceso de interacción sumamente complejo, que tendrá un marcado vínculo con el grado de saturación de la oferta (Katz, 1995).

¹⁸ Por otra parte, el fortalecimiento y la modernización de los hospitales públicos constituye una problemática estrechamente relacionada con los temas de agenda aquí propuestos: una adecuada evaluación de las necesidades y desafíos en este campo requiere un nivel de detalle que está fuera del alcance de este documento. Un estudio de este tipo debe considerar los diferentes tipos de organización microeconómica presentes en la región, el grado de autonomía institucional y financiera, el nivel de integración a la red de atención y la articulación con el sector privado, entre otros temas.

Recuadro III.11

INICIATIVAS RECIENTES DE REFORMA Y EXPANSIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos años, en varios países de la región se han desarrollado estrategias originales de expansión de la atención primaria, en especial en áreas rurales y de población dispersa. En este recuadro se detallan algunas de estas iniciativas.

En Bolivia, desde principios de la década de 1990 se ha puesto en práctica una reforma del sector de la salud, orientada fundamentalmente a la atención primaria materno-infantil. En 1996, el Ministerio de Salud creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que en 1999 se amplió al Seguro Básico de Salud (SBS). Atendiendo al perfil epidemiológico eminentemente pretransicional y a las restricciones en materia de recursos destinados a la salud, este seguro consiste fundamentalmente en un paquete de 75 prestaciones, centrado en las causas principales de muerte materna e infantil y en las enfermedades transmisibles. El seguro no requiere aportes por parte de los usuarios. Lo financian los municipios con recursos de asignación específica de la coparticipación tributaria que reciben del Tesoro general de la nación y otros mecanismos de compensación. A fin de garantizar la atención de las prestaciones del SBS, se logró la participación de otros proveedores de servicios, como ONG, iglesia, privados y las diversas cajas de salud que operan en el país, que brindan atención a las personas aseguradas en sus establecimientos. Sobre la base de los logros obtenidos se diseñó un Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de hacer más explícito el levantamiento de las barreras económicas de acceso a los servicios de salud para madres y niños menores de cinco años.

En Nicaragua, el Ministerio de Salud es el principal proveedor de atención de salud preventiva y primaria del país. En general, los programas privilegian las atenciones que reducen la morbilidad y mortalidad materno-infantil. Operan a través de una red de centros y puestos de salud distribuidos a lo largo del territorio y cuentan con el apoyo de programas de atención primaria de la salud financiados por organismos de cooperación externa (Bitrán, 2005; Rodríguez, 2005d). Los programas se aplican tanto en los establecimientos y puestos de salud que cubren las respectivas áreas geográficas, como en el seno de las comunidades beneficiarias, al nivel de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS), que difunden información, promueven prácticas saludables y prestan servicios de salud. La acción de estos sistemas ha estimulado la capacidad local del Ministerio de Salud y de parteras y voluntarios, entre otros miembros de las comunidades dedicados a prestar servicios de salud, y ha facilitado el empoderamiento de la población, principalmente de las mujeres, en lo que respecta a su responsabilidad en las decisiones del mantenimiento de la salud familiar.

En el caso de El Salvador, para ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria se ha privilegiado la contratación de organizaciones no gubernamentales, en el marco del Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN). La estrategia del programa se funda en la concentración de los subsidios públicos y la prestación de un paquete definido de atención de la salud en la atención integral materno-infantil, que incluye además otras intervenciones preventivas y curativas. Para ello, se seleccionaron cuatro ONG que reciben 20 dólares por individuo y por año. De este modo se financia una red de atención compuesta por promotores de salud y Equipos Itinerantes de Salud (EIS), con capacidad de resolución media y derivación de casos a las Unidades de Salud (puestos sanitarios) dependientes del Ministerio de Salud. El Ministerio, además, aporta un monto equivalente a 11 dólares por persona y por año en material sanitario, medicamentos e insumos.

La reforma reciente en Guatemala se basa en tres modelos de prestación y tiende a incorporar elementos similares a los de Nicaragua y El Salvador. El primer modelo consiste en la contratación de ONG por parte del Estado, para la prestación de servicios básicos de salud a la población; el segundo consiste también en la contratación de ONG para el cumplimiento de funciones de administración financiera del Ministerio de Salud y la prestación de servicios de asistencia médica. Por último, figura el modelo tradicional gestionado por el Ministerio, encargado de reforzar la atención médica en las Postas de Salud (Bitrán, 2005). El principal objetivo de la reforma es la extensión de un paquete básico y la mejora de la calidad de los servicios, orientada principalmente a la población del sector rural. Los servicios contemplados en el paquete básico incluyen, entre otros, el cuidado materno-infantil, y el mejoramiento de la cobertura de enfermedades transmisibles y de la calidad ambiental. Las modalidades de contratación de las ONG se introdujeron a través del Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS) e incluyen distintos mecanismos financieros y niveles de servicios.

La reforma en Honduras también procura la expansión de la cobertura a áreas rurales. Desde 1998 funciona el Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud (PRIESS), con el que se intenta suministrar un paquete básico de servicios de salud a poblaciones rurales en extrema pobreza, mediante equipos itinerantes contratados por capitación a ONG u otros proveedores privados. En los tres años de funcionamiento ha llegado a prestar asistencia a 1.142 comunidades rurales conformadas por 60.000 familias y 289.000 habitantes en los 95 municipios más pobres del país y la capitación es de aproximadamente 18 dólares por año. Por su parte, los nuevos modelos de gestión de ProReforma consisten en iniciativas más recientes, que se basan en organizaciones especiales de la sociedad civil, cuyos efectos son reducidos por estar en etapa piloto pero que tienen un gran potencial de expansión. Entre ellas se destaca la clínica asistencial La Caridad, de El Guante. Esta, en virtud de un convenio firmado con la Secretaría de Salud, se comprometió a ofrecer un conjunto de servicios asistenciales y preventivos a la población cubierta, a cambio de un pago de 16 dólares anuales per cápita, que se complementan con un prepago adicional de alrededor de 1,5 dólares por persona, distribuidos según la capacidad de pago de la familia.

Recuadro III.11 (conclusión)

Por último, la reorganización de la atención primaria ha constituido uno de los elementos centrales de la reforma reciente del sector de la salud en Costa Rica. La reorganización descansa, por una parte, en el traslado de la responsabilidad de la atención primaria del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguridad Social y, por otra, en la constitución de los Equipos Básicos de Atención de la Salud, orientados a potenciar los efectos de la atención primaria en las condiciones de salud de la población al menor costo posible. Estos equipos brindan los servicios de atención primaria, mientras que los de urgencia están a cargo de los establecimientos hospitalarios. Los equipos están conformados por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria de la salud, y son asesorados por un Equipo de Apoyo, cuyos servicios cubren a todos los Equipos Básicos de Atención de la Salud de un Área de Salud determinada. En materia de atención primaria se ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. La rápida expansión de estos equipos ha permitido la virtual universalización de la atención primaria en el país.

Fuente: Adolfo Rodríguez, “Reforma de salud en Costa Rica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito; “Reformas de salud en Nicaragua”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito; “Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central”, Santiago de Chile, 2005, inédito; “Reformas de salud en Honduras”, Santiago de Chile, 2005, inédito, y R. Bitrán, “Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Recuadro III.12

EXPANSIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA CON ÉNFASIS EN ÁREAS URBANAS EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

El Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela ha llevado a cabo una intervención a gran escala cuyo objetivo principal es la población de las áreas urbanas. El Plan Barrio Adentro comenzó en abril del 2003 como piloto en los municipios Libertador y Sucre del Distrito Metropolitano de Caracas. Su expansión masiva al resto del país se decidió en ese año, comprendió varias etapas y contó con la participación de distintas entidades del Estado. El principio rector es consolidar la atención primaria como prioridad de la política nacional de salud, en el marco de los principios de universalidad, equidad, gratuidad, gestión participativa y corresponsabilidad social, entre otros, con el fin de lograr el acceso a los servicios de salud de la población excluida.

La Misión Barrio Adentro, ejecutada en el marco del Convenio de Cooperación Técnica con Cuba, apunta a fortalecer la capacidad resolutoria de la red ambulatoria de atención primaria mediante la implantación, consolidación y extensión de “consultorios populares” en los que se desempeñan un médico, un enfermero y un promotor social, que atienden las necesidades de cerca de 250 familias en un área geográfica determinada. Los consultorios populares constituyen el núcleo de la gestión de salud integral. Constituyen el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud y son una etapa previa obligatoria (salvo en los casos de emergencias) de la derivación a centros de atención secundaria o terciaria, de manera análoga a los modelos de atención cubana o del Sistema Nacional de Salud británico. La estructura de consultorios populares se articula con una red de boticas populares. También se prevé su coordinación con instituciones de atención de segundo y tercer nivel, en el marco de la expansión del sistema de salud venezolano. Además de la atención de las enfermedades, los profesionales tienen la misión de impulsar medidas preventivas y fomentar hábitos sanos en la población. La participación de la comunidad se instrumenta a partir de Comités de Salud, entre otras organizaciones.

Las evaluaciones del Instituto Nacional de Estadística señalan un alto nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados. Se registra asimismo un incremento de las visitas a los centros de salud, el acceso a medicinas y la realización de prácticas preventivas. En noviembre del 2005, la Misión contaba con más de 28.000 profesionales, con un promedio de más de 17 consultas médicas por día y un total acumulado de más de 150 millones de consultas en el área médica. El programa también presta servicios de optometría y odontología.

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, República Bolivariana de Venezuela.

Los nuevos modelos de atención primaria que se han desarrollado en la región no solo han arrojado resultados significativos sino también valiosas enseñanzas para el rediseño de las políticas de salud en la región. Se ha puesto de manifiesto la importancia de fortalecer este nivel de atención primaria en sus componentes asistencial, preventivo y de promoción, aunque este último ha sido menos desarrollado. Los resultados de esta labor se reflejan en la desaparición de enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis y la reducción de la incidencia de la tuberculosis, el

dengue y la malaria, entre otras. La profundidad, extensión y continuidad de los esfuerzos, así como sus resultados, han guardado directa relación con el volumen de recursos financieros destinados y con el grado de desarrollo institucional de cada país. Dada la escasez de recursos, la estrategia de concentrarlos en la atención de los problemas más serios de la población vulnerable ha resultado exitosa, pero su viabilidad en el tiempo requiere que la estrategia esté estrechamente coordinada con otras políticas, tanto del campo de la salud como en materia de infraestructura, educación, nutrición y vivienda, que también afectan a las condiciones de salud.

En este sentido, las iniciativas de atención de primer nivel no pueden concebirse como programas aislados. Se requiere un rediseño de toda la red y una articulación muy precisa entre los diferentes niveles de atención. La iniciativa más ambiciosa en ese sentido ha sido la costarricense, que ha aumentado la capacidad resolutoria de la atención ambulatoria y establecido con relativa claridad la puerta de entrada de los pacientes al sistema, con procedimientos de referencia y contrarreferencia. También en Nicaragua existen esfuerzos bien encaminados en esa misma dirección, sobre todo en lo que concierne a los recientes procesos de modernización hospitalaria.

Aunque la evidencia empírica disponible no permite evaluar las ventajas o desventajas de la estrategia de contratación a ONG con respecto a la prestación pública directa, parece razonable que, en presencia de restricciones financieras que limitan la capacidad de expandir la prestación pública, la iniciativa estatal de financiar instituciones privadas para la prestación de servicios básicos de salud permite el uso de recursos humanos y físicos existentes y contribuye a una mayor eficacia de la asignación de recursos sociales, tanto en el ámbito de la atención primaria como en los niveles secundario y terciario. Para que esto suceda, sin embargo, es necesaria una notable estructura de regulación y seguimiento, a fin de evitar los riesgos ligados con la información imperfecta, una de las características de los mercados de salud (Bitrán, 2005). En este sentido, es fundamental mejorar la supervisión y el control de la calidad técnica de los servicios de salud que prestan las ONG, además de revisar los tipos de contratos en materia de desempeño entre las ONG y las autoridades en materia de salud.

Coordinación y compensación de los sistemas descentralizados

Desde los años ochenta y sobre todo durante los años noventa, la descentralización de la prestación pública de salud ha pasado a ocupar un papel central en las políticas públicas de los países de América Latina y el Caribe. En los últimos años han sido muchos los gobiernos de la región que se han embarcado en procesos signados por políticas de reforma en materia de potestades y competencias. Estos suelen reconocerse bajo el denominador común de “descentralización”, aunque involucran procesos que, en rigor, tienen características diferentes y específicas.¹⁹ Como resultado de este proceso, los gobiernos subnacionales desempeñan una función más importante en la gestión de los asuntos públicos.

Esta tendencia se aprecia en algunos de los países federales de la región, como Argentina, Brasil y México, que han traspasado parte de las funciones del gobierno nacional a los niveles inferiores de gobierno; en los países unitarios, en los que se ha producido una delegación importante de competencias en los gobiernos locales, como en los casos de Colombia y Chile, y, por último, en países tradicionalmente unitarios y muy centralizados que están creando nuevos niveles intermedios de gobierno, a los que se encomienda la formulación y ejecución de importantes políticas públicas o su mera gestión, como en Bolivia, Perú y Paraguay.

¹⁹ Se entiende que la “descentralización política” y la “devolución” definen situaciones en las que no solo la aplicación sino también la autoridad para decidir qué debe hacerse está en las manos de los gobiernos locales. La “descentralización administrativa”, en cambio, se refiere al proceso por medio del cual el gobierno central retiene la capacidad de formular políticas pero su ejecución recae en las administraciones territoriales. Asimismo, se conoce como “desconcentración administrativa” a la dispersión de las responsabilidades de gobierno en el nivel central, que se limita simplemente a distribuir responsabilidades entre sus oficinas territoriales.

Las políticas de descentralización del gasto suelen ligarse con la necesidad de hacerlo más eficiente, combinando la búsqueda de una mejor atención de los problemas locales con un menor costo fiscal. Los argumentos a favor de la descentralización se relacionan con la idea de que cuanto más cerca de los beneficiarios se ubique la prestación, mejor será la asignación de los recursos, ya que la definición del gasto tendrá en cuenta las preferencias locales, y su control por parte de la ciudadanía será más directo y efectivo. Sin duda, ello supone que los costos y beneficios de esa prestación se limiten al espacio geográfico en que se define la política. Exige también que la comunidad local tenga mecanismos institucionales para manifestar sus preferencias y hacer valer su derecho a fiscalizar el destino de los fondos públicos. Estos argumentos, cuando se aplican al sector de la salud, presentan dos problemas que requieren una especial atención. Por una parte, no es posible sostener que la prestación de estos servicios en una jurisdicción no afecta al bienestar de las poblaciones vecinas (mediante las externalidades). Por otro, existen importantes razones para rechazar la idea de que cada jurisdicción se haga cargo de manera totalmente independiente de la cobertura sanitaria de sus propios habitantes (ya que pueden existir importantes disparidades entre sus necesidades y las capacidades existentes). Se requieren políticas compensatorias regionales claramente diseñadas, que se instrumenten de manera decidida.

Sin embargo, estos problemas no han sido siempre tratados de manera explícita. Los procesos se insertan en un contexto de restricciones fiscales, en el que se enfatiza el mantenimiento de los equilibrios macroeconómicos y existen notables desigualdades territoriales en la distribución de los recursos vinculados a la prestación de servicios de salud. En el cuadro III.8 se presentan los hitos más importantes de los procesos descentralizadores de un grupo de países estudiados en los años noventa en el marco del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales ejecutado por la CEPAL.²⁰

La revisión de las iniciativas de descentralización de la salud en América Latina indica que estas responden a una gran variedad de patrones, relacionados con la velocidad, la secuencia y la naturaleza del proceso de reasignación de funciones. En cuanto a los elementos comunes, en la mayoría de los casos los procesos de descentralización del sector de la salud han sido impulsados desde el gobierno central y motivados por diversas consideraciones, no siempre vinculadas a razones sectoriales, entre las que se destacan las de naturaleza económica y política.

Debe tenerse en cuenta, además, que el factor principal que reduce el grado de autonomía de los niveles subnacionales lo constituye la excesiva dependencia de los recursos del nivel central que caracteriza a todos los países, independientemente del nivel de descentralización del gasto público social. Debido al carácter gradual de las reformas y a la falta de datos sistemáticos resulta sumamente difícil hacer una evaluación de este proceso en términos de eficiencia y equidad.

En síntesis, si bien es cierto que en algunos casos los procesos de descentralización fueron concebidos como instrumentos para impulsar una mayor participación ciudadana y apoyar los nuevos procesos de democratización de la región, debe reconocerse que, en la medida en que la prestación de servicios de salud descentralizados ha aumentado su dependencia de recursos financieros y humanos locales, se ha corrido el riesgo de aumentar las brechas de calidad en contextos que ya presentan marcados desequilibrios regionales. En este sentido, cabe insistir sobre la necesidad de diseñar e instrumentar mecanismos de articulación y compensación regional desde la concepción de las políticas de reforma, a efectos de estimular la equidad y la solidaridad intrarregional.²¹

²⁰ En Di Gropello y Cominetti (1998) se presentan los resúmenes de los casos estudiados y los análisis comparativos.

²¹ Brasil presenta una iniciativa interesante en relación con la coordinación y la compensación de sistemas descentralizados: los Consejos de Salud, los Pactos de Gestión y diversas comisiones, entre otros mecanismos.

Cuadro III.8
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA
 DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD**

País	Hitos de descentralización
Argentina	Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico 1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado Desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre nación y provincias
Bolivia	1994: Delegación de responsabilidades a nivel municipal 1995: Delegación de responsabilidades a nivel departamental 1996: Nuevo modelo sanitario
Brasil	1978-1983: Primeras iniciativas de integración (AIS). Los movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud 1984-1991: Creación del sistema unificado y descentralizado de salud (sistema único de salud) Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el sistema único de salud (pero con competencias ambiguas), que se reglamenta en 1990 1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización
Chile	1981-1982: Traspaso en forma experimental de la función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de la salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reiniciado en 1987
Colombia	1968: Establecimiento del situado fiscal, considerado un acto de desconcentración de recursos fiscales 1986: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestatarias de servicios de primer nivel en los municipios 1990: Descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y el control de los servicios de salud a los municipios, se le asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención de la salud, y a los departamentos del segundo y tercer nivel Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizan en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social 1993: Se reglamentan los elementos establecidos en la constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en el campo de la salud
México	1983-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud, según un modelo de coordinación más que de descentralización, pues no se transfirió autoridad 1988-1994: Fortalecimiento del modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnica y administrativa de las jurisdicciones descentralizadas, dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y, en 1994, el pago del personal) 1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias
Nicaragua	1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, en el marco del sistema unificado de salud 1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria 1990: Recentralización presupuestaria 1992: Creación de los sistemas locales de atención integral (SILAIS)

Fuente: E. Di Gropello y R. Cominetti (comps.), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana* (LC/L.1132/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1998.